

Eliana Aparecida Villa

**PEDAGOGIA DO CUIDADO:
a relação de saberes e valores no
trabalho do Programa Saúde da Família**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação: Conhecimento e Inclusão Social da Faculdade de Educação da Universidade Federal de Minas Gerais, como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Educação.

Área de concentração: Política, Trabalho e
Formação Humana

Orientadora: Profª Dra. Antonia Vitória
Soares Aranha

**Belo Horizonte
Faculdade de Educação da UFMG
2008**

A Oswaldo Villa, meu pai

A quem devo muito do que sou, pelo seu
exemplo de vida e de trabalho.

Com amor eterno

- Brigada Mané!

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A todas as trabalhadoras que participaram deste estudo, em especial àquelas que, de coração aberto, me permitiram perceber como a compaixão se transforma em Cuidado!

Ao Jorge, Eduardo e Mariana meus amores: por darem tanto sentido à minha vida e estarem tão presentes em toda esta trajetória. Por vocês, tudo vale a pena!

AGRADECIMENTOS

À Profa. Dra. Antonia Vitória Soares Aranha que com competência, paciência e disponibilidade orientou esta trajetória mostrando caminhos para este estudo.

À Coordenação do Programa de Pós-Graduação da FaE/UFMG e a todo seu corpo docente, que tão bem me recebeu nesta Unidade, pelos ensinamentos que me são muito valiosos.

Às colegas do Depto ENA/EEUFMG, representadas por suas chefias: Profa. Dra. Marília Alves e Profa. Dra. Carla Aparecida Spagnol e Profa. Dra. Rita de Cássia Marques, pela compreensão e apoio sempre demonstrados.

À Gerente do Centro de Saúde São João por ter me facilitado, em todas as ocasiões, o acesso aos dados necessários para realização deste estudo.

A todos os trabalhadores do CSSJ pela acolhida e afeto demonstrados, compartilhando comigo seu mundo-vida no trabalho.

À minha mãe e familiares, incluindo Marcinha, pelo incentivo e torcida sempre presentes.

À Ana Maria, Fernando e meninas, pela amizade, confiança e companhia de tantas horas - principalmente nas mais difíceis.

Ao pessoal do Célia, representados por Tânia, Auxiliadora e Márcia, por me ajudarem a fazer dos nossos encontros uma pausa de oração e quietude.

Ao João Cezar pelo incentivo, interesse e apoio que jamais serão esquecidos. Valeu amigo!

À Shirley Miranda pela presença amiga, passando-me a tranquilidade necessária em momentos muito difíceis.

Às minhas Bolsistas e ex-Bolsistas que superando minhas ausências não minimizaram os esforços e, enfrentando as dificuldades, alçaram vôo.

À Hozana por não deixar de me lembrar que a luta por uma vida digna continua em toda e qualquer situação.

À Bete por sua ajuda incansável e pela atenção cuidadosa do dia-a-dia.

À Rê pela torcida de longe e presença constante:

- Valeu - de novo!

A todos aqueles que direta ou indiretamente me acompanharam nesta jornada.

A Deus, por tudo e por todos em minha vida.

O BARQUEIRO

Num largo rio, de difícil travessia, havia um barqueiro que atravessava as pessoas de um lado para o outro.

Em uma de suas viagens, iam um advogado e uma professora.

Como quem gosta de falar muito, o advogado pergunta ao barqueiro:
- *Companheiro, você entende de leis?*
- *Não, responde o barqueiro.*

E o advogado compadecido: *É pena, você perdeu metade de sua vida!*

A professora muito social entra na conversa:
- *Senhor barqueiro, você sabe ler e escrever?*
- *Também não, respondeu o remador.*
- *Que pena! Condói-se a mestra. Você perdeu metade de sua vida!*

Nisso chega uma onda bastante forte e vira o barco.

O barqueiro preocupado pergunta:
- *Vocês sabem nadar?*
- *Não!* Responderam eles rapidamente.

- *Então é uma pena, concluiu o barqueiro, vocês perderam toda a vida!*
(Autor desconhecido)

“Não há saber mais ou saber menos: há saberes diferentes.”

(Paulo Freire)

RESUMO

Estudos marxianos evidenciam o trabalho como algo indispensável à existência e à formação do ser humano. Contudo, observa-se, na área da saúde, que a dimensão educativa do trabalho, enquanto experiência de formação humana, é pouco reconhecida. Com as mudanças implementadas no Programa Saúde da Família, o trabalho passou a ser realizado em equipe, estando aí implícita uma aproximação entre concepção e execução do trabalho, do qual os trabalhadores são chamados a participar ativamente. Nesse contexto, o objetivo geral deste estudo é analisar a relação de saberes que se estabelece entre os integrantes das equipes de saúde da família de um Centro de Saúde de Belo Horizonte. Trata-se de uma pesquisa de natureza qualitativa, fundamentada no referencial marxista, na ergologia e na psicodinâmica do trabalho, bem como nos estudos sobre o trabalho em saúde. Na análise, foi possível desvelar que o Programa Saúde da Família define condições e organização do trabalho que, por um lado podem ser fonte de frustração e sofrimento para as trabalhadoras e, por outro lado, podem ser uma potência pedagógica e terapêutica, capaz de produzir saber e prazer. Para todas as trabalhadoras, o trabalho é fonte de aprendizagem; há uma pedagogia inscrita na experiência do cuidado que se mostra por meio de: uma construção individual e coletiva de saberes entre os profissionais; uma relação mais democrática, que afrouxa a rede de saber-poder; uma competência técnica que se inscreve no corpo das trabalhadoras produzindo novas habilidades; uma interação terapêutica mediada pela linguagem; uma relação que poderíamos chamar de solidariedade ou da compaixão. Assim, o cuidado assume o estatuto de uma categoria reconstrutiva, na qual se integram os diferentes saberes e valores, por meio da renormalização da atividade, o que permite uma renovação de sentidos para o trabalho e para o trabalhador. Consideramos, portanto, a influência do trabalho em todos os âmbitos da vida e apostamos em uma abordagem que considere os aspectos subjetivos do trabalhador, seus saberes e valores, enquanto elementos fundamentais de reconstrução individual e coletiva do e no trabalho.

Palavras-chave: trabalho em saúde, trabalho e educação, Programa Saúde da Família, saberes do trabalho, sofrimento no trabalho.

ABSTRACT

Marxist studies evidence work as essential to the existence and development of the human being. However it's remarkable that in the health area the educational dimension of work as the experience of the human development is left beside. With the changes implemented in the Family Health Program, the work started to be done by teams, implying an approach between the conception and execution of work, in which workers are required to take part actively. Within this context, the main purpose of this study is to analyze the knowledge relation established among the members of family health teams at a Health Center in Belo Horizonte. It is a qualitative research, based on the Marxist reference framework, ergology and psychodynamics of work, as well as on studies about work in health. Through this analysis it was possible to reveal that the Family Health Program defines conditions and organization of the work in which, by one hand may be a source of suffering and frustration for the workers and, by the other, may be a potential pedagogical and therapeutic power, capable of producing knowledge and pleasure. For all workers, work is a source of learning; there is a pedagogy inscribed in the experience of care which is shown through: an individual and collective construction of knowledge among professionals; a more democratic relation, which loosens the knowledge-power network; a technical competence inserted in the worker's bodies which produces new skills; a therapeutic interaction mediated by language; a relation that could be called solidarity or compassion. Therefore, the care assumes the statute of a reconstructive category, which joins different kinds of knowledge and values, through the renormalization of the activity, which allows a renewal of senses for the work and the worker. Thus, we consider the influence of work in all aspects of life and rely on an approach that consider the subjective aspects of the worker, his knowledge and values, as fundamental elements of individual and collective reconstruction of/in work.

Keywords: work in health, work and education, Family Health Program, knowledge of work, suffering at work

RÉSUMÉ

Des études marxistes mettent en évidence le travail comme quelque chose d'indispensable à l'existence et à la formation de l'être humain. Cependant, on observe, dans le domaine de la santé, que la dimension éducative du travail, en tant qu'expérience de formation humaine, est peu reconnue. A cause des changements mis en pratique dans le Programme Santé de la Famille, le travail a commencé à être réalisé en équipe, y étant implicite une approche entre conception et exécution du travail, dont les travailleurs sont appelés à participer activement. Dans ce contexte, l'objectif général de cette étude c'est celui d'analyser le rapport de savoirs qui s'établit parmi les intégrants des équipes de santé de la famille d'un dispensaire public à la ville de Belo Horizonte (au Brésil). Il s'agit d'une recherche qualitative qui se fonde sur le référentiel marxiste, l'ergologie et la psycho-dynamique du travail, ainsi que sur les études concernant le travail en santé. Dans l'analyse il a été possible dévoiler que le Programme Santé de la Famille définit des conditions et de l'organisation du travail que, d'une part peuvent être source de frustration et de souffrance pour les travailleuses et d'autre part peuvent être une puissance pédagogique et thérapeutique capable de produire du savoir et du plaisir. Pour toutes les travailleuses, le travail est une source d'apprentissage ; il y a une pédagogie inscrite dans l'expérience du soin par le moyen de : une construction individuelle et collective de savoirs parmi les professionnels ; un rapport plus démocratique qui relâche le réseau de savoir-pouvoir ; une compétence technique qui s'inscrit dans le corps des travailleuses produisant de nouvelles aptitudes ; une interaction thérapeutique dont le langage est le médiateur ; un rapport, dirait-on, de solidarité ou de compassion. Ainsi, le soin assume le statut d'une catégorie reconstructive dans laquelle s'intègrent les différents savoirs et valeurs au moyen de la renormalisation de l'activité, ce qui permet un renouvellement de sens pour le travail et pour le travailleur. Donc, on considère l'influence du travail dans tous les domaines de la vie et l'on est sûr d'une approche qui considère les aspects subjectifs du travailleur, ses savoirs et valeurs en tant qu'éléments fondamentaux de reconstruction individuelle et collective du et dans le travail.

Mots clés : travail en santé, travail et éducation, Programme Santé de la Famille, savoirs du travail, souffrance dans le travail.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
AE	Auxiliar de enfermagem
CAP	Comunidade Ampliada de Pesquisa
CS	Centro de Saúde
CSSJ	Centro de Saúde São João (nome fictício do cenário do estudo)
CNAM	Conservatoire National des Arts et Métiers – Conservatório Nacional de Artes e Ofícios
DC	Diário de Campo – Instrumento de coleta dos dados observados
DISAO	Distrito Sanitário Oeste da Prefeitura de Belo Horizonte
E	Enfermeira
EE	Escola de Enfermagem da UFMG
ESF	Equipe de Saúde da Família
FAE	Faculdade de Educação da UFMG
G	Gerente do CSSJ
M	Médica
MS	Ministério da Saúde
NETE	Núcleo de Estudos sobre Trabalho e Educação da FaE/UFMG
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PBH	Prefeitura Municipal de Belo Horizonte
PNH	Política Nacional de Humanização
PROFAE	Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PSF	Programa Saúde da Família
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
UFMG	Universidade Federal de Minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
URS	Unidade de Referência Secundária (antigo PAM Posto de Assistência Médica)

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
Sobre a pesquisa e a pesquisadora	14
Os saberes do trabalho em saúde: uma lacuna a ser investigada	16
Sobre a organização da pesquisa	23
Capítulo 1	
O TRABALHO E OS SABERES DO TRABALHO	25
1.1 O trabalho como princípio educativo	25
1.2 A reestruturação produtiva, os saberes do trabalhador e o campo da saúde	31
1.2.1 Alguns aspectos sobre a reestruturação produtiva	31
1.2.2 A reestruturação produtiva e os saberes do trabalhador	33
1.2.3 A reestruturação produtiva e o campo da saúde	37
1.3 A subjetividade do trabalhador e a construção de saberes	40
1.4 Contextualizando os estudos sobre os saberes do trabalho	44
1.5 A atividade: fonte de saber no trabalho	47
1.5.1 Noção de atividade ampliada	48
1.5.2 O recentramento da atividade: possibilidade de construção de saberes no trabalho	50
1.6 Sofrimento e prazer no trabalho	55
Capítulo 2	
O TRABALHO EM SAÚDE	62
2.1. Características do trabalho em saúde	62
2.2 Historicidade do trabalho da saúde e da enfermagem	66
2.3 A divisão social e técnica do trabalho em saúde	69
2.4 A construção da Rede Básica e o Programa Saúde da Família	73
2.5 A estratégia da Saúde da Família na atualidade	79

Capítulo 3

ASPECTOS METODOLÓGICOS	82
3.1 A revisão bibliográfica	83
3.2 Instrumentos da pesquisa	83
3.2.1 A pesquisa documental	83
3.2.2 Entrevistas semi-estruturadas	84
3.2.3 Observação de tipo etnográfica	85
3.3 Caracterização do Local da Pesquisa	85
3.3.1 O Distrito Sanitário Oeste (DISAO)	87
3.3.2 O Centro de Saúde pesquisado	88
3.4 Os sujeitos da pesquisa	89
3.5 O desenvolvimento da pesquisa	91
3.6 A análise dos dados	92

Capítulo 4

O CONTEXTO DO ESTUDO E O TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA	94
4.1 Características gerais do trabalho no Centro de Saúde estudado	94
4.2 A implantação do PSF: dificuldades e possibilidades de aquisição de saber	99
4.3 Condições e organização do trabalho: a relação sofrimento e prazer no cotidiano do PSF	106
4.4 As relações de poder-saber presentes no trabalho do PSF	125

Capítulo 5

OS SABERES DO TRABALHO NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	134
5.1 O saber formalizado dos profissionais da saúde da família	135
5.1.1 A formação da auxiliar/técnica de enfermagem	135
5.1.2 A formação da Agente Comunitária de Saúde	137
5.1.3 A formação de nível superior das profissionais da saúde	140

5.2 A pedagogia inscrita na experiência do cuidado	144
5.2.1 O trabalho no PSF: uma construção coletiva de saberes entre as profissionais no cuidado diário	144
5.2.2 O trabalho educativo grupal: compartilhando os saberes da ciência e os saberes populares sobre saúde	153
5.2.3 As técnicas do Cuidado: uma competência inscrita no corpo das trabalhadoras	159
5.2.4 O uso da tecnologia no PSF: novas habilidades para o trabalho e para a vida	169
5.2.5 O Cuidado: uma sabedoria inscrita na linguagem capaz de produzir autonomia	172
5.2.6 Saberes e valores: reconstruindo modos de ser e de estar no trabalho do PSF	179
 Capítulo 6	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	187
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	197
 ANEXOS	
 ANEXO A - Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética da UFMG	208
ANEXO B - Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética da Prefeitura de Belo Horizonte	209
ANEXO C - Carta de uma trabalhadora para os Órgãos Gestores	211
 APÊNDICES	
APÊNDICE A - Termo de Consentimento - Livre e Esclarecido	213
APÊNDICE B - Roteiro de entrevista com os profissionais da Equipe de Saúde da Família	214
APÊNDICE C - Diário de Campo: Observação do trabalho na Farmácia	215
APÊNDICE D - Diário de Campo: Observação do trabalho na Recepção	219

INTRODUÇÃO

Sobre a pesquisa e a pesquisadora

Não é ao acaso que o pesquisador se dirige a esse ou àquele objeto de pesquisa sabemos que, de alguma maneira, o objeto de estudo está ligado à história de vida e de formação do pesquisador. O trabalho como enfermeira na assistência direta, compartilhado e aprendido junto aos trabalhadores da saúde, marcaram meu percurso profissional e meu modo de ser-sendo-enfermeira.

Em minha vivência no trabalho hospitalar, durante onze anos, pude verificar a riqueza das experiências dos trabalhadores em uma rica relação de troca na aprendizagem diária do trabalho. Por estar quase sempre envolvida com a atividade educativa, junto aos usuários¹ ou na capacitação dos agentes da enfermagem - realizada no cotidiano assistencial, pude aprender muito deles e com eles. Hoje, como docente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), trago em minha formação as experiências vivenciadas com os trabalhadores da saúde, que repasso aos alunos. Foram muitas estratégias de enfrentamento que nos habilitaram a lidar com a complexidade das diferentes situações de vida/morte, saúde/doença, certezas/incertezas, alegria/dor, em meio às limitações e possibilidades presentes no mundo da saúde.

O objeto deste estudo tem suas raízes nos diferentes aspectos do processo educativo na saúde. Como enfermeira, sempre me inquietou a dicotomia existente entre a ênfase dada pela literatura da área de enfermagem à função educativa do profissional e o distanciamento dos colegas para com essa função. Assim, já como docente, durante o Curso de Pós-graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), tive a oportunidade de investigar a prática educativa da enfermeira (VILLA, 2000). Os resultados me possibilitaram clarear algumas facetas do fenômeno educar em enfermagem e, ao mesmo tempo, levantaram novas questões.

¹ Chama-se usuário o indivíduo, família ou coletividade que faz uso de um ou mais serviços de saúde (BRASIL, 1996a). É importante notar que os termos usuário e paciente estarão sendo usados, neste estudo, de forma indistinta de acordo com alguns autores referenciados e os sujeitos da pesquisa.

Foi a necessidade de ultrapassar as limitações da minha dissertação que me moveu em direção à elaboração da problemática sobre a qual invisto no doutorado. As limitações podem ser explicitadas no reconhecimento de um trabalho permeado de ações/atitudes educativas que passam despercebidas pelos profissionais e equipe de saúde como um todo. Trata-se de um cuidar/educando que vai produzindo, aos poucos, uma ressignificação de comportamento, de sentidos e novas atitudes, tanto nos usuários como nos trabalhadores, mas que por não se tratar de um trabalho de transmissão formal do conhecimento não foi considerado educativo, nem ao menos, foi reconhecido esse saber assim criado e mobilizado.

Verificou-se que a dimensão educativa do trabalho, enquanto experiência de formação humana, tem sido ignorada ou pouco reconhecida no campo da saúde. Dessa forma, os trabalhadores, não vislumbram o seu desenvolvimento pessoal e mesmo profissional no decurso do trabalho. Notadamente, os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários de saúde, com nível médio de formação, de modo geral, assumem a valorização dada pela cultura na qual estão inseridos e, diante da relação de saberes, subtraem freqüentemente seu conhecimento em detrimento daqueles que na escala hierárquica, “sabem mais”, sendo levados a uma desqualificação progressiva do seu saber.

O estudo constatou, também, que poucos enfermeiros demonstram uma visão ético-política e social do seu fazer. Na maioria das vezes, desenvolvem atividades educativas voltadas apenas para as questões biomédicas, sem indagações, mantendo uma relação de poder/saber junto ao usuário e aos agentes de enfermagem que permanecem numa posição passiva de quem *nada sabe*, portanto, pode pouco ou quase nada.

As dificuldades e limites do trabalho educativo em saúde, na concepção dos sujeitos, foram atribuídos à falta de recursos humanos, às condições de trabalho e, na maioria das vezes, analisados no âmbito da atuação individual e da competência técnico-científica. Os enfermeiros não conseguiram extrapolar seus enfrentamentos para além do fazer cotidiano; não identificaram os determinantes histórico-sociais, estruturais e institucionais da saúde e da organização tecnológica do trabalho.

Delineava-se assim, um novo propósito de estudo – os saberes produzidos no trabalho, um trabalho historicamente situado - que apontava para um outro universo epistemológico, diverso daquele que me era próximo como profissional da área da saúde. Assim, foi buscando um percurso possível para circunscrever minhas inquietações e encaminhar uma investigação que envolvesse o trabalho e os saberes que cheguei à Linha de pesquisa Trabalho e Educação da Faculdade de Educação/UFMG.

Ao finalizar essa etapa, nos certificamos quanto ao valor do investimento em uma investigação na linha de estudo *Trabalho e Educação*, que nos ofereceu subsídios teórico-metodológicos, por meio dos quais pudemos ampliar os conhecimentos sobre o trabalho em saúde, constatar a rica relação de saberes e valores aí construídos, o que enriquecerá, em muito, o ensino e a atuação profissional na área.

Os saberes do trabalho em saúde: uma lacuna a ser investigada

O trabalho é um *locus* formador do ser humano, uma formação que ocorre num processo intra e interpessoal, sempre multifacetado, onde os trabalhadores, pela sua própria experiência no trabalho, adquirem um conhecimento contínuo sobre o seu fazer. No jogo de saberes envolvidos no cotidiano da saúde, há um conjunto de saberes produzidos no trabalho, um dos resultados do conflito entre as dimensões do trabalho abstrato e trabalho concreto presentes no sistema capitalista:

o capital cria mecanismos através dos quais o trabalhador, no processo de trabalho, não se percebe como um sujeito que cria, que transforma e se auto-transforma... Exatamente para despersonalizar, para pasteurizar essa ação, que resgata a individualidade, a criatividade, a possibilidade de libertação do sujeito, o capital assume mecanismos que transformam o trabalho de cada um de nós no trabalho abstrato, sem rosto, sem característica, sem identidade. Marx percebe que há também um processo de resistência, de criação, que é chamado trabalho concreto. É importante ter a dimensão de que nenhum desses dois pólos do processo de trabalho – trabalho concreto e trabalho abstrato – se anulam ou deixam de estar presentes. (ARANHA, 2000, p. 56)

Marx vê, na dualidade expressa no trabalho, a possibilidade mesma da sua superação. Nesse sentido, é possível apontar no trabalho concreto, um saber produzido, ainda que de forma assistemática, um saber nem sempre codificável, porém um saber técnico e significativo para o andamento do trabalho, denominado *conhecimento tácito* (ARANHA, 2003).

Segundo Santos (1997), as soluções para os problemas que surgem no cotidiano do trabalho ocorrem na dimensão informal. De modo geral, os saberes produzidos não são formalizados, mas são incorporados no cotidiano das atividades como meio de resolver os problemas e alternativas para desenvolver as tarefas, ficando sob a forma da experiência vivida. O trabalho, portanto,

convoca a inteligência de cada trabalhador e do coletivo de trabalho na descoberta, na aprendizagem, no desenvolvimento e na produção de saberes (...) As soluções criadas neste espaço pelos trabalhadores sempre foram, e continuam sendo, fundamentais para que a produção se efetive. (SANTOS, 1997, p. 15)

Contudo, no campo da saúde, desconhecemos ou não valorizamos a trama de saberes originada no trabalho. O saber reconhecido nos serviços é o saber técnico-científico, apreendido nos processos de escolarização. Os profissionais reduzem, assim, a qualificação a uma listagem de conhecimentos, habilidades e atitudes de que o trabalhador deve ser portador para ser introduzido no processo de trabalho e estabelecem uma classificação simplória dos qualificados - portadores das exigências e os não qualificados - os não portadores (ARANHA, 1997).

Nesse sentido, observamos que, quanto maior o grau de escolarização do trabalhador e quanto mais status social tiver a sua profissão, mais reconhecido é o seu saber, destacando-se a figura do médico em detrimento dos demais trabalhadores, seguida pelos profissionais de nível superior e, por último, aqueles que têm formação de nível médio. Numa escala de valores, o conhecimento destes trabalhadores não é, de modo geral valorizado, muito embora, boa parte do que é realizado na assistência aconteça com o auxílio desse saber.

Verificamos, então, uma relação de poder-saber presente no processo de trabalho em saúde, desde o nascimento da clínica. Segundo Foucault (1986), a profissionalização dos técnicos deu-se por meio da articulação entre saber e poder

médico, instituindo-se uma série de práticas disciplinares, de regulação das relações e do espaço institucional a partir da hegemonia médica, em torno da qual foram se constituindo todas as demais profissões.

Assim, no processo de trabalho, o trabalhador produz saberes em relações desiguais e permeadas por uma teia de poder-saber. Sob a ótica foucaultiana, o poder não é um objeto natural, é uma prática social e como tal constituída historicamente; o poder não é uma relação linear onde o dominante oprime o dominado, mas é uma força, um domínio descentralizado que está presente em todas as relações, atravessando todos os envolvidos numa determinada instituição ou ação. O poder é um discurso que vai se instaurar nas organizações porque está no indivíduo, ele é produtivo, transformador. O poder produz o sujeito, produz o saber. O poder

se expande por toda a sociedade (...) investindo em instituições, tomando o corpo em técnicas de dominação. Poder este que intervém materialmente, atingindo a realidade mais concreta dos indivíduos - o seu corpo - e que se situa ao nível do próprio corpo social, e não acima dele, penetrando na vida cotidiana e por isso podendo ser caracterizado como micro-poder... os poderes periféricos e moleculares. (FOUCAULT, 1986, p.XII)

Assim, o poder é exercido numa cadeia de submissões da qual ninguém é o alvo único, mas perpassa os diferentes indivíduos: “o poder se exerce em rede, nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e sofrer sua ação (...) Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles.” (FOUCAULT, 1986, p. 183).

A visão foucaultiana desconstrói a percepção de que há um pólo que somente domina e outro que somente sofre a dominação. Complexifica as relações na medida em que não busca identificar o pólo dominante ou dominado, mas entender a posição, os sentidos e relações de cada sujeito na rede de dominação. Desta mesma forma, não cai na armadilha de tratar alguns sujeitos como vítimas de um poder acima deles e outros como agressores, mas busca clarificar a complexa trama de dominação existente nas relações.

O autor assinala, ainda, que se o poder fosse somente repressivo, não teria a força que tem, “ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato

permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso. Deve-se considerá-lo como uma rede produtiva que atravessa todo o corpo social...” (FOUCAULT, 1986, p.8).

Assim, o poder presente nas relações de trabalho também propicia a produção do saber e uma das formas que o faz, é pela resistência dos trabalhadores às condições de trabalho que refletem a exploração do capital sobre o trabalhador. Historicamente, podemos acompanhar as diferentes estratégias articuladas pelos trabalhadores em busca de saídas, que resultaram em conquistas e conseqüente desenvolvimento.

Voltando, então, nosso olhar para as mudanças no trabalho na área da saúde, podemos constatar que, marcadamente, a atenção na saúde pública vem sofrendo grandes transformações ao longo dos últimos anos. As propostas, a partir da implantação do Programa Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde, expressam uma nova visão da saúde e demandam novas formas de organização do trabalho, exigindo diferentes posturas e otimização das capacidades e saberes de seus trabalhadores².

O PSF emerge da improdutividade do modelo tradicional de assistência à saúde – tanto para os profissionais, como para o usuário. As propostas de mudanças apontam na direção da substituição dos paradigmas clássicos da organização do trabalho e da busca pelo desenvolvimento do usuário enquanto sujeito do processo de manutenção e recuperação de sua saúde. Ao mesmo tempo, determinam desafios para os profissionais para o enfrentamento do novo modelo, do mercado e das condições de trabalho.

Esse novo Programa tem como projeto central o desenvolvimento de um trabalho multidisciplinar, em equipe, onde cada trabalhador tem um papel a cumprir tornando-se responsável pela assistência prestada a uma população delimitada. A resolução de problemas identificados deve ocorrer pela articulação de saberes entre os trabalhadores, o que implica em uma mudança de postura e de afazeres no processo de trabalho (BRASIL, 1996a).

² Quando se tratar do trabalho em saúde, os termos, trabalhador e profissional estarão sendo usados de modo indistinto para referir-se à enfermeira, à auxiliar/técnica de enfermagem, ao agente comunitário de saúde e ao médico.

Nas Unidades Básicas de Saúde, anteriormente ao PSF, cada profissional realizava o atendimento de modo relativamente individualizado, pautado no modelo clínico de atenção no qual prevalecia uma ação pontual e isolada sobre a queixa trazida pelo paciente. No PSF a proposta é de um trabalho compartilhado com divisão das responsabilidades assistenciais, discussão dos casos e tomada de decisão conjunta. Cada trabalhador, ao integrar esse Programa, passa a ter novos comprometimentos e tarefas específicas a serem desempenhadas em um novo cotidiano de trabalho na Equipe de Saúde da Família (ESF) – um novo modelo assistencial, para o qual muitos não foram e não se sentiram preparados.

Esse não é um processo vivenciado apenas na área de saúde, mas um fenômeno constatado em todo o mundo do trabalho. Conforme Aranha, as implicações das transformações tecnológicas, organizacionais e de gestão do trabalho para a sociedade e para os trabalhadores

faz emergir outros referenciais de inserção dos trabalhadores no processo de trabalho. As chamadas 'gestões participativas' buscam a integração do trabalhador no processo produtivo, alargando a margem de sua interferência e concretamente colocando em suas mãos um conjunto de decisões, antes apenas restrito à gerência. (ARANHA, 1997, p. 22)

Como docente da Escola de Enfermagem, pude participar do processo de implantação do PSF em Belo Horizonte, como instrutora do Curso de Especialização em Saúde da Família³, sendo possível perceber o distanciamento, o peso da hierarquia e a dificuldade de relação entre os profissionais de diferentes categorias que, em alguns casos, já tinham anos de trabalho juntos.

Por meio de uma metodologia participativa, buscava, o tempo todo, incentivar os integrantes das ESF a discutir sobre a realidade de trabalho e sobre as diferentes visões e obstáculos encontrados para o redirecionamento da prática. Dentre as dificuldades apontadas, podem ser citadas as questões relacionadas à divisão do trabalho, a posição ocupada na escala hierárquica, a falta de respaldo da Prefeitura, as péssimas condições de trabalho, as relações de poder-saber. Algumas

³ Curso de Especialização, uma parceria entre a UFMG/ PBH e MS, cuja proposta é capacitar os médicos e enfermeiros inseridos no PSF. Os auxiliar de enfermagem e ACS participam somente do módulo "Trabalho em equipe" de 60 h.

destas constatações confirmadas, por Aranha (2003), em sua experiência no Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE.

A proposta pedagógica deste módulo mostrou que os trabalhadores de nível médio, em sua maioria, permaneciam mais calados, quase sempre deixando as soluções para ‘quem entende mais’, uma fala freqüente no curso e aceita naturalmente por todos, de maneira que, salvo exceções, quem assumia o comando das discussões e as apresentações em plenárias, era o profissional de nível superior.

Verificava, mais uma vez, que a dimensão educativa do trabalho era por todos ignorada, e alguns trabalhadores, sem identificar a importância de sua contribuição em todo o processo, assumiam a posição de quem menos sabe, privilegiando o conhecimento técnico-científico formalizado nas escolas em detrimento de todo seu saber e experiência no trabalho.

Pude assim, acompanhar parte dos conflitos gerados no processo de implantação do novo modelo, aumentando minhas indagações. Vale assinalar que alguns auxiliares de enfermagem declararam sentirem-se perdidos diante de uma falsa autonomia para a realização de um trabalho diferenciado a partir da proposta do PSF. Isto porque sempre tiveram suas atividades prescritas, acostumados a cumprir com tarefas específicas, determinadas pela enfermeira e, em alguns casos, pela gerência ou pelo médico, com pouca ou nenhuma experiência de trabalho em equipe.

O deslocamento da prescrição cotidiana das atividades, dos procedimentos, para objetivos assistenciais mais amplos, disseminados, em alguns momentos autônomos e em outros ‘em equipe’, atinge a todos os trabalhadores envolvidos no PSF e gera uma atuação não padronizada e difusa. Vale lembrar que “não se pode deixar de reconhecer por trás do discurso do novo modelo, as idéias e práticas tayloristas revisitadas e, mais do que isto, dissimuladas. Não mais estandarizada e fragmentada a atividade torna-se cada vez mais invisível e difícil de ser prescrita.” (SANTOS, 1997, p.16). Portanto, é necessário interrogar se a hierarquização e fragmentação do taylorismo sobrevivem sob novas formas no atual modelo e que configurações assumem.

É importante, também, reafirmar que, se por um lado, o trabalho configura-se sob a forma do trabalho abstrato e, portanto, uma atividade vital necessária unicamente como um meio para a sobrevivência, por outro lado, o trabalho, sob sua forma concreta, abre possibilidades de um ato criador.

No ato assistencial, há uma interação entre os envolvidos de maneira que a aprendizagem pode ocorrer de ambos os lados, numa relação intersubjetiva dos trabalhadores entre si e entre estes e os usuários, implicando na construção da autonomia de cada um desses sujeitos (MERHY, 1997). Entendemos, portanto, que a produção de saberes se realiza no desenvolvimento das atividades, no interior das relações de trabalho, nas relações sociais e mesmo nas dificuldades encontradas, independentemente da consciência que dela o trabalhador possa ter.

Contudo, verificamos que os trabalhadores, de modo geral, não são capazes de dimensionar o aprendizado contido na atividade de trabalho. Muitos não reconhecem a importância do seu saber na produção em saúde e o quanto os demais profissionais dependem de suas contribuições para a prática assistencial.

A relação com o saber e de saberes⁴ implica na mobilização, construção e aquisição de conhecimentos sistematizados e não sistematizados por esses trabalhadores, no cotidiano das atividades, influenciados pelas condições de trabalho. Procuramos, portanto, detectar os saberes produzidos no trabalho e as relações de saber estabelecidas no convívio entre os profissionais e usuários de um serviço de saúde. Nossa proposta é identificar a dimensão educativa do trabalho ao que chamamos 'Pedagogia do Cuidado', nas suas apresentações contraditórias enquanto possibilidades e limitações.

Diante do exposto, os objetivos deste estudo são:

Objetivo Geral:

Analisar a relação de saberes que se estabelece entre os integrantes das equipes de saúde da família de um Centro de Saúde de Belo Horizonte.

⁴ Os termos: relação com o saber e de saberes serão discutidos no próximo capítulo.

Objetivos específicos:

- Investigar como ocorre a aquisição e mobilização de saberes pelos trabalhadores da ESF, no trabalho diário;
- Analisar os saberes produzidos no cotidiano dos trabalhadores e suas inter-relações no processo assistencial entre os profissionais e usuários da saúde;
- Conhecer as relações de poder-saber presentes no trabalho da ESF.

Acreditamos, portanto, que esta investigação, ao se propor o desafio de apreender as questões que envolvem os saberes dos trabalhadores, notadamente a partir das mudanças ocorridas no processo de trabalho com o PSF, contribuirá com elementos de ordem teórica e prática, ampliando o espaço para outras pesquisas na linha Trabalho Educação, no campo da saúde.

Sobre a organização da pesquisa

No primeiro capítulo, apresentamos um estudo sobre o trabalho, suas transformações e os saberes dos trabalhadores. Abordamos o trabalho como princípio educativo e buscamos discutir, a partir da reestruturação produtiva do capital os interesses que levam a um resgate da subjetividade e dos saberes dos trabalhadores e seus reflexos no campo da saúde. Ancorados em diferentes autores, discutimos o recentramento da atividade como fonte de saber e de renovação do trabalho. Mostramos ainda que, se por um lado, o trabalho é formador e fonte de prazer, por outro lado, em função das condições de trabalho e de sua organização, predomina sua face causadora de frustração e sofrimento.

Reservamos ao segundo capítulo a revisão sobre o trabalho em saúde, sua organização e propostas de mudança do modelo assistencial. Tecemos um breve percurso sobre a historicidade do trabalho em saúde e da enfermagem, buscando facilitar a compreensão deste campo e das relações que se processam nesse espaço. Enfocamos, de forma sucinta, as mudanças ocorridas na saúde pública, que culminaram com a implantação do Programa Saúde da Família e as suas características na atualidade.

O terceiro capítulo delinea o percurso metodológico utilizado na realização da investigação.

A análise dos dados empíricos se inicia no quarto capítulo a partir da caracterização do trabalho do PSF e de sua implementação no Centro de Saúde pesquisado. Discutimos as diferentes implicações dessa mudança e suas conseqüências para os trabalhadores, desvelando uma relação entre as condições e a organização do trabalho e o sofrimento da trabalhadora. Procuramos mostrar que a busca pela superação das dificuldades também se configura numa dialética de aprendizagens por meio do uso de defesas individuais e coletivas. Analisamos ainda as questões que envolvem as relações de poder-saber no cotidiano das ESF.

No quinto capítulo apresentamos alguns aspectos referentes aos saberes formalizados dos integrantes das ESF e analisamos as diferentes possibilidades de construção e de mobilização de saberes e valores, entre os profissionais e entre estes e os usuários, ao que chamamos de 'pedagogia do cuidado', que ocorre no cotidiano do trabalho no Programa Saúde da Família.

Finalizamos este relato com as considerações finais, tecendo uma retrospectiva e articulação das principais sínteses a que chegamos por meio deste estudo.

CAPÍTULO 1

O TRABALHO E OS SABERES DO TRABALHO

*Sabe, aprendo muito com o meu trabalho (...)
E como vim de uma vida que não é fácil,
aprendi: - A tudo daí Graças! E é isso que
faço, todo dia dou graças pelo trabalho que
eu tenho. (ACS – Berta)*

A categoria trabalho é a base a partir da qual se agrega uma nova forma de ser aos seres anteriormente existentes. O homem é, portanto, um ser em construção infinita, é incompleto, necessitando das coisas mais elementares para sobreviver, como alimentar-se, vestir-se entre outras. Ou seja, ele necessita do que está fora dele para poder existir. O trabalho se mostra como o ponto de partida de toda tentativa de se compreender o homem, pois é uma atividade essencial para suprir as necessidades da vida humana, realizado em interações objetivas e subjetivas sendo, pois, o que funda, produz e reproduz o ser social.

Assim, é fundamental nos aprofundarmos na compreensão dessa atividade basilar do ser humano reafirmando o seu caráter social, historicamente situado.

1.1 O trabalho como princípio educativo

O educador Miguel Arroyo em seu artigo “*Revendo os vínculos entre trabalho e educação: elementos materiais da formação humana*”, aborda a vinculação entre trabalho e educação no correr do tempo, afirmando que é impossível a teoria e a prática educativas caminharem alheias aos processos educativos presentes na produção material da existência humana, de maneira que a temática trabalho e educação passou a compor a teoria da educação enquanto teoria da formação humana (ARROYO, 1991, p. 163).

O autor explicita que na era greco-romana, o trabalho humano era considerado como algo negativo, pouco nobre. As atividades que, de fato, situavam-se no campo do humano, do educativo, do aprimoramento do ser, atrelavam-se ao ato de pensar e a seus produtos: o falar, o filosofar, o ler, o debater. Por outro lado, as atividades vinculadas a um ofício como o fazer, o plantar e o colher eram vistas como depreciativas do ser. A exclusão do trabalho da esfera educativa reflete a realidade social dividida e parcelada que remonta às sociedades escravocratas e polarizadas.

A visão ontológica do trabalho em Marx (1985) aponta o trabalho como indispensável à existência humana, como necessidade natural e eterna de efetivar o intercâmbio material entre o homem e a natureza e, portanto, de manter a vida humana. Atuando sobre a natureza, modificando-a, o homem, ao mesmo tempo, modifica a sua própria natureza, desenvolve as potencialidades nela adormecidas. Nessa perspectiva, o trabalho “será sempre qualificador, propiciando o exercício da criação, da reflexão e da auto-realização.” (KUENZER, 2004 p. 241).

O animal também produz, mas só produz de forma instintiva o necessário para sobreviver, não realizando, portanto, uma atividade que implica numa teleologia. Porém, algo diferente ocorre com o ser humano e, é assim que Marx se reporta à capacidade humana de conceber o trabalho e produzir um produto que já tinha em mente antes de iniciar sua execução:

Uma aranha executa operações segundo um tecelão, e a abelha supera mais de um arquiteto ao construir sua colméia. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor abelha é que ele figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador... Além do esforço dos órgãos que trabalham, é mister a vontade adequada que se manifesta através da atenção durante todo o curso do trabalho... (MARX, 1985, p. 202)

Assim, existe uma dimensão teleológica no trabalho, isto é, existe uma prévia idealização daquilo que se deseja realizar. No fim do processo de trabalho humano, obtém-se um resultado que desde o início já existia enquanto objetivo a ser

alcançado na imaginação do trabalhador. O homem realiza a sua subjetividade na materialidade objetiva.

Ainda é importante reforçar que o trabalho em Marx tem um caráter fundante do ser social, pois é através do trabalho que o homem estabelece relações com outros homens e para isso desenvolveu a linguagem, a sociabilidade, a gregária. O trabalho, em sua dimensão ontológica, carrega uma dimensão daquilo que é o homem. Segundo Costa (2004, p. 23), o homem se diferencia na e da natureza não somente pelas suas características biológicas, bem como pelas propriedades sócio-históricas, que têm no trabalho o seu fundamento. “O trabalho é o momento fundante da sociabilidade humana. Portanto, a atividade produtiva gera não só objetos, mas também, relações humanas, isto é, relações sociais historicamente determinadas.”

Mas, é necessário contextualizar as condições históricas nas quais o trabalho se realiza. Por um lado, como dimensão ontológica, de conformação do humano, o trabalho é formador, qualificador e até mesmo prazeroso, quando avaliado na sua dimensão de produzir coisas úteis – é o trabalho concreto de que nos fala Marx. Porém, por outro lado, no contexto histórico do capitalismo onde ele também se transforma em mercadoria pela venda da força de trabalho, ele é desqualificador, fonte de exploração, causador de sofrimento, emergindo aí a sua dimensão abstrata, ou trabalho abstrato. Ao longo de sua obra, Marx apresenta essas duas faces do trabalho que não se anulam “e sim, guardam uma relação dialética entre si, em que, ao mesmo tempo, se negam e se afirmam, configurando a dupla face do trabalho (...) como os dois lados da mesma moeda que compõem uma totalidade por contradição.” (KUENZER, 2004, p. 108).

O sentido da ação humana está na capacidade de conceber a atividade de trabalho, de modo a poder atribuir-lhe significado compatível entre o propósito social e o sentido pessoal. A ruptura entre significado e sentido gera um conflito pessoal que pode resultar em um estranhamento do trabalhador pelo seu próprio trabalho e a sua atividade vai deixando de ser, para ele, o que potencialmente ela poderia ser enquanto fonte de crescimento e formação humana. A mercantilização da atividade provoca no trabalhador a obnubilação do sentido do trabalho e a incapacidade de vê-lo como atividade criadora e auto-criadora. A vida social e o

cotidiano dos indivíduos convertem-se num objeto 'coisificado' e estranho (COSTA, 2004).

Segundo Arroyo, a partir dos avanços tecnológicos cria-se uma concepção determinista de que tais avanços “fariam parte de uma invenção diabólica (...) imposta sobre os trabalhadores que os impele e se apodera deles, inserindo-os nesse rolo compressor do trabalho moderno.” Desse modo, na cultura moderna a escola se afirma com a função de preparar o homem para o mundo novo que a máquina e a ciência exigem, mas numa visão negativista em que os processos de produção industrial somente deformam e despersonalizam o trabalhador (ARROYO, 1991 p. 167).

Nesse sentido, muitas análises centradas na compreensão das formas capitalistas de produção trataram das conseqüências deformadoras da divisão e exploração do trabalho e expropriação do saber do trabalhador, nas quais “cada fase da história do trabalho sob o capital teria como móvel esse controle político-pedagógico.” Mesmo a qualificação exigida para o novo trabalhador, traz as marcas da divisão do trabalho “como estratégia do capital para seu controle e manutenção do seu poder de classe (...) e reprodução das relações de dominação.” (ARROYO, 1991, p. 172-5).

Contudo, a realidade é que o trabalho, historicamente condicionado pela sociabilidade do capital mantém uma processualidade contraditória segundo a qual trabalho concreto e abstrato se manifestam, ainda que o trabalho concreto esteja subsumido ao trabalho abstrato. E, uma das maneiras do trabalho concreto se manifestar é na possibilidade de apropriação e produção de saber pelos trabalhadores: “As transformações no trabalho ou nos vários espaços sociais, parecem ser resultado de ações-reações ou de conflitos entre os dominantes e os dominados, os fortes e os fracos, os qualificados e os desqualificados.” (ARROYO, 1991, p. 195).

Arroyo reforça assim, o princípio educativo do trabalho em Marx, enfatizando a idéia de que é na luta cotidiana que o trabalhador se forma, ao transformar o trabalho, transformando a história:

Na concepção marxiana não há possibilidade da formação humana ser reduzida à formação da consciência através de ações especificamente educativo-culturais (...) O educativo e o cultural não passam na frente nem paralelamente à luta material. A resistência crítica e cultural só pode ser a manifestação consciente dessa luta material. Nessa unidade da práxis crítico-prática se dá a educação das circunstâncias e do ser humano (...) A classe operária vem redefinindo o caráter deformador do trabalho e aí vai se constituindo. A superação das diversas formas históricas de trabalho foi sempre um exercício de liberdade e formação humana. (ARROYO, 1991 p. 202 -11)

Relembramos, então, que a característica do processo de trabalho sob o capitalismo é a produção de mercadorias e o valor de troca dessas, com a finalidade de acumular riqueza através da produção do excedente de trabalho. O trabalhador perde o controle do seu trabalho e este produto do seu esforço, a partir do momento em que o produtor detém a propriedade dos meios de produção e das decisões sobre ele. Nas palavras de Marx, a alienação constitui-se por ser o trabalho “externo” ao trabalhador, no sentido de não ser por ele controlado, por não fazer parte de sua natureza. Assim, o trabalhador não se realiza em seu trabalho, mas nega a si mesmo, não desenvolvendo suas energias físicas e mentais, ficando fisicamente exausto e mentalmente deprimido (MARX, 1985). Na produção capitalista, é criado “um mundo de objetos humanizados nos quais o homem não se reconhece, e que se voltam contra ele e o dominam.” (KUENZER, 2004, p. 109).

Sob a ótica marxiana, a atividade humana é livre, contudo, o trabalho alienado inverte essa relação, pois o homem, sendo um ser autoconsciente, faz de sua atividade vital, de seu ser, unicamente um meio para sua existência. Sob essa forma de trabalho, o processo de produção volta-se contra o trabalhador como algo estranho que o domina, um *trabalho estranhado*, numa práxis que gera não só uma relação alienante entre o trabalhador e seu produto, mas também entre o trabalhador e os outros homens (ANTUNES, 1995).

As incertezas e a complexidade do trabalho deveriam contribuir, não para a sujeição do trabalhador, mas sim, para a valorização dos sujeitos, da sua produção e da sua criatividade na superação das dificuldades e problemas surgidos nessa atividade. Arroyo ressalta que, tanto no aprendizado do trabalho quanto no aprendizado da escola, não é o resultado da produção ou os conhecimentos formais, respectivamente, que conformam os indivíduos, mas o “processo de sua aquisição e

as relações sociais e materiais nas quais eles são adquiridos.” (ARROYO, 1999, p. 28).

Assim, discutindo a pedagogia das relações de trabalho, o autor volta-se para a importância do espaço em que se dão esses processos postulando que se faça desse local, um espaço educativo, pois “o lugar onde trabalhamos é também uma escola”. E, ao mesmo tempo, problematiza essa afirmação, assinalando que, dependendo das condições materiais, físicas e psíquicas às quais está submetido o trabalhador, o trabalho pode torna-se deformador do ser humano: “é a materialidade do espaço onde reproduzimos a nossa existência que nos torna humanos ou desumanos, que nos educa ou deseduca (...) Não adianta querer humanizar o trabalhador se o espaço o desumaniza.” (ARROYO, 1997, p. 65).

Abordando as relações sociais e políticas do trabalho, o autor afirma que todo trabalho é espaço de poder, um poder, de forma geral, deformador do ser humano. Esse exercício do poder determina relações hierárquicas, impositivas, de controle, nas quais “há desqualificação, perda de identidade e infantilização dos *subordinados*, os *subalternos*.” (ARROYO, 1997, p. 66 grifos do autor). E discutindo os processos educativos no setor saúde, reafirma as condições de trabalho como fundamentais para que a formação do trabalhador aconteça, bem como, adverte para o cuidado com as relações de poder, construídas historicamente e que acompanham as transformações ocorridas no trabalho (ARROYO, 2003).

Ao longo do tempo, o trabalho vem se transformando, de maneira que, para dar conta das diversas características contemporâneas deste, alguns conceitos têm sido questionados ou redimensionados. Assim, consideramos oportuno apresentar alguns aspectos da reestruturação produtiva, que têm seus reflexos também no mundo da saúde.

1.2 A reestruturação produtiva, os saberes do trabalhador e o campo da saúde

1.2.1 Alguns aspectos sobre a reestruturação produtiva

A economia mundial enfrentou, a partir dos anos setenta, um quadro de recessão, gerando uma crise fiscal em diversos países e, conseqüentemente, uma conjuntura adversa para investimentos, o que acarretou um processo de globalização do capital – causado pela integração e internacionalização de várias etapas do processo produtivo. Essa crise determinou um processo de reestruturação do capital, a fim de permitir novos modos de acumulação, o que, nos países de economia mais avançada, se fez com inovações técnicas, organizacionais e financeiras (ANTUNES, 1995).

Na década de oitenta, começa a ocorrer uma expansão sustentada pela estabilidade de preços com recuperação do aumento da produtividade. No âmbito da produção e do trabalho, com o uso das novas tecnologias e o desenvolvimento da microeletrônica, desencadeou-se uma série de efeitos sociais que afetaram os trabalhadores, a organização e a gestão do trabalho, nesse momento, a palavra de ordem passa a ser flexibilidade. O modo de acumulação flexível se pautou no uso da força de trabalho polivalente, ágil, multifuncional, objetivando dar consistência a um novo modelo baseado na economia de escopo, sustentada na demanda. A flexibilidade e a polivalência foram elementos essenciais do novo padrão de produção, que rompeu com o modelo fordista clássico que caracterizava a força de trabalho pela sua especialidade, devido à linearidade de seu sistema (ANTUNES, 1995).

Assim, essas mudanças vieram alterar profundamente o mundo do trabalho, modificando a base material da sociedade e condicionando alterações importantes nas relações entre a economia, o Estado e a sociedade. No bojo desse processo, diversas interpretações se fizeram presentes e, dessa maneira, alguns autores⁵ passaram a questionar a centralidade sociológica da categoria trabalho,

⁵ A respeito, ver OFFE, C. Trabalho: categoria chave da sociologia? *R Bras.Sociologia* v 14, n.10, jun. 1989; GORZ, A. *Adeus ao proletariado: para além do socialismo*. Rio de Janeiro: Forence, 1987

gerando acirrado debate em torno de suas teses, desde aquelas que propagam o fim do trabalho, até as que reforçam sua centralidade.

Antunes (2000), defendendo a centralidade do trabalho, mostra que, embora diferente e reestruturado, este permaneceu como referência dominante não só para a compreensão do fenômeno econômico, mas também do social, do cultural, e mesmo, do individual. O autor, fundamentado em vasto referencial, argumenta que o trabalho continua sendo o cerne das transformações sociais, muito embora, se apresente de diferentes formas, de acordo com o uso capitalista das forças de produção. Essa tendência do setor produtivo é uma realidade globalizada que se estende para o setor de serviços que, cada vez mais, se submete à racionalidade do capital e pode ser largamente percebida no setor saúde.

Na atualidade, além da utilização de tecnologias de ponta e de trabalhadores polivalentes, multifuncionais, com extensa formação profissional, o capital recorre, de forma crescente, às formas precarizadas e intensificadas de exploração. O desenvolvimento das modalidades de flexibilização, desconcentração do espaço físico produtivo e a introdução da teleinformática contribuíram para uma redução do proletariado estável e aumento do desemprego estrutural. Crescem os contratos terceirizados que permitem uma redução do número de trabalhadores da empresa e o emprego de uma força de trabalho que entra facilmente e é demitida sem custos. O processo de reestruturação produtiva tem provocado, assim, alterações na organização do trabalho e nas relações que aí se estabelecem, nas exigências de qualificação do trabalhador, no próprio conteúdo do trabalho, na configuração da classe trabalhadora, bem como na divisão sexual do trabalho (ANTUNES, 1995).

Segundo Hirata (2002) essas mudanças ocorrem de modo heterogêneo quando se trata de gêneros distintos dos trabalhadores, se masculinos ou femininos. Contudo, os estudos sobre essa reestruturação, no geral, não levam em conta estas diferenciações, considerando o trabalhador homem como o referencial universal, desconsiderando aspectos relevantes tais como a qualificação profissional, a precarização do trabalho feminino mais acentuada que o masculino, o não reconhecimento do trabalho doméstico, tornando-o uma responsabilidade exclusiva da mulher, e a remuneração distinta entre homens e mulheres.

Nesse sentido, Alves (1997) assinala que a acumulação do capital no setor saúde também se expressa pela exploração do trabalho feminino, notadamente da auxiliar de enfermagem, em razão da precarização do trabalho. Além disso, a mais-valia vem sendo conseguida pelo aumento da jornada de trabalho e pelo aumento da intensidade das tarefas, que se mantêm repetitivas e pouco criativas. Trata-se de um modo de organizar o trabalho que reafirma o “poder dos administradores e capitalistas da saúde sobre os trabalhadores desse setor - especialmente sobre os da enfermagem.” (ALVES, 1997, p. 11).

Outro aspecto que nos interessa abordar diz respeito à valorização dada aos saberes dos trabalhadores, a partir da reestruturação produtiva.

1.2.2 A reestruturação produtiva e os saberes do trabalhador

Diferentes épocas determinaram diferentes formas de enxergar e de tratar o saber do trabalhador. O período do pós-guerra até final da década de 1960 caracterizou-se pela intensificação da produção em série, centrado nas idéias da ‘administração científica’, que produziu uma concepção de trabalhador executor, reduzindo as relações de produção a dois segmentos: o que concebe, aquele dos administradores e o que executa as tarefas, a massa de trabalhadores - como se as tarefas pudessem ser, por excelência, o lugar do mecânico e do repetitivo (ANTUNES, 2000). O taylorismo⁶ pautou-se nos conhecimentos tradicionais que, no passado, possuíam os trabalhadores, para transformar esses conhecimentos em normas e regras que pudessem ser cumpridas, minimizando o tempo gasto e otimizando a produção, como se o trabalhador pudesse ser reduzido a um reprodutor de tarefas.

Com a reestruturação produtiva e o incremento da produção flexível, o saber do trabalhador passa a ser mais valorizado, buscando-se um indivíduo que possua saberes e habilidades que lhe permitam adaptar e aplicar seu conhecimento em diferentes tarefas - por vezes, desenvolvidas simultaneamente. Além disso, a era

⁶ Para mais detalhes, ver: BRAVERMAN, H. *Trabalho e capital monopolista*. Rio de Janeiro: Guanabara, 1987; GOUNET, T. *Fordismo e toyotismo na civilização do automóvel*. São Paulo: Boitempo, 1999.

da microeletrônica vai exigir um trabalhador cada vez mais qualificado e flexível. Nesse sentido, o autor acrescenta que, apesar de todo o progresso tecnológico, não é possível acontecer uma total substituição do homem pela máquina, uma vez que a ação humana é essencial pela sua capacidade de gerir as incertezas e pelas competências específicas, difíceis de serem objetivadas (ANTUNES, 2000).

O conhecimento do trabalhador, contudo, nunca deixou de estar presente, mesmo nas formas de trabalho mais taylorizadas. Nas palavras de Aranha (1997, p. 21) “este conhecimento tácito, muitas vezes, reprimido pela gerência, nunca deixou de ser continuamente produzido e demonstra que, apesar de seus esforços, o capital ficou longe de conseguir separação completa, ou mesmo parcial, entre mão e cérebro”. No processo de trabalho, pode-se verificar que o trabalho prescrito, por mais detalhado que seja não contempla, de fato, toda a atividade e necessidades reais da produção, o que comprova, mais uma vez, a impossibilidade da separação entre concepção e execução.

Santos (1997) afirma que os processos flexíveis e integrados exigem uma organização do trabalho que aproxime a execução da concepção, e a prescrição de objetivos substitua a prescrição de atividades:

A prescrição passa, desse modo, a se referir aos objetivos amplos do processo produtivo, direcionados ao sistema como um todo. Há um deslocamento das exigências em relação às técnicas operatórias especializadas para uma regulação tecnológica do conjunto. (SANTOS, 1997, p.18)

É, portanto, sob essa lógica que um novo perfil do trabalhador vai sendo exigido, de maneira que ele possa atuar em diferentes campos, ampliando sua capacidade de relacionamento interpessoal, aliada ao conhecimento e à habilidade técnica.

Nas novas formas de organização do trabalho, os trabalhadores têm sido chamados a incorporar seus saberes nos projetos empresariais, contudo, esses saberes não ganham a legitimação devida, pelo contrário, o que se tem constatado é que as organizações, de fato, utilizam esse saber sem valorizá-lo adequadamente. E mesmo esse ato criativo tende a ser regulado e controlado pela empresa, de maneira que ele não extrapole os limites do desejado e absorvível pela mesma. (ARANHA, 1998; ANTUNES, 2000; SANTOS, 2000a). Constata-se, assim, um

paradoxo: os saberes do trabalhador são interessantes quando podem ser aproveitados pela empresa, sem comprometimento algum e são incômodos quando vão além do limite por elas delimitado e quando se pretende uma forma mais efetiva de valorização e legitimação.

Por outro lado, Antunes (2000, p. 126-7) assinala o incremento das atividades intelectuais na esfera do trabalho produtivo, mostrando que a força de trabalho “apresenta-se, cada vez mais, como força inteligente ao equacionamento de problemas inesperados (...) É o trabalho imaterial que ativa e organiza a relação produção-consumo.” Como exemplo dessa nova configuração, o autor cita a expansão do trabalho em serviços ou nas comunicações, o aumento de atividades de pesquisa, marketing e publicidade, dando origem a uma crescente imbricação entre o trabalho material e imaterial – um trabalho para o qual a força física não é tão essencial quanto a capacidade intelectual do trabalhador.

Num contexto onde a tecnologia avança rapidamente, os sistemas de produção automatizados deixam de ser um conjunto de máquinas e passam a configurar sistemas a serem cada vez mais aprimorados em função da demanda e das inovações. Desse modo, “a produção de conhecimento torna-se um elemento essencial na produção de bens e serviço em que as capacidades dos trabalhadores de ampliar seus saberes tornam-se uma característica decisiva da capacidade de trabalho em geral.” (ANTUNES, 2000 p. 126).

Justifica-se, assim, o crescente interesse das organizações nas potencialidades e saberes dos trabalhadores e em sua qualificação:

O trabalho imaterial possui uma interseção clara entre a esfera da subjetividade do trabalho (no seu traço intelectual e cognitivo) e o processo produtivo, que obriga o trabalhador a tomar decisões, analisar situações, oferecer alternativas. O operário deve converter-se num elemento de integração cada vez mais envolvido na relação equipe/sistema (...) em um sujeito ativo da produção, em vez de simplesmente comandado. (ANTUNES, 2000, p. 127-8)

Com base nos argumentos de Bernardes, Peduzzi (2003) afirma que o produto das novas organizações do trabalho depende muito mais de trabalhos coletivos articulados, cuja prioridade é a produção de avanços tecnológicos, determinando uma valorização cada vez maior da capacidade de inovação, da

inventividade dos trabalhadores, de seus saberes. Essa nova estruturação do trabalho reclama uma qualificação diferenciada que inclui

habilidades cognitivas, de abstração e análise simbólica, comunicacionais; de inter-relação com os clientes e demais trabalhadores; iniciativa e criatividade; capacidade de trabalhar cooperativamente em grupo; competência para avaliar o produto de seu trabalho e tomar medidas para melhorar sua qualidade; e domínio de técnicas de planejamento e organização do trabalho. (PEDUZZI, 2003, p. 78)

Os saberes dos trabalhadores passam, portanto, a ter visibilidade diferenciada e a mobilização do *savoir-faire* coletivo, a necessidade de cooperação, aumenta nos planos vertical e horizontal das organizações. Assim, a excelência do desempenho das empresas contemporâneas vai depender, em grande parte, da capacidade de coordenação e cooperação dos trabalhadores, com uma maior integração de funções. Essa flexibilização funcional leva ao surgimento de novas relações no interior da divisão do trabalho, de maneira que o operário, o técnico e o engenheiro estabelecem novas relações recíprocas e contínuas no processo produtivo (ANTUNES, 2000).

Voltando, assim, ao nosso ponto de partida, é preciso ver nesse fenômeno uma processualidade contraditória. Ora, se a produção de saberes é algo que resgata a subjetividade do trabalhador na atividade do trabalho, se é uma expressão da dimensão concreta do trabalho, pode-se afirmar que, de alguma forma, as contradições entre o abstrato e concreto estão também se resignificando. Se foi essencial para o capital apelar para o resgate dos saberes dos trabalhadores, ainda que buscando controlar a sua produção e aplicação, também se resgatou uma dimensão do sujeito. Até onde esse resgate é controlável, até onde os trabalhadores saberão barganhar essa nova utilização do seu ser buscando reverter o processo a seu favor, é a história, o movimento social, que poderá nos responder.

1.2.3 A reestruturação produtiva e o campo da saúde

O setor saúde, como segmento produtivo inserido no contexto do desenvolvimento capitalista da sociedade, vive processos similares aos outros setores de produção, no contexto macroeconômico. O trabalho em saúde não pertence à esfera da produção material, mas ao setor de serviços e também sofre as alterações advindas da reestruturação do capital, que tem como um dos pilares o desenvolvimento tecnológico influenciando a dinâmica da oferta e produção da saúde (PIRES, 1998).

A assistência à saúde no Brasil, por muito tempo, priorizou as ações curativas, individuais e hospitalares, em detrimento das ações epidemiológicas, coletivas e de saúde pública. Conforme Pires (1998), a partir da década de setenta, verifica-se um período de mercantilização da saúde que atendeu a interesses privados por intermédio do Estado. A grande oferta de inovações apresentada nas áreas diagnósticas e terapêuticas estimulou o crescimento do capital no setor e na economia de modo geral.

Segundo Franco e Merhy (2004, p. 65), o avanço tecnológico da indústria de equipamentos biomédicos e de medicamentos determinou novas condutas, bem como incrementou o mercado mantendo a dinâmica de acumulação de capital. “O processo de produção de saúde está, portanto, incorporado ao desenvolvimento do capital e por consequência atende à geração e à acumulação de riquezas.”

A assistência voltada para ações curativas levou a uma fragmentação do ato clínico em práticas especializadas e a uma sobreposição do individual sobre o coletivo. Desse modo, enfatizou os insumos tecnológicos de alto custo, com baixa resolutividade, que caracterizam o modelo médico hegemônico privatista. Neste modelo

o principal compromisso do ato de assistir à saúde é com a produção de procedimentos (...) A assistência à saúde se confunde com a extraordinária produção de consultas e exames, e crescente medicalização da sociedade (...) Estas ações, custosas por natureza, foram substituindo ao longo do tempo as ações relacionais (FRANCO; MERHY, 2004, p. 73).

Esses avanços, ao mesmo tempo em que incrementaram o modelo technoassistencial hegemônico de característica hospitalocêntrica, aumentaram, em muito, os custos dos serviços, agravando a crise do setor saúde.

Denise Pires (1998, 1999, 2000) em seus estudos sobre o trabalho em saúde e suas transformações, aponta a introdução e o uso cada vez mais crescente da tecnologia, como uma das características mais marcantes da reestruturação produtiva no setor.

A autora assinala que, contrariamente ao observado nas outras áreas onde os avanços tecnológicos culminaram com o aumento do índice de desemprego, no campo da saúde, houve um acréscimo de postos de trabalho. A ampliação da utilização de equipamentos de alta tecnologia não prescindiu do trabalho humano de investigação, avaliação e controle terapêutico, uma vez que se trabalha com seres humanos que devem ser tratados como individualidades. Além disso, parte dessa tecnologia deu origem a novos tipos de exames diagnósticos em locais apropriados, abrindo novos campos de trabalho, exigindo a utilização cada vez maior de trabalhadores mais qualificados (PIRES, 2000).

Pires (2000) destaca, também, a significativa expansão da informática, com a diminuição dos tempos no cumprimento das tarefas, além da facilitação na organização e manipulação dos dados dos serviços e dados epidemiológicos. A informatização gerou a necessidade de pessoal qualificado para essa atividade.

Quanto à terceirização de serviços, a autora mostra que essa vem se expandindo em todos os setores, visando à diminuição dos custos com os trabalhadores e impedindo as pressões corporativas. Na área da saúde, essa prática teve início nos hospitais com a contratação de pessoal para realizar tarefas de limpeza, segurança e alimentação. Contudo, é um movimento crescente e hoje atinge profissionais de todos os níveis, incluindo os médicos, que vão se incorporando ao setor público de saúde 'vendendo' serviço por meio das cooperativas médicas. Assim, vão se perdendo o vínculo institucional de assalariamento, o sentido de equipe de saúde e a referência com o próprio usuário (PIRES, 1998).

A contratação de trabalhadores cooperados e conveniados tem se ampliado para os trabalhadores de enfermagem nas instituições privadas, o que

permite uma redução de servidores com vínculos empregatícios, resultando em uma subproletarização do trabalho no setor saúde presente nas formas de trabalho precário, parcial, temporário e/ou terceirizado. Conforme Antunes (1995, p. 44) esses trabalhadores “têm em comum a precariedade do emprego e da remuneração; a desregulamentação das condições de trabalho em relação às normas legais vigentes ou acordadas e a conseqüente regressão dos direitos sociais.” Além disso, o descompromisso das empresas para com o trabalhador vai comprometer a relação deste com a instituição e, conseqüentemente, com o seu trabalho. Nessa modalidade, destaca-se o trabalho realizado pelas prestadoras do tipo *Home Care*, responsáveis por diferentes contratos de assistência domiciliar à saúde, tais como: serviços médicos, de enfermagem, além de aluguel de equipamentos.

Outro mecanismo da terceirização refere-se a um tipo de organização cooperativa sob a forma de ‘rede’, semelhante às encontradas nas empresas da produção material e visível nos hospitais privados considerados de ponta, dos centros urbanos (PIRES, 2000). Podem-se citar como exemplo, as redes de serviços como os de Neonatologia e os de Terapia Intensiva, que oferecem aos hospitais tecnologia e trabalhadores altamente especializados, gerando lucro sobre a assistência prestada.

Também na Atenção Básica observa-se um aumento da terceirização de serviços. Atualmente, o quadro de pessoal dos serviços gerais (limpeza, portaria, motoristas, etc.) em sua maioria, é fruto de contratação terceirizada; caso a parte é o do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que será discutido adiante.

Para Santos-Filho (2007, p. 76), acontece uma crescente precarização no que se refere às condições de emprego e de trabalho na área da saúde, com repercussões na qualidade de vida e de saúde dos trabalhadores. A expansão do PSF tem contribuído para o aumento das insatisfações e reivindicações das equipes. O autor discute estudo do Ministério da Saúde, cujo resultado aponta que, em até “80% de situações, os trabalhadores não são cobertos por direitos básicos, em decorrência da flexibilização nas relações trabalhistas”. A precariedade vai desde a não formalização de vínculos até as relações e condições de trabalho, o que gera conflitos de diferentes ordens.

Merhy e Franco (2003) apresentam a saúde suplementar também como resultado da reestruturação do capital no setor. A rede de convênios médicos tem reestruturado sua produção objetivando diminuir os custos com a assistência por meio das autorizações que controlam os procedimentos que oneram o serviço ou fogem à norma estabelecida e, ao mesmo tempo, aumentando por meio de diferentes estratégias, os custos pagos pelos consumidores.

Os reflexos dessa reestruturação mostram-se, ainda, nas diversas e contraditórias transformações no processo de trabalho em saúde. Se há precarização dos contratos de trabalho, há também propostas de um trabalho em equipe, com diminuição dos níveis hierárquicos e estabelecimento de relações mais horizontais e informais, participação do trabalhador em múltiplas atividades e uma valorização da sua qualificação e saberes (CAMPOS, 1997).

Surgem, assim, propostas de mudança no modo de produzir saúde que apostam nos trabalhos coletivos articulados, interdisciplinares, mais lineares, nas quais o trabalhador passa a ser um sujeito ativo da produção, capaz de decidir individual e coletivamente, de maneira que cada um possa contribuir para uma atenção mais integral ao usuário. Essas propostas propiciam uma inserção na esfera da subjetividade do trabalhador, o que nos leva a buscar fundamentação para a temática da subjetividade no trabalho em saúde.

1.3 A subjetividade do trabalhador e a construção de saberes

A partir da reestruturação do capital, a subjetividade do trabalhador passa a ser foco de interesse sob diferentes aspectos. Por um lado, a flexibilidade dos processos de trabalho, dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo vai exigir, dentre outras coisas, um trabalhador participativo, com iniciativa e criativo. Além disso, os caminhos abertos pelas novas tecnologias de produção e de gestão permitiram formas descentralizadas de trabalho, abrindo um mundo de possibilidades para a interatividade e a emergência criadora da subjetividade. Por outro lado, vale lembrar que a subjetividade também se mantém aprisionada,

quando solicitada a contribuir diretamente com a lucratividade do capital (ANTUNES, 2000). De qualquer forma, a criatividade que se consubstancia na solução de problemas, na construção, aquisição e mobilização de saberes é uma faceta importantíssima do mundo do trabalho na atualidade.

Visando a compreensão do termo, é importante esclarecer que tomamos para este estudo, a noção de subjetividade enquanto produção histórica e sua natureza dialética. Para Campos e Machado (2000), no Dicionário da Educação Profissional

Subjetividade diz respeito ao que constitui o sujeito, aos estados em que ele se apresenta nas ações e relações sociais que estabelece (...) Os fatos e estados concernentes ao trabalhador nas relações de trabalho são inseparáveis dos sentidos subjetivos que tais momentos têm para ele (...) O social e suas normas, as determinações econômicas, constituem-se como parte do desenvolvimento subjetivo. Mas a subjetividade do trabalhador não é um mero reflexo da objetividade externa. Ela diz respeito às diferentes formas de relação através das quais os trabalhadores revelam e ampliam suas potencialidades diante das situações em que vivem. A subjetividade do trabalhador não é, portanto, definida externamente, mas numa relação dialética e complexa entre ele as circunstâncias em que se encontra (...) (CAMPOS; MACHADO, 2000, p. 318-9)

Consideramos relevante resgatar o alerta de Silveira e Doray para o fato de que o tema da subjetividade, ainda hoje, pode ser alvo de críticas por parte de algumas correntes que se propõem marxistas. Contudo, os autores em seu livro *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade* reafirmam que esta, bem como a questão da individualidade nunca foram abandonadas ou suprimidas no interior do pensamento marxista, pelo contrário, na “dialética histórica, Marx se recusa a considerar o homem apenas em seu caráter determinado, como sendo devido, tornado, já posto, petrificado: mas o considera em seu movimento absoluto do vir-a-ser.” (SILVEIRA; DORAY, 1989, p.12)

Nessa perspectiva, Lucien Sève, membro do Instituto de Pesquisas Marxistas, no mesmo livro, assinala que a construção do indivíduo implica a assimilação durante a sua vida das demais objetivações na elaboração de sua própria pessoa, ou seja, o ser humano somente se individualiza por meio do processo histórico-social. Para o autor, a personalidade é fruto da síntese de processos biológicos e psicológicos que interagindo com o meio transforma o

indivíduo numa autocriação, por meio da ação e da consciência. A ação consciente vai determinar a formação de capacidades diversas, motivos, finalidades, sentidos, sentimentos, uma gama de processos pelos quais o indivíduo adquire existência psicológica. Nas palavras do autor, “a humanidade se manifesta sempre sob dois modos: formação social, formação individual, que permanentemente passam uma pela outra (...) uma é a base da outra.” (SÈVE, 1989, p. 160).

No campo da saúde, toda ação evoca elementos de uma ordem mais subjetiva ligada aos processos afetivos, cognitivos e sociais, experimentados pelos trabalhadores em suas realidades profissionais e nas diversas relações interpessoais que estas implicam. Segundo Merhy (1997), o trabalho em saúde distingue-se dos demais ofícios por haver sempre um ‘outro’ diretamente implicado, seja ele trabalhador ou usuário; ocorrendo, portanto, um entrecruzamento de subjetividades em um contexto especial. Assim, a ação em saúde não tem um único movimento, mas se constitui na e pela relação, que por sua vez, vai determinar diferentes formas de subjetivação.

Para Campos (1997), os processos de subjetivação são socialmente produzidos e resultam, também, da estrutura e da organização dos processos de trabalho. Ao mesmo tempo, tais processos são influenciados pela ação do indivíduo e do coletivo de trabalho, num movimento contínuo e dialético.

Discutindo a transformação do sujeito na saúde, Teixeira (2001) assinala que o indivíduo situa-se no entrecruzamento de múltiplos vetores de formação da subjetividade. O autor toma a subjetividade como uma produção dos processos coletivos e sociais, sem subestimar as dimensões individuais dos processos de subjetivação. Defende-se, portanto, uma subjetividade pensada enquanto processo de subjetivação, que diz respeito a formas de estar, pensar e sentir o mundo e atravessada por questões políticas, econômicas e sociais.

Segundo Merhy e Franco (2003, p. 318), o trabalho em saúde é “sempre relacional, porque depende de ‘trabalho vivo’ em ato, isto é, o trabalho no momento em que este está se produzindo.” Ao produzir um ato de saúde, o trabalhador intervém com base no reconhecimento que faz do problema e da necessidade do usuário apreendida por ele, a partir do que, vai desenhar em seu pensamento a ação a se desenvolvida.

O trabalhador mobiliza assim, saberes e valores diversos que “fazem sentido de acordo com os lugares que ocupa naquele encontro e conforme as finalidades que o mesmo almeja.” (MERHY, 2000, p. 109). Nada acontece da mesma forma de um dia para outro ou de uma situação para outra. A esta instabilidade Schwartz (1998) denomina ‘as infidelidades’ do meio, da vida e também do trabalho. São as várias formas de arbitrar entre uma ação e outra; é a gestão da atividade que implica em diferentes escolhas, diante das diferentes situações que se apresentam ao trabalhador.

Conforme Merhy e Franco (2003), o trabalho vivo em ato é a potência instituinte para a mudança do modelo assistencial. Chamamos a atenção para esse dado, pois é no micro-espço de trabalho, em especial na micropolítica que ali se opera na gestão da atividade, que o trabalhador define as possibilidades, ou não, de produção de novos comportamentos, novas posturas, novas subjetividades (MERHY, 2002; SCHWARTZ, 2000). Nesse sentido, há no trabalho concreto, expressão do distanciamento entre trabalho prescrito⁷ e trabalho real, “um espaço que coloca em cena não só os saberes mobilizados na produção, mas também, a relação singular que cada trabalhador estabelece com estes saberes e, logo, a sua subjetividade.” (SANTOS, 1997, p. 14).

Assim, a depender da forma como os trabalhadores se constituem e se implicam no e com o trabalho do PSF – e suas propostas de mudança - é que os objetivos poderão ser mais ou menos alcançados, quais sejam: a construção de um trabalho produtor de vínculo, acolhida, responsabilização e autonomia dos envolvidos. Campos (1997, 1999, 2000) defende a criação de novas formas de organização e gestão do trabalho de modo a permitir a constituição de “outra cultura e outras linhas de subjetivação” e alerta para o fato de que

o modo de produção de serviços de saúde não é obra do acaso, ao contrário, refletem interesses, diretrizes e valores dominantes em uma certa época e em um dado contexto, concorrendo para que cada modo específico de organizar a vida sirva à concretização de determinados objetivos e não de outros. A lógica de organização do governo e dos processos de trabalho não são nunca inócuas, portanto. (CAMPOS, 1999, p. 395)

⁷ Para a ergonomia, o trabalho real é aquele efetivamente realizado e o trabalho prescrito é apresentado como o conjunto das condições determinadas, da tarefa predefinida, das normas e objetivos traçados.

O autor reafirma a necessidade de se inventar uma nova ordem organizacional do trabalho que estimule o compromisso dos trabalhadores com a produção de saúde, com a produção de autonomia e a produção de vida (CAMPOS, 2000).

Os autores como Merhy (1997) e Campos (2000) apontam, também, que é possível desenvolver modos de subjetivação singulares, os chamados processos de singularização, como alternativa aos modos de produção na saúde. Os processos de ressingularização presentes na atividade de trabalho permitem a construção de novos saberes e de diferentes formas de fazer, reconfigurando o trabalho estruturado.

Onocko Campos e Campos (2006, p. 685) propõem um tipo de organização dos serviços de saúde que considere os indivíduos, grupos e coletivos em sua dimensão 'objetiva e subjetiva', 'singular e universal' para que nesses espaços seja trabalhada a autonomia possível, tanto do usuário quanto do trabalhador. Nessa perspectiva, é importante que os sujeitos se disponham a interferir e – por sua vez – sofrer a interferência do processo, participando da construção de regras e normas que compõem as estruturas, voltados para uma “produção de saúde compromissada com a defesa da vida.” Para isso, é importante a democratização do pensar e do fazer, numa perspectiva interdisciplinar, na qual diferentes saberes são mobilizados, compartilhados e construídos individual e coletivamente, numa divisão mais igualitária de poder.

Assim, a seguir, buscamos compreender como se dá essa relação de saberes, sua construção e mobilização no cotidiano do trabalho.

1.4 Contextualizando os estudos sobre os saberes do trabalho

A complexidade e a importância dos saberes do trabalho têm se ampliado e abrangem diferentes áreas como a psicologia, sociologia, educação, antropologia, engenharia, entre outras. Trata-se de um campo de pesquisa que vem despertando o interesse das organizações, como também dos próprios trabalhadores. A investigação sobre a produção e a aquisição de saberes tem sido

realizada junto a trabalhadores de diferentes setores em indústrias, escolas, trabalho domiciliar, hospitais, incluindo o trabalho acadêmico de pesquisa.

Em nosso Núcleo de Estudos Trabalho e Educação da Faculdade de Educação (NETE) da UFMG, podemos citar as produções de Santos (1991, 1997, 2000a, 2000b), Aranha (1997, 2000), Guedes (2003), Pereira (2004), Diniz (2005), Cunha (2005, 2006a, 2006b) entre outros, que muito nos auxiliaram neste percurso.

Nesse sentido, adotamos o referencial da ergonomia francesa⁸, que toma a atividade como fio condutor para o estudo do trabalho. Articulando conhecimentos de diferentes áreas, a ergonomia defende, em sua essência, que os sujeitos, quando em atividade, estão sempre em processo de auto-construção, auto-transformação e auto-regulação, possibilitando assim, a aquisição de novos conhecimentos.

Inicialmente, é importante esclarecer que, embora alguns autores façam distinções precisas entre os termos conhecimento e saber, nesta investigação eles são utilizados como sinônimos, numa compreensão ampliada que abrange o aprendizado possível do sujeito em suas relações com o mundo, os conhecimentos formais e os informais, os saberes científicos e os saberes práticos (SANTOS, 1999).

O termo conhecimento, de modo geral, se refere às situações racionais e dá lugar, quando sistematizado e comprovado, à ciência. De acordo com o Dicionário da Educação Profissional tem-se que, conhecimento

pode se referir ao fato ou ao ato de conhecer, designando o ter consciência e compreensão de alguma coisa, a descoberta de algo (...) Pode significar o saber, a condição de estar informado, de ter experiências, de estar em condições de utilizar e praticar alguma coisa (...) No desenvolvimento da atividade material sócio-produtiva, da prática social, os homens concretizam, aprofundam e avaliam a autenticidade do conhecimento construído e formam suas percepções de mundo e de sociedade. (FIDALGO; MACHADO, 2000, p. 65)

Segundo o mesmo Dicionário o termo saber

⁸ Ergonomia francesa enfatiza as relações no trabalho a partir do estudo da atividade, difere da ergonomia americana que se volta mais para as condições do trabalho (CLOT, 2006).

é o substantivo saber como sinônimo de conhecimento (...) um debate atual coloca na ordem do dia a necessidade de resgatar as dimensões esquecidas dos saberes chamados menores elevando-os à maioria (...) (FIDALGO; MACHADO, 2000, p. 294)

Por *saber-fazer*, '*savoir-faire*', *saber tácito*, os autores designam como

o produto de uma aprendizagem do trabalhador e sua disposição para mobilizar os seus saberes no trabalho, sempre que necessário. Compreende os saberes empíricos, as manhas do ofício, o golpe de vista (...) Pode, ainda, envolver saberes adquiridos fora do espaço do trabalho, na sua experiência de vida (...) (FIDALGO; MACHADO, 2000 p. 297)

A relação com o saber e suas interfaces no processo de mobilização e construção de saberes exige que se estabeleça um diálogo entre diferentes referenciais teóricos que, articulados, corroborem para a formalização e legitimação desse tipo de conhecimento.

Para Charlot (2000, p. 63), o saber é produzido pelo sujeito confrontado a outros sujeitos seguindo uma metodologia que lhe é própria, de maneira que não há saber senão organizado de acordo com relações internas, não há saber senão produzido em uma confrontação interpessoal. Ou seja, a idéia de saber "implica uma forma de atividade" do sujeito consigo mesmo e da relação desse sujeito com os outros.

Nesse sentido, a *relação com o saber* é a relação do indivíduo com o mundo, com o outro e com ele mesmo. É a relação de um sujeito "com seu mundo e a apropriação deste." Já a *relação de saber* é uma relação social fundada na diferença; envolve indivíduos ou grupos sociais que diferem entre si por motivos de ordem tanto política, social, econômica, quanto pessoal. Conforme o autor é a relação que se estabelece, por exemplo, entre o médico e seu paciente; entre o engenheiro e o operário; entre o professor e o aluno, por meio da qual cada um desses indivíduos ocupa, na sociedade, uma posição, o que poderíamos chamar de estratificação social do saber (CHARLOT, 2000, p. 59).

Assim, a relação com o saber se constrói em relações de saberes, inclusive no processo de trabalho. O trabalhador produz saber de forma intimamente ligada à sua própria história, como também, nas relações de produção. É no

cotidiano do trabalho que o trabalhador se forma e ao transformar-se, transforma o próprio trabalho (ARROYO, 1991; SANTOS, 1999).

É importante lembrar que o trabalho, embora sendo um lócus formador do ser humano, pode também deformá-lo. Arroyo (2003), discutindo sobre o trabalho e o trabalhador da área da saúde, afirma que as péssimas condições de trabalho, sua intensidade, o trato contínuo com situações humanas no limite de vida e de morte, são fatores que deformam os trabalhadores da área. Ao mesmo tempo, assinala que por mais deformadoras que sejam, as novas formas de trabalho trazem ao trabalhador a oportunidade de ir se transformando (ARROYO, 1991).

Assim, reiteramos a face formadora e produtora de prazer e sentidos e a face deformadora e produtora de sofrimento e desprazer do trabalho. Contudo, embora ambas as faces se apresentem de forma inseparável, como as duas faces de uma mesma moeda, para facilitar a abordagem e torná-la mais didática, estaremos estudando cada uma a seu tempo.

1.5 A atividade: fonte de saber no trabalho

A ergonomia francesa, a partir do modelo taylorista-fordista, levantou a variabilidade constitutiva das atividades de trabalho, constatando a existência de uma distância entre a tarefa prescrita e o que era efetivamente realizado. Se por um lado havia as seqüências de operações a serem executadas, por outro havia a recomposição seqüencial, espacial e temporal da atividade (FRANÇA, 2004). Desde então, a ergonomia não parou, sendo a disciplina que deu origem à ergologia⁹.

Destacamos os trabalhos de Yves Schwartz e Yves Clot que, partindo de diferentes correntes de pesquisa, respectivamente a ergologia e a psicologia do trabalho, dedicam-se ao estudo da atividade de trabalho. Vários grupos de pesquisas do Brasil vêm se unindo aos referidos pesquisadores buscando ampliar a

⁹A ergologia é definida como o estudo das atividades humanas com abordagem pluridisciplinar, entrelaçando múltiplos saberes e experiências diversas que busca, “uma concepção do ser humano no trabalho capaz de dar conta, ao mesmo tempo, do corpo, do psiquismo, do dizer e dos desejos”. (FRANÇA, 2004, p. 123)

compreensão sobre essa temática, entre os quais alguns núcleos de estudo da UFMG, como o NETE. Devemos tornar claro, a priori, que não é nossa pretensão uma unificação de idéias, mas buscar em diferentes autores a contribuição possível ao esclarecimento do objeto em estudo.

Yves Schwartz é membro do Instituto Universitário da França e diretor científico do Departamento de Ergologia da *Université de Provence*. Desde os anos 80 é pesquisador do trabalho e a partir de 90, colaborador de diversos grupos de pesquisa em universidades brasileiras, notadamente do Rio de Janeiro e, atualmente, também na UFMG. O autor, em recente entrevista, deixa clara a influência recebida de autores como Georges Canguilhem; a cooperação do grupo de pesquisa-intervenção de Ivar Oddone e, ainda, o aporte teórico dos ergonomistas do Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) - que utilizam o conceito de atividade oriundo da psicologia sócio-histórica de Vigotski e Leontiev com herança marxista (SCHWARTZ, 2006).

Yves Clot é pesquisador e titular da disciplina de Psicologia do Trabalho no CNAM e também tem uma interlocução com diversos grupos de estudo brasileiros. Em seu livro *A função psicológica do trabalho* (CLOT, 2006) apresenta detalhada construção teórico-metodológica sobre a atividade de trabalho, ancorado por vasto referencial, que inclui de Bakhtin a autores da psicologia ergonômica como Ivar Oddone e da psicodinâmica do trabalho como Dejours. O autor adota também a postura histórico-psicológica do desenvolvimento humano.

1.5.1 A noção de atividade ampliada

A atividade, de acordo com Clot (2006) é sempre mais do que um simples gesto de trabalho que pode ser observado e, em certas circunstâncias, medido com o objetivo de avaliar a produtividade. A atividade envolve, também, além do que foi realizado, o que não foi realizado, o que se gostaria de fazer e o que deveria ser feito.

A partir dessa definição ampliada de atividade, podemos inferir que, mais do que o trabalho, o que interessa é o trabalhar, a atividade com seu movimento e

singularidade. O autor assinala que atividade e subjetividade são inseparáveis, de modo que não se pode falar da atividade sem considerar a subjetividade. Trata-se de uma relação entre o coletivo e o singular em uma dada situação, no encontro entre um sujeito - o trabalhador e um objeto - o trabalho. Assim, a análise da atividade dirige-se no sentido de um desdobramento deste conceito em suas dimensões subjetivas e suas dimensões coletivas. A subjetividade está no princípio do desenvolvimento da atividade e “configura-se como um recurso interno deste último.” (CLOT, 2006, p. 18).

Na sua dimensão coletiva o pesquisador toma da teoria vigotskiana a idéia que

o social não é simplesmente uma coleção de indivíduos, não é simplesmente o encontro de pessoas; o social está em nós, no corpo, no pensamento; de certa maneira, é um recurso muito importante para o desenvolvimento da subjetividade (...) O coletivo, nesse sentido, é entendido como recurso para o desenvolvimento individual. (CLOT, 2006)

Assim, a atividade, mesmo quando realizada por um só trabalhador, tem uma história e uma inserção coletiva que a autoriza, de maneira que as diferentes capacidades vão se constituir e desenvolver em uma coletividade.

A dimensão social do trabalho está presente na própria realização da atividade na ação situada, que difere da tarefa prescrita, de maneira que a atividade não é somente dirigida pelos motivos do sujeito ou dirigida pelo objetivo da tarefa, ela é também dirigida *para* os outros. Sob essa ótica, não se pode tratar da atividade de trabalho sem colocar a questão do lugar que os outros ocupam na atividade profissional (CLOT, 2006).

Concordamos assim, com os termos de uma atividade ‘dialeticamente construída’, que comporta sempre o inesperado possível na situação real, carregada de valores com os quais os trabalhadores estão em íntima relação. Ou seja, há um componente coletivo na atividade, que deverá ser sempre considerada uma co-atividade, uma contra-atividade, no sentido que é sempre uma resposta à atividade dos outros. A atividade de um trabalhador “é sempre eco de outras atividades. Ocorre numa corrente de atividades de que constitui um elo.” (CLOT, 2006, p. 97).

A atividade profissional constrói-se sempre no universo da atividade dos outros. Assim, a noção de uma atividade ‘dialéticamente construída’ fundamenta e justifica a relação de saberes e valores entre os trabalhadores de diferentes níveis de qualificação presentes em todo trabalho, incluindo o setor saúde. Nos termos de Merhy (1997), a atividade assistencial implica os modos como, no dia-a-dia, os trabalhadores de saúde e os usuários produzem-se mutuamente, numa relação de interdependência, uns dos outros.

É importante frisar que no conceito ‘atividade para os outros’, estes outros incluem tanto os demais profissionais como os sujeitos vinculados de alguma forma à ação, podendo-se falar de um *coletivo invisível*. Para explicitar essa questão, Clot apresenta um estudo realizado no setor de condução de trens nos subúrbios de Paris¹⁰, mostrando que a atividade de um condutor não é algo isolada, ela envolve os outros condutores, o regulador que sinaliza as vias, os passageiros que estão na estação, ou seja, existe um coletivo invisível cujas ações *invadem* a cabine de condução. Entende-se, portanto, que a atividade de trabalho nunca é um *monólogo técnico*, mas implica entrar em diálogo no seio de uma atividade múltipla.

No trabalho em saúde, fica evidente a impossibilidade de uma ação isolada, uma vez que sempre envolve um outro: o usuário, sua família ou comunidade, incluindo, também, os demais trabalhadores, bem como as ações realizadas por outros profissionais, sem perder de vista as anteriores e aquelas que estão por vir.

1.5.2 O recentramento da atividade: possibilidade de construção de saberes no trabalho

Schwartz aborda o trabalho a partir da noção de atividade industriosa, realizada por seres humanos historicamente situados no tempo e no espaço, utilizando-se dos meios colocados à sua disposição. O autor parte dos postulados da ergonomia que apontam a distância entre o trabalho prescrito - os regulamentos,

¹⁰ Para mais detalhes, ver CLOT, Y. Le réel à la source des compétences: l'exemple des conducteurs de trains en banlieue parisienne. *Connexions*, 1997, v. 70, n. 2, p. 181-192.

as normas de procedimentos, e o trabalho real - aquilo que de fato é realizado, constatando aí uma organização viva do trabalho, da qual o trabalhador não é mero executor, mas quem também define o teor de sua atividade.

O ambiente de trabalho é um ambiente técnico, onde existe toda espécie de imprevistos, onde as situações vão determinar diferentes formas de ação. Nas normas antecedentes - as prescrições, os programas - não estão previstas as infidelidades do meio. Assim, o trabalhador para gerir essas infidelidades faz uso de si, buscando encontrar equilíbrio entre o prescrito, as suas próprias normas e as do coletivo, para renormalizar sua ação, modificando-a. O trabalho, portanto, nunca é mera execução, mas uso, pois o trabalhador vivencia um verdadeiro 'debate de normas', ao que Schwartz chama as dramáticas do uso de si. "Uma *dramatique* é, portanto, o lugar de uma verdadeira micro-história (...), na qual cada um se vê na obrigação de se escolher e ao escolher, orientar sua atividade." (SCHWARTZ, 1998)

Nessa direção, Campos (2000, p. 55-56) assinala que, na saúde, os processos não podem ser padronizados, "é impossível eliminar os imprevistos". Ainda que haja regularidade, "cada caso é um caso singular, obrigando a invenção de soluções nem sequer imaginadas." O trabalhador exercita, o tempo todo, uma gestão de si, uma gestão que envolve escolhas, valores, arbitragens. Cada uma dessas micro-escolhas é feita partindo de valores que podem ser explícitos ou permanecer obscuros, fazendo com que cada situação de trabalho, por mais idêntica que possa parecer, seja única. A gestão de si faz parte da vida e, portanto, sempre esteve presente inclusive no trabalho taylorizado. Para Schwartz (2000), toda situação de trabalho é convocação do uso de si, ou seja, vai exigir uma mobilização cognitiva e afetiva do trabalhador.

A noção de *uso de si* remete ao indivíduo convocado em toda a sua subjetividade, "são recursos e capacidades infinitamente mais vastos que os que são explicitados, que a tarefa cotidiana requer." (SCHWARTZ, 2000, p. 41). A palavra uso vai tomar dois sentidos, *o uso de si pelos outros* e *o uso de si por si mesmo*. Num primeiro sentido - *o uso de si pelos outros* - remete às condições históricas que são dadas e que são produtoras de subjetividade. Engloba desde os modos de produção capitalista, tudo aquilo que os homens adquirem do patrimônio histórico-cultural, as capacidades adquiridas, as limitações dos espaços de iniciativa e de decisão, os valores, as formas de desenvolvimento ou limitação de saberes, as

formas hierárquicas. O outro sentido da palavra uso diz respeito ao uso que cada um faz de si próprio, ou seja, utiliza suas potencialidades, faz escolhas de acordo com as circunstâncias, com a prescrição e com seus valores. (SCHWARTZ, 2000).

Segundo Schwartz (1998), a situação real de trabalho é, ela mesma, sempre fonte de limitações e de possibilidades, e o sujeito, na atividade, tende a ressingularizar, a redefinir seu meio de trabalho e de vida atuando, na vida e no trabalho, segundo a sua história. Essa história “remodifica as normas, as regras e os procedimentos, aprofunda os saberes e oferece de volta indivíduos sempre ressingularizados pela vida.” O autor acrescenta que, nesse sentido, homens e mulheres no trabalho fazem história, “é a dimensão irredutivelmente política do trabalho e por aí mesmo a dimensão política da produção e da legitimação dos saberes no trabalho.” (SCHWARTZ, 2003, p. 27).

Schwartz (2004) questiona, então, quem pode definir o que é válido para cada indivíduo, se cada um traz consigo um patrimônio próprio à sua história, os saberes e valores imanentes. O estudo do trabalho implica, portanto, em identificar quais os valores envolvidos na atividade e, ao mesmo tempo, reconhecer a carga significativa destes, sem generalizá-los, pois as decisões são sempre históricas e circunscritas a uma situação local.

Os conceitos até aqui expostos se aplicam ao campo da saúde, onde o trabalhador, na relação junto ao usuário, tem que gerir sua ação, fazer escolhas que nunca são simples. Além de estar voltado para os programas, os manuais e as prescrições das tarefas, vê-se confrontado com as necessidades, as expectativas e as especificidades do usuário; confronta-se também, com sua própria história de vida, seus saberes e valores e, até mesmo, com as limitações do trabalho. De maneira que, lembrando Merhy (2002, p. 49), os modos de ação vão se configurar em “processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, implicando um certo grau de liberdade na escolha do modo de realizar essa produção.”

Assim, para atingir os objetivos esperados, o trabalhador ajusta os meios a seus fins, num processo contínuo de micro escolhas; fazendo uso de si, define como direcionar a atividade de acordo com a singularidade do usuário buscando certo resultado. A partir daí, esse modo de ação passa a estar contido em um saber-

fazer; um saber que não esgota nunca sua recriação em ato por mais que esteja inserido em uma técnica ou mesmo em uma tarefa prescrita passo a passo.

Esse aprendizado, a partir do trabalho, é descrito por Daisy Cunha, no delineamento do que denomina 'pedagogia da atividade':

as experiências que o homem faz de si no trabalho se encontram associadas às experiências feitas em outras vivências. Elas se enraizam na história profissional e pessoal, integrando a formação da pessoa, sua experiência de vida, seu patrimônio vivido (...) Para fazer face à infidelidade do meio, a atividade industriosa deve reconfigurar e renormalizar aprendizagens cristalizadas sob a forma de experiências e/ou conhecimentos mais ou menos formalizados e/ou interiorizados. Nesse processo se inscrevem as dimensões educativas do agir humano. Somos levados a apreender o fenômeno educativo em sua gênese, podendo fundamentar uma pedagogia que se ancora no ato de trabalhar. (CUNHA, 2006a, p.44).

O estudo da atividade nos remete, assim, à formação das singularidades do ser humano, sua formação enquanto sujeito que reassimila e retrabalha tanto os aspectos físico-biológicos, como também os aspectos psíquicos que envolvem os processos simbólicos estruturantes e as coerções internas de formação inconsciente¹¹ (SCHWARTZ, 2000). O recentramento da atividade seria, portanto, uma forma de reconstrução do 'si' íntimo, do sujeito do inconsciente no trabalho, não pela repetição, mas pela recriação do ato. Novos saberes são construídos e os valores redimensionados em toda atividade:

Estes saberes espraiam-se sem descontinuidade das formas de inteligência incorporadas em nosso corpo até os patrimônios de experiência pensados, raciocinados, transmissíveis. Eles vão de aprendizagens não-conscientes, não expressas em linguagem, dificilmente perceptíveis até as maneiras de fazer socializadas, justificáveis, manifestas (...) (SCHWARTZ, 2003, p. 24)

¹¹ A dimensão inconsciente do saber tem sido objeto de pesquisa de diversos autores, constituindo-se um outro campo de investigações. Mais detalhes ver: HACHUEL, F. *Savoir apprendre, transmettre: une approche psychanalytique du rapport auxiliaire savoir*. Paris: La Découverte, 2005; DINIZ, M. *O método clínico na investigação da relação com o saber de quem ensina*. Tese (Doutorado em Educação), Faculdade de Educação/UFMG, Belo Horizonte, 2005.

São saberes do *corpo-si*, constituídos na esfera particular ao longo da vida, pois o corpo sempre está presente e faz parte das habilidades, dos *savoir-faire*, um 'saber engajado.' Segundo Cunha (2006b, p.6), "pode-se falar de 'incorporação', negociação obscura com o próprio corpo (...)" e por essa razão, sua transmissão e legitimação nem sempre é facilitada, não sendo possível expressar tudo por meio da linguagem, pois sempre nos escaparão elementos do que acontece em nossos circuitos, em nossas formas de aprendizagem (SCHWARTZ, 2007a).

Nessa direção, Schwartz (1988) aponta o ato do trabalho como forma de evolução da espécie e mesmo da vida humana. Trata-se de novas formas de apropriação do processo de trabalho à realidade do corpo, novas engenhosidades apoiando-se sobre, e enriquecendo o patrimônio da espécie: "O descentramento do ser humano biológico é sempre acompanhado de um recentramento, em parte individual, em parte coletivo, a partir e em torno das exigências de adaptação criadoras que ele porta enigmaticamente." Em investigação com condutores de trens, o autor descreve as capacidades desenvolvidas por esses trabalhadores "como uma espécie de sintonia instantânea" que lhes permite articular seus desempenhos, tendo em vista toda seqüência de atividades executadas pelos demais colegas. Desse modo, o trabalhador, ao recriar a atividade, desenvolve, de forma imperceptível, suas competências físico-psíquico-biológicas para - e a partir do - trabalho.

Também na área da saúde, o trabalho remete a uma "competência complexa, profundamente ancorada numa cultura muito específica (...) local de tratamento dos imprevistos", onde a construção de um saber-fazer exige a instauração de uma dialética inteligente entre os conteúdos da teoria e a dimensão experimental da atividade que conformam as 'competências práticas' (SCHWARTZ, 1998).

Toda atividade assistencial depende dessas competências ancoradas no desenvolvimento de habilidades físicas específicas para o seu desempenho, como a destreza manual e o alargamento das capacidades sensoriais: audição, visão, tato, olfato, o que permite melhor apreensão dos sinais e sintomas trazidos pelos pacientes que buscam os serviços de saúde. Muitos desses sinais passam despercebidos pela maioria das pessoas, mas são capturados pela astúcia do trabalhador, astúcia desenvolvida na construção cotidiana dos saberes do corpo,

necessários à competência profissional. Dejours (2003) discute sobre essas 'inteligências do corpo', chamando-as de 'inteligência astuciosa'.

São múltiplos, portanto, os fatores intervenientes na aquisição dos saberes da atividade. Assim, a busca por novos meios de adaptação reclama um recentramento do equipamento biológico humano às novas necessidades, uma 'vigilância sensorial', relacional e intelectual. Uma vez adquiridos, esses saberes vão configurar na memória corporal do trabalhador. São saberes do corpo-si, "difíceis de serem verbalizados ou transmitidos", porque adquiridos a partir da experiência e, portanto, próprios ao trabalhador (SCHWARTZ, 1998).

Apresentamos até o momento a face formadora da atividade, contudo, não podemos deixar de assinalar que, se por um lado a atividade é fonte de saber, por outro lado o trabalhador, ao se ver impedido de renormalizar sua ação, depara-se com um conflito que pode vir a comprometer os sentidos do trabalho e, mesmo, a sua saúde psíquica ou física. Consideramos, assim, importante buscar compreender como ocorre esse processo, salientando novamente, que a separação que ora fazemos entre a face formadora e deformadora do trabalho é somente didática.

1.6 Sofrimento e prazer no trabalho

Em seus estudos sobre o trabalho, Clot (2006, p.116) aponta uma distinção entre a atividade realizada e o real da atividade, enfatizando que a atividade realizada refere-se ao que efetivamente é feito enquanto o real da atividade engloba também "o que não se faz, o que não se pode fazer, o que se busca fazer sem conseguir – os fracassos – aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou que se sonha poder fazer (...)." Segundo o autor, há um desgaste do trabalhador no controle da atividade que ele, muitas vezes, não chega a realizar.

Nessa direção, Fernandez e Clot (2007, p.15) assinalam que "a atividade realizada é a que triunfou entre outras com as quais competia (...). Os conflitos entre as atividades possíveis são os que, finalmente, determinam o desenvolvimento da atividade vencedora." Contudo, nem sempre a atividade 'vencedora' é aquela que

mais satisfaz o trabalhador. Em algumas situações, no conflito entre os possíveis 'vence' a atividade interdita. Trata-se de um processo vital para o sujeito, uma vez que o resultado deste trará conseqüências para o seu modo de ser e de estar no trabalho, como também, em alguns casos, para a sua saúde.

Há uma continuidade entre a prescrição e a atividade realizada, de maneira que cada um apresenta uma forma própria de lidar com as diferentes situações da atividade de trabalho. O trabalhador "ajusta seus esquemas pessoais - sensitivo-motores, cognitivos, emocionais – mobilizados na ação sob o duplo impulso do sentido pessoal da atividade e da eficiência das operações de trabalho." Trata-se de um processo intimamente ligado à saúde do trabalhador, pois "somente o poder de ação a sua volta e sobre si mesmo é um fator favorável a saúde." (FERNADEZ; CLOT, 2007 p. 16). E lembrando Canguilhem, os autores acrescentam que a saúde corresponde à capacidade de produzir novas normas, inclusive contra a norma vigente.

Os trabalhadores vivem, portanto, em permanente negociação da atividade em diferentes situações e graus de conflito. Esse movimento coletivo e singular é o que sustenta o sentido do trabalho para o trabalhador. Contudo, quando as limitações impedem o desenvolvimento, ou como descrito anteriormente, quando no conflito entre os possíveis 'vence' a atividade interdita, entra em cena o sofrimento psíquico.

Christophe Dejours, médico do trabalho, psicanalista, ergonomista e diretor científico do CNAM em Paris, desde a década de 70 tem se dedicado ao estudo sobre as relações entre saúde e trabalho. O autor pesquisou, a princípio, o sofrimento psíquico no trabalho, buscando constituir relações entre as obrigações e constrangimentos organizacionais e o desequilíbrio psíquico dos trabalhadores. Contudo, seus estudos não mostravam essa relação, mas sim um estado de normalidade. A partir destas descobertas, muda o nome de sua linha de investigação de psicopatologia para psicodinâmica do trabalho.

Vale notar que o autor, ao discutir a psicodinâmica do trabalho e, mais especificamente o sofrimento, fundamenta-se em todo arcabouço psicanalítico sobre a formação da subjetividade do sujeito e sua inserção cultural e social, sobre o qual não discorreremos.

Para Dejours (1992), o sofrimento é um estado afetivo, uma vivência subjetiva entre o desequilíbrio mental e o bem-estar. Ele faz parte da condição humana tanto quanto o prazer, podendo ser deslocado para atividades criativas ou se transformar em um sofrimento patogênico. Ao falar de sofrimento 'normal', o autor relaciona-o às vivências psíquicas da ordem do desejo, da busca de realizações e, portanto, remete ao ato criador. O sofrimento patológico ocorre quando o desejo é negado, quando as possibilidades de satisfação são impedidas ou foram esgotadas, afastando o sujeito dos processos de busca e de criação.

Nesse sentido, o contexto organizacional pode ser um fator desestruturante da saúde psíquica do trabalhador, gerando vivências de sofrimento, quando limita ou impede a liberdade de expressão de sua individualidade e subjetividade. O sofrimento no trabalho está vinculado aos sentimentos de indignidade, de inutilidade e de desqualificação dos quais resulta uma vivência depressiva. Para o Dejours (1992, p. 49), o sentimento de indignidade surge quando o trabalhador se depara com uma atividade desinteressante, uma tarefa repetitiva e 'robotizada'; o sentimento de inutilidade "remete à falta de qualificação e de finalidade do trabalho", uma atividade para ele sem significado; o sentimento de desqualificação está vinculado à imagem que o trabalhador faz de si, em função da desvalorização do seu trabalho e do não reconhecimento deste pelos demais. A falta de reconhecimento pode se manifestar pela insatisfação e descontentamento do sujeito podendo levar ao sofrimento psíquico.

Em seus estudos, Dejours (2003, p. 43) aponta o sofrimento como o ponto de partida e a origem da mobilização da inteligência e da subjetividade. No enfrentamento com o real do trabalho, isto é, com "os limites do saber, do conhecimento e da concepção com os quais se chocam os atos técnicos e as atividades de trabalho", o trabalhador encontra a possibilidade de defesa na produção de estratégias que lhe permite escapar à descompensação emocional e à doença.

Pode-se depreender, então, que a patologia surge quando se rompe o equilíbrio estabelecido nesse processo de defesa e o sofrimento não é mais contornável, ou seja, quando o sujeito já fez uso de todos os seus recursos intelectuais e psico-afetivos para dar conta da atividade e das obrigações impostas

pelo trabalho. O trabalhador tem assim, uma percepção de que se esgotaram suas saídas e que nada pode fazer para se adaptar ou transformar o trabalho.

Por outro lado, as estratégias defensivas coletivas funcionam como regras, como um acordo compartilhado que permite aos trabalhadores funcionarem sob a forma de reação ou de uma adaptação diante das obrigações impostas pela organização. Funcionam, também, como um recurso que garante uma coesão e a construção, no coletivo do trabalho, da cooperação necessária para atingir os objetivos propostos (DEJOURS, 1992).

Devemos advertir que quando falamos da normalidade no trabalho, esta supõe sempre a existência do sofrimento. Não se deve confundir o estado de normalidade descrito por Dejours *et al.* (1994) com estado saudável, pois a normalidade refere-se a uma condição de equilíbrio, resultado de uma conquista do trabalhador diante do conflito entre as exigências do trabalho e a ameaça de desequilíbrio psíquico ou somático. Assim, o estado de saúde mental e física depende da forma como o sujeito vivencia o sofrimento no trabalho. Nessa direção, Benevides Barros e Barros (2007) discutindo a questão da dor e prazer no trabalho em saúde, afirmam que

o trabalhador não é mera vítima que sucumbe às sistemáticas tentativas de desqualificação/expropriação. O trabalho desempenha função importante na luta contra o adoecimento, na medida em que, sendo invenção, (re)existe, (re)criando o trabalhador e o próprio processo de trabalho. (BENEVIDES BARROS; BARROS, 2007, p. 67)

Assim, é sob a perspectiva da (re)existência e (re)criação no trabalho que, atualmente, alguns pesquisadores vêm desenvolvendo estudos acerca das relações entre saúde e trabalho, distanciando-se do reducionismo médico-biológico e higienista que caracteriza a Medicina do Trabalho e a Saúde Ocupacional, numa proposta que busca desfazer o liame dor-desprazer por meio da participação ativa e criativa dos trabalhadores. Estes estudos ultrapassam aquela visão 'naturalizante' do sofrimento no trabalho e permitem propor novos modelos de abordagem (SANTOS-FILHO, 2007).

Para a psicodinâmica do trabalho, se o sofrimento é da ordem do singular, sua solução é coletiva. Dejours (1992) defende, portanto, a criação de

espaços de circulação da palavra coletiva, pois é na escuta da vivência subjetiva coletiva dos trabalhadores que se abre a possibilidade para o sofrimento emergir e sua solução ser pensada por todos, pois a ressignificação do conteúdo do trabalho pode permitir a mudança e alívio dos sujeitos.

Nesse sentido, interessa-nos destacar a atual Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS (PNH), mais conhecida como Humanizaus, do Ministério da Saúde, que tem como um dos seus principais focos o “trabalho criativo e valorizado: construção de redes de valorização do trabalho em saúde, que se abre para pensar o cuidado aos trabalhadores.” (SANTOS-FILHO, 2007, p. 80).

O Ministério da Saúde, voltado para as questões do desenvolvimento humano no processo de trabalho, assessorado por pesquisadores, gestores e trabalhadores da área, instituiu a PNH:

apostar numa Política Nacional de Humanização do SUS é definir a humanização como a valorização dos processos de mudança dos sujeitos na produção de saúde. Há, portanto, uma inseparabilidade entre estes dois processos (...) de tal forma que não há como mudar os modos de atender a população num serviço de saúde sem que se alterem também a organização dos processos de trabalho, a dinâmica de interação da equipe, os mecanismos de planejamento, de decisão, de avaliação e de participação. (BENEVIDES; PASSOS, 2005)

Benevides e Passos (2005) esclarecem que “os princípios do SUS não se sustentam numa mera abstração, só se efetivando por meio da mudança das práticas concretas de saúde.” Assim, a humanização deve ser tomada em dois sentidos relacionados entre si, o de defesa da vida – “como um critério para orientar a avaliação de políticas públicas” – e o de desenvolvimento integral dos seres humanos, sejam eles usuários ou trabalhadores da saúde (CAMPOS, 2005).

A objetividade da Política de Humanização é que, orientada por princípios de uma investigação participativa, envolve trabalhadores dos níveis locais, comprometendo-se também, “com os modos de fazer, com os processos efetivos de transformação e criação de realidade” (BENEVIDES; PASSOS, 2005).

Verifica-se, então, algo muito novo na área da saúde: para a concretização do Humanizaus, um dos mecanismos utilizados pela PNH é dar voz

ao trabalhador por meio de uma aproximação efetiva entre os saberes do trabalho e os saberes da academia, utilizando para isso, diferentes dispositivos, como o Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST) (BARROS *et al.* 2007).

O PFST é voltado para os trabalhadores em serviço, e seu desenvolvimento baseia-se na metodologia da Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP). Trata-se de uma estratégia de formação e pesquisa-intervenção que reúne um grupo de multiplicadores constituído por consultores, pesquisadores e trabalhadores locais que, por meio do diálogo-confrontação entre conhecimento científico e experiência do trabalhador buscam “compreender/ transformar as relações de trabalho nos equipamentos de saúde.” (BARROS *et al.* 2007, p. 109).

Schwartz (2006), ao falar das Comunidades Ampliadas de Pesquisa, metodologia utilizada pelo ergonomista Ivar Oddone¹², junto aos trabalhadores italianos e posteriormente desenvolvida pela ergologia¹³ - afirma que estamos diante de uma complexidade epistemológica conjugando os saberes engajados, aqueles que se enraízam na história do trabalhador e os saberes formalizados, ambos a serem trabalhados por todos. Nessa metodologia, o cientista aprende com o trabalhador e a este são passados conhecimentos científicos necessários à sustentação das mudanças na atividade de trabalho. É a partir desses novos critérios de cientificidade que se pode inverter a lógica das formas instituídas no trabalho em saúde, tornando a ciência mais comunitária e a comunidade mais sábia, superando, assim, a cultura dos saberes instituídos (SÈVE, 1989).

Destacamos, portanto, neste estudo, a atual Política Nacional de Humanização por se tratar de uma Política Pública instituída em âmbito Nacional, que tem como princípio a participação e valorização dos saberes dos trabalhadores visando (re)criar os espaços e processos de trabalho, uma proposta e discurso inéditos, até então, na área da saúde:

No fazer/aprender, os próprios trabalhadores percebem-se como produtores de conhecimento. Aprende-se a fazer inventando, segundo um processo contínuo de aprendizagem (...) Trata-se de inventar pela prática de tateio, de experimentação, de

¹² Ver: ODDONE, I. *Redécouvrir l'expérience ouvrière*. Paris: Ed. Sociales, 1981;

¹³ Ver: SCHWARTZ, Y.; FAITA, D. *L'Homme producteur*. Paris: Messidor/Ed Sociales, 1985.

problematização das formas já dadas.” (BRASIL, 2006a, p. 9 - grifos nossos)

E mais:

No processo de trabalho, os trabalhadores “usam de si” por si. A cada situação que se coloca, o trabalhador elabora estratégias que revelam a inteligência que é própria de todo trabalho humano. Portanto, o trabalhador também é gestor e produtor de saberes e novidades. Trabalhar é gerir. Gerir junto com os outros.” (BRASIL, 2006a, p. 7)

Sob essa ótica, abrem-se novos horizontes para uma compreensão da saúde como capacidade de reinvenção dos processos, das atividades e dos produtos, segundo os quais o trabalhador não perde de vista a possibilidade de mudança, uma vez criados os espaços de escuta que permitem uma participação efetiva. O que nos lembra o grande educador Paulo Freire, parafraseando sua afirmação: “é a partir deste saber fundamental: mudar é difícil, mas é possível, que o *trabalhador* vai reconstruir suas ações, individual e coletivamente, renovando assim sua potência para agir e deixar de reagir.” (FREIRE, 1998, p. 88).

Finalizando esse tema, lembramos ainda, que a relação saúde-trabalho não diz respeito somente aos trabalhadores, pois as vivências, os valores, emoções e sentimentos não têm como ser separados entre a vida de dentro e de fora do trabalho. Toda a família é requisitada pelo sujeito em suas manobras para enfrentar as dificuldades do trabalho e, de maneira direta ou indireta, os familiares e aqueles que o circundam são atingidos, inclusive o usuário na relação assistencial. Nesse sentido, a banalização e/ou naturalização do sofrimento do trabalhador pode significar um descaso que resulta em prejuízos diversos e, ainda, pouco (re)conhecidos.

CAPÍTULO 2

O TRABALHO EM SAÚDE

*Antes de qualquer sabedoria profissional eu acho que você tem que ter uma sabedoria Superior que conduza o meu trabalho pra que eu tenha equilíbrio, paz, discernimento. É uma concentração, é quase uma oração que faço no trajeto de casa até aqui, ou quando saio da sala pra pegar o material; é um preparo pra trabalhar. Mesmo na atividade, com uma dificuldade maior, eu fecho os olhos e busco esse Saber, porque de um jeito ou de outro eu sei que estou lidando com a Vida do outro.
(Auxiliar de enfermagem – Nilma)*

A utilização da categoria trabalho, segundo a ótica marxista, vem fundamentando os estudos sobre trabalho em saúde, destacando-se alguns autores como Mendes-Gonçalves (1994), Campos (1994, 1997) Merhy (1997, 2000), Pires (1998, 2000), Peduzzi (2001, 2003), Franco e Merhy (2004), dentre outros, que serviram de fonte para essa revisão.

Ao abordar esse tema, consideramos relevante a apresentação de alguns conceitos fundamentais, pois é no processo de trabalho que se dá a produção dos atos de saúde, na sua cotidianidade, sendo esse, um espaço privilegiado de percepção e identificação dos modos de ação e gestão dos trabalhadores e, portanto, de análise das relações que aí se estabelecem.

Ainda que no decorrer do capítulo anterior, várias referências ao trabalho em saúde tenham sido feitas, julgo importante um tratamento específico sobre essa temática, o que compõe este capítulo.

2.1. Características do trabalho em saúde

O processo de trabalho em saúde apresenta características comuns a outros processos de trabalho que se dão na indústria e em outros setores da

economia. A produção em saúde encontra-se na esfera dos serviços, expressando a necessidade de cumprir uma finalidade útil, sendo que os resultados dessa produção não constituem mercadorias passíveis de comercialização, como produtos mercantis em si mesmos, mas operam ações promocionais, preventivas e curativas sobre a dor, o sofrimento e as demandas de saúde da população.

O trabalho em saúde apresenta, assim, uma racionalidade técnica distinta da produção de bens materiais na medida em que sua produção se completa no ato de sua realização,

o produto é indissociável do processo que o produz, é a própria realização da atividade. A prestação do serviço – assistência de saúde – pode assumir formas diversas como a realização de uma consulta; uma cirurgia; um exame-diagnóstico; aplicação de medicações; ações preventivas, individuais ou coletivas; ações de cuidado e/ou conforto; orientações nutricionais; etc. Envolve basicamente avaliação de um indivíduo ou grupo, seguida da indicação e/ou realização de uma conduta terapêutica”. (PIRES, 1999, p. 29-30)

Como apontado por Marx (1985), no processo de trabalho estão envolvidos os meios de produção: objeto de trabalho e instrumentos de trabalho e a capacidade operária de produção - força de trabalho, que representa as condições subjetivas da produção. Nesse sentido, Pires (1998) assinala que

o processo de trabalho dos profissionais de saúde tem como finalidade – a ação terapêutica de saúde; como objeto – o indivíduo, ou grupos doentes, sadios ou expostos a risco, que necessitem de medidas terapêuticas, curativas e de promoção à saúde; como instrumental de trabalho – os instrumentos e as condutas que representam o nível técnico do conhecimento que é o saber de saúde e o produto final é a própria prestação da assistência de saúde. (PIRES, 1998, p. 161)

Alguns autores apontam como objeto do trabalho em saúde as “necessidades de saúde, sentidas e trazidas aos serviços pelos sujeitos/usuários e apreendidas e interpretadas tecnicamente pelos sujeitos/agentes do trabalho.” (PEDUZZI, 2003, p. 83).

A força de trabalho inclui os profissionais treinados para realizar uma série de atividades necessárias à assistência. São agentes do trabalho em saúde:

médico, enfermeira, técnica de enfermagem, auxiliar de enfermagem, agente comunitário de saúde (ACS), assistente social, psicólogo, dentista, nutricionista, fisioterapeuta, farmacêutico, bioquímico, dentre outros, conforme a necessidade. Esses profissionais podem ter a formação de nível superior ou médio.

O trabalho em saúde envolve, também, uma gama de trabalhadores que exercem 'atividades de apoio' que, embora não sejam específicas do setor, são essenciais para o desenvolvimento da assistência: o pessoal da limpeza, trabalhadores da área administrativa, o pessoal da cozinha, seguranças, motoristas, porteiros, etc.

A assistência à saúde é resultado de um conjunto de ações específicas, desenvolvidas por um coletivo de trabalho. Conforme Pires,

no trabalho coletivo os diversos profissionais de saúde desenvolvem parte do trabalho que tem como resultado, como produto, a assistência de saúde a indivíduos ou grupos. São atividades diferenciadas, que, estudadas nas suas especificidades, permitem identificar produtos distintos. Esses trabalhos, no conjunto, resultam na assistência a seres humanos que são totalidades complexas. (PIRES, 2000, p.255)

O ato assistencial em saúde envolve conhecimentos específicos dos profissionais, que não são dominados pela administração da instituição. Ao mesmo tempo, a tecnologia assistencial a ser empregada e o papel de cada trabalhador estão relacionados à sua qualificação. A atividade assistencial pode se dar de forma direta entre o profissional e o usuário, mas devido à complexidade dos problemas, dos conhecimentos acumulados e dos instrumentais envolvidos no processo assistencial, "grande parte desta, desenvolve-se em instituições públicas e/ou privadas, com estrutura e níveis de complexidade diversas." (PIRES, 1999, p. 32).

Nos dias atuais, é comum convivermos com uma gama de problemas que alteram intensamente a capacidade dos serviços de saúde de responder de maneira eficaz às demandas por saúde da população, o que pode ser detectado por meio da pouca efetividade das ações de promoção, proteção e recuperação da saúde. Segundo Merhy (1997), o modo de operar os serviços de saúde é definido no encontro entre quem produz e quem recebe, numa intensa relação interpessoal, que

depende, para sua eficácia, das condições de trabalho oferecidas e do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos.

Apesar da complexidade e diversidade dos processos de transformações vividos no campo da saúde, mais especificamente na saúde pública, pode-se verificar que essas mudanças não representam, ainda, uma ruptura com algumas das características do processo de trabalho em saúde, conforme alguns aspectos apontados por Pires (2000):

- dificuldade na coordenação da assistência prestada pelos diversos grupos de profissionais, bem como escassez de espaços conjuntos de avaliação da assistência prestada.
- compartimentalização e fragmentação da assistência repleta de obstáculos para o desenvolvimento de práticas interdisciplinares, o que leva cada profissional a realizar sua ação separada da dos demais, prevalecendo a hegemonia médica¹⁴, à qual se subordinam os demais profissionais, ainda que mantendo uma certa autonomia em suas decisões (PIRES *et al.* 2004).
- o processo de trabalho em saúde não possibilita a participação dos trabalhadores no pensar e organizar o trabalho, perdendo-se a riqueza das percepções dos diferentes grupos de profissionais, sem conseguir a integração interdisciplinar, o que elevaria o nível do conhecimento e da assistência (PIRES, 1999, PIRES *et al.* 2004; FRANCO; MERHY, 2004);
- coexistência de características do trabalho assalariado e da divisão parcelar com o trabalho profissional do tipo artesanal;
- impossibilidade ou inexistência de mecanismos de controle da qualidade da assistência prestada, uma vez que o domínio do conhecimento exigido para o trabalho em saúde é de difícil acesso a toda população, e a sociedade não dispõe de meios de controle sobre o funcionamento das instituições;
- a forma de organização do trabalho é, de modo geral, rígida, hierarquizada. A hierarquia com sobreposição de poder se manifesta na maioria das relações de trabalho: “dos médicos em relação aos demais profissionais e dos profissionais de

¹⁴ Para mais detalhes, ver Pires, D. *Hegemonia médica na saúde e a enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1989.

nível superior sobre os de nível médio, dos chefes sobre os subordinados, dos profissionais de saúde sobre os usuários.” (PIRES, 1999, p. 37).

Assim, antes de entrarmos nas propostas de reformulação do trabalho no setor saúde, consideramos relevante apresentar alguns dados sobre a historicidade do trabalho em saúde e de enfermagem, sua divisão social e técnica, pois trazem elementos essenciais para a compreensão de diferentes aspectos da produção, mobilização e relação de saberes neste campo.

2.2 Historicidade do trabalho da saúde e da enfermagem

Ao iniciarmos esse tema, cabe salientar que, o estudo dos saberes no trabalho em saúde implica o reconhecimento da existência de uma rede de poder-saber constituída no bojo da desigualdade entre os sexos, ou seja, determinada por relações fundadas sobre as diferenças entre homens e mulheres, como forma primeira de significar essas relações de poder. Nesse sentido, lembramos também, que o setor saúde é composto, em sua maioria, por mulheres (em torno de 75% do pessoal). Destas, a maior parte encontra-se no serviço de enfermagem.

Jussara Brito (1999) em seu livro: *Saúde, trabalho e modos sexuais de viver*, mostra os resultados das investigações de diferentes grupos de estudo sobre a divisão social e sexual do trabalho. Estes elaboram a tese sobre a correlação entre as relações de classe e de gênero, à qual acrescentamos as questões de raça, que fundamentam o “paradigma de transversalidade” das relações sociais. De modo que, não se pode entender classe social e gênero sem a consideração das outras dimensões.

Assim, a questão do gênero¹⁵ tem se mostrado presente em toda história da saúde. Segundo Scott (1995, p. 88), “o gênero é um campo primário no interior do qual, ou por meio do qual o poder é articulado.” Sob essa perspectiva, a análise

¹⁵ Para mais detalhes ver: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. (Org.) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996; LOURO, G.L. *Gênero, sexualidade e educação: uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis: Vozes, 1997; BRUSCHINI, C. UNBEHAUM, S. *Gênero, democracia e sociedade brasileira*. São Paulo: Editora 34. Fundação Carlos Chagas, 2002;

das relações no setor implica em determinantes históricos e sociais oriundos da opressão e submissão da mulher ao homem na sociedade, ocupando esta os espaços privados e lutando pela conquista do espaço público - referente ao trabalho, considerado masculino.

A mulher sempre se ocupou do cuidado no domínio privado e foi por isso considerada com todas as 'qualidades' para exercê-lo no domínio público. Assim, uma das formas de a mulher exercer o trabalho fora do núcleo familiar foi através do cuidado aos doentes – considerado então, como uma extensão do trabalho doméstico e caracterizado como feminino. As mulheres, ao entrarem em outra esfera, assumem uma posição subordinada na hierarquia institucional hospitalar por meio da reprodução das relações de dominação homens/mulheres presentes nas relações patriarcais. “Capitalismo e patriarcado produzem, no interior das organizações de trabalho, alianças que subordinam as mulheres trabalhadoras ao poder masculino.” (FONSECA, 1996, p. 70).

É importante notar que o hospital, nessa época, não era um local de cura. Conforme Foucault (1986, p. 109), o hospital antes do século XVIII era uma instituição de assistência aos pobres, como também de separação e exclusão, sob a administração de religiosos, e contava com o trabalho de mulheres leigas. Até meados deste século, a visita do médico ao hospital era irregular, sua presença era requisitada pelos religiosos para “os mais doentes entre os doentes, mais como uma justificação do que uma ação real.”

Quando o hospital passa a ser um instrumento de cura, o médico se torna o responsável pela organização hospitalar. Esta *reordenação* não se deu a partir de uma técnica médica, mas em função da posição social ocupada pelo médico, por meio de uma tecnologia que pode ser chamada política: a disciplina (FOUCAULT, 2004).

A prática de enfermagem, que era independente da prática médica, passa a ser dependente: “o saber médico traduz-se também em poder que se cristaliza no topo da hierarquia hospitalar e passa a dirigir todas as práticas advindas da divisão social no hospital. As relações de dominação-subordinação se estabelecem” (ALMEIDA; ROCHA, 1989, p. 40). Aqui, cumpre lembrar, que o saber médico se constituiu, também, a partir de uma ação desempenhada pela

enfermagem: a dos registros das informações. Principalmente tendo-se em conta que o médico não estava presente diariamente no hospital, mas tomava ciência dos fatos, evolução e piora dos pacientes por meio dessas anotações – que persistem até os dias de hoje, alimentando seu saber.

Assim, é com a transformação do saber e da prática médica que se dá a distinção entre o médico e os demais trabalhadores do hospital. Para Foucault (1986), com o nascimento da clínica, a profissionalização dos diferentes agentes deu-se por meio da articulação entre saber e poder médico, instituindo-se uma série de práticas disciplinares, de regulação das relações e do espaço institucional, a partir da hegemonia médica, em torno da qual foram se constituindo todas as demais profissões.

Na hierarquização das práticas em saúde, o *tratar* torna-se ação fundamental da cura e o *cuidar* ocupa a posição de ação auxiliar, sem autonomia, sem força transformadora no processo saúde–doença exercendo uma ação invisível, como um meio para que a medicina realizasse sua função. Segundo Lopes (1996, p. 78), essas construções são ideológicas e criam valores de acordo com os tipos de trabalhos e da mão de obra: “as exigências feitas às mulheres são classificadas como qualidades e não qualificação”. A autora assinala que, sobretudo para as auxiliares de enfermagem, são exigidas as ‘qualidades naturais’ construídas no aprendizado doméstico do ser mulher e ser mãe.

A busca pela ‘naturalização’ do cuidado é também uma estratégia do capital que banaliza a atividade e não a recompensa adequadamente do ponto de vista material. É uma força de trabalho feminino ‘naturalmente’ qualificado que permite menores salários e a diminuição dos custos da assistência.

Nessa direção, para Fonseca (2000) as mulheres das classes mais simples, tratadas por longo tempo como ‘inúteis’, são consideradas pertencentes a uma espécie de natureza moralmente inferiorizada, e por isso podem responder pelo trabalho manual, repetitivo, considerado feminino e, portanto, desqualificado. São tidas como ‘incultas’ e trabalham pesadamente para superar suas condições de desamparo material e social, motivadas por questões da sua sobrevivência e a dos seus. Devido aos baixos salários, não conseguem se estabilizar economicamente e se tornar independentes e, por esse motivo, mantêm-se submetidas a uma figura

masculina; outras se submetem a duplas ou triplas jornadas de trabalho, colocando em risco a sua saúde e os melhores anos de sua vida.

Segundo Brito (1999) o trabalho das mulheres pode ser focalizado em seu caráter particularmente contraditório, como espaço de exploração e prazer, de modo que quando se trata do trabalho doméstico, as mulheres, de modo geral, desempenham-no como uma tarefa 'pseudodesignada' e naturalizada como sua, além de assumir toda a bagagem do trabalho externo.

Assim, pautadas no referencial da autora, reafirmamos que o trabalho da enfermagem reedita, em linguagem própria, os aspectos de classe e gênero que definem as relações sociais e que, portanto, vão se refletir no processo de transformação do novo modelo da saúde.

2.3 A divisão social e técnica do trabalho em saúde

Ao apresentarmos alguns elementos sobre a historicidade do trabalho em saúde, também o aspecto da divisão social foi, de alguma forma, levantado. Porém, é importante ressaltar que essa divisão, segundo Matumoto *et al.* (2005, p. 20) permanece "intimamente relacionada às nossas matrizes incorporadas, ou seja, é tomado como algo natural, já dado" passando de forma despercebida para a maioria dos profissionais do setor.

Para as autoras, "a divisão social do trabalho é inerente aos diversos modos de produção da sociedade e reflete a divisão de classes sociais, tendo em vista as diferenças que as constituem." (MATUMOTO et al., 2005, p.21). A divisão social aparece mais camuflada, mas pode ser apreendida em diferentes momentos como, por exemplo, na diferença de remuneração, já que se destina ao médico maior poder e salário, à enfermeira um salário intermediário, às auxiliares um salário menor, sendo os agentes comunitários de saúde os mais precariamente remunerados. Também pode ser percebida na flexibilização das jornadas de trabalho a serem cumpridas; no oferecimento e liberação diferenciada para participação de cursos de capacitação; na representação da equipe em diferentes eventos. As autoras assinalam ainda que

As relações de poder estabelecidas nas divisões de classe também são reproduzidas na divisão social/técnica do trabalho assim como as relações políticas e ideológicas, conforme os lugares das classes sociais de que são provenientes os trabalhadores, aceitas e reforçadas culturalmente como inerentes às relações sociais. (MATUMOTO et al., 2005, p.21)

A divisão técnica é resultado do trabalho parcelado em função do modo de produção capitalista. Verifica-se que, quanto maior o avanço tecnológico mais se acentua essa divisão - que não deixa de estar arraigada à divisão social do trabalho. De modo geral, o trabalho manual é executado pelos trabalhadores de classes sociais menos favorecidas, enquanto o intelectual é da responsabilidade daqueles que pertencem às classes mais privilegiadas (MATUMOTO *et al.*, 2005).

No trabalho em saúde, a própria formação já delineia claramente essa divisão entre os trabalhadores universitários e os de nível médio. A categoria médica, subdivida por especialidades, vai levar a um trabalho cada vez mais fragmentado. Também o trabalho da enfermagem foi redividido, cabendo à enfermeira com maior qualificação, o trabalho mais intelectual; às técnicas e auxiliares de enfermagem, com menor qualificação, a parcela mais manual do trabalho e às ACS as atividades mais simplificadas e manuais.

Com a institucionalização das práticas de saúde, se acentua a divisão técnica do trabalho devido à perda do controle sobre os meios de trabalho, à crescente especialização e à maciça incorporação de tecnologias. Desse modo, o trabalho médico e o trabalho em saúde, em geral, voltam-se para os procedimentos em detrimento das necessidades das pessoas, perdendo assim, cada vez mais sua dimensão cuidadora (FRANCO; MERHY, 2004).

Nesse sentido, também o trabalho de enfermagem se constituiu e se mantém até os dias atuais subdividido por uma relação hierárquica e técnica entre o trabalho da enfermeira e das auxiliares/técnicas de enfermagem. Essa divisão teve origem na formação diferenciada dos seus agentes, a partir da classe à qual pertencem e na própria diferenciação das atividades atribuídas a cada um deles.

A institucionalização do ensino das enfermeiras teve início nos treinamentos realizados no hospital, em 1860, fortemente pautado na disciplina e na hierarquia do trabalho. As candidatas oriundas da classe social mais elevada,

chamadas *lady-nurses*, eram preparadas para o ensino e supervisão do pessoal, enquanto as *nurses*, oriundas das classes menos privilegiadas, trabalhavam e moravam no hospital durante todo o curso e eram preparadas para a execução do cuidado direto ao paciente, sob a supervisão da *lady-nurse* (MELO, 1986).

A enfermagem se institucionaliza no século XIX, no movimento de transformação do hospital num instrumento de cura, atendendo às novas necessidades sociais. No crescente processo de industrialização, a força de trabalho torna-se um bem precioso ao capital, sendo necessária, portanto, a sua recuperação. Trata-se de uma divisão do trabalho fundada na lógica capitalista, que busca dar conta de atender ao maior fluxo de pacientes, com menor tempo de internação, utilizando, para isso, grande número de pessoal de enfermagem sem preparo algum (ALMEIDA; ROCHA, 1989).

Verificamos então que, embora a divisão social e técnica já existisse, é com o taylorismo que ela se intensifica, em nome de uma racionalidade técnica, visando maior produtividade com menor gasto, mais eficiência com menos tempo de internação.

Conforme a Lei do Exercício Profissional 7.498/86 em vigor, (BRASIL, 1986) cada um dos integrantes da enfermagem tem suas atividades claramente definidas, estabelecendo-se a divisão entre o trabalho intelectual da enfermeira e o trabalho manual da auxiliar/técnica de enfermagem. A enfermeira atende, assim, às demandas organizacionais, assumindo as funções mais administrativas, como é desejável à organização capitalista. Na diferenciação das tarefas, de acordo com os diferentes graus de qualificação, as auxiliares/técnicas de enfermagem permanecem voltadas para o cuidado, desenvolvendo maior destreza em determinadas técnicas, numa expressão taylorista do trabalho (ALVES, 1997).

As auxiliares/técnicas de enfermagem, além de lidar com a vida e com a morte, enfrentam condições de trabalho de contínuo desgaste, recebem salários quase sempre incompatíveis com as suas necessidades o que, via de regra, obriga-as à dupla ou tripla jornada de trabalho em diferentes instituições. Essa realidade se agrava quando a mulher, além das jornadas de trabalho externo, enfrenta diariamente as várias atividades domésticas (BRITO, 1999).

Nesse sentido, Fonseca (2000, p. 22-3) assinala que “capital e patriarcado (...) orquestram as possíveis transmutações dos sentidos de dominação e exploração neles inscritos, bem como a extração do reconhecimento e legitimação das próprias dominadas”. É assim que as auxiliares/técnicas de enfermagem, apesar de estarem sendo espoliadas, passam a *celebrar* seus dominadores como fontes de salvação e amparo. Afinal,

o emprego para elas significa a própria condição de se manterem vivas e a seus familiares. A conquista do mesmo, após a concorrência seletiva, torna-se uma grande vitória que, aliada à consciência da crise social do desemprego e de suas baixas qualificações técnicas e escolares, as transforma não só em trabalhadoras, mas em devotadas trabalhadoras. (FONSECA, 2000, p. 137)

Sob essa ótica, pode-se entender, em parte, a atitude de algumas das auxiliares/técnicas, tais como, a aceitação da submissão ao outro, às condições de trabalho e às demais injustiças às quais são submetidas no cotidiano da saúde. Trata-se de uma forma de “sobreviver e vencer no sistema produtivo à custa do silenciamento de seus corpos e mentes, negando-se igualmente a orquestrarem as possibilidades coletivas de suas vozes.” (FONSECA, 2000, p. 72).

Assim, a organização do trabalho contribui de diferentes maneiras para a submissão de algumas das trabalhadoras. Mesmo aquelas que iniciaram há pouco tempo na profissão, é comum manifestarem um apego a tudo que diz respeito ao seu trabalho. O trabalho em saúde é sustentado como

construção material e simbólica, significando-se não apenas pela sua capacidade de capturar o trabalho e torná-lo produtivo, como por ser capaz de recapturar os próprios sujeitos do mesmo, fazendo-os experimentarem, mesmo que de forma consentida e no mais das vezes inconsciente, conteúdos que lhes são familiares em outras esferas da vida social. (FONSECA, 2000, p. 114)

É um trabalho fundado pela estratificação social, hierarquizado e permeado pelas relações de gênero e poder, sobre o qual a maioria dos trabalhadores desconhece a constituição histórico-social.

Assim, tendo revisto alguns aspectos relevantes sobre a constituição do trabalho em saúde, passamos agora a focar o trabalho da saúde pública e suas transformações - cenário deste estudo.

2.4 A construção da Rede Básica e o Programa Saúde da Família

A estruturação dos serviços de saúde vem se transformando ao longo do tempo como resultado de questões políticas diversas, relacionadas aos aspectos sócio-financeiros e técnicos, que servem aos governos como justificativa para a implantação de determinados tipos de assistência à saúde (FRANCO; MERHY, 2004).

Buscando compreender a construção da Rede Básica de Atenção, destacamos algumas políticas que determinaram mudanças relevantes na história da saúde pública, lembrando que há diversos interesses em jogo, muitos deles contraditórios e antagônicos.

As políticas públicas que conduziram o sistema de saúde do país transitaram entre dois modelos antecedentes à proposta de instauração do SUS – Sistema Único de Saúde. Mendes Gonçalves (1994) assinala que o período do início do século XX até os anos 60, caracterizou-se por uma estrutura econômica dominada por um modelo agro-exportador, principalmente pelo plantio do café, em que prevaleceu o *sanitarismo campanhista*. Nesse período, prevalece uma visão sanitária de combate às doenças de massa seguida de propostas saneadoras de imunização e erradicação de doenças, saneando assim, os espaços de circulação das mercadorias exportáveis evitando as doenças que poderiam prejudicar esse mercado.

Posteriormente, com a industrialização, foi essencial a preservação do corpo do trabalhador, a manutenção e recuperação da capacidade produtiva, que caracterizou o desenvolvimento da atenção médica previdenciária, dando origem ao modelo médico assistencial privatista, cujo direito à saúde concentrava-se nos trabalhadores que tinham a carteira de trabalho assinada, deixando de fora boa parte da população.

Na saúde pública, o trabalho tratava-se de uma prática com predomínio de atividades simples, executadas “por agentes de enfermagem sem preparo formal e sem treinamento em serviço. Ocorria uma polarização do trabalho entre o médico e a atendente. Não há registro de categoria profissional de nível médio ou técnico entre estas duas categorias.” O médico era responsável por algumas consultas pontuais e as demais tarefas eram divididas entre os demais agentes, sendo várias atividades atribuídas pelo médico ao pessoal de enfermagem. Nesse período, a enfermeira não integrava o quadro de pessoal da saúde pública (VILLA *et al.*, 1997, p. 33-4).

A partir de 1969, com a ampliação e a diversificação da assistência médica individual, entra em cena o trabalho da enfermeira com a função de estruturar o serviço, padronizar as técnicas de enfermagem e supervisionar o pessoal de enfermagem, contudo, o controle do processo de trabalho continua médico-hegemônico. Com a entrada da enfermeira na saúde pública, formaliza-se um saber de enfermagem nessa área. Mas Villa *et al.* (1997, p. 39) sinalizam que as técnicas, como forma de organizar o trabalho, serviram tanto para direcionar a execução da atividade como para “viabilizar o *adestramento*, possibilitando o controle social dos agentes, por meio do processo de formação e divisão técnica do trabalho.” Numa expressão clara da vinculação poder-saber existente no campo da saúde.

A década de 80 deu lugar à reforma sanitária, contrapondo-se à política de saúde vigente que privilegiava o modelo centrado no atendimento hospitalar, de baixa resolutividade e crescentes custos, mas que atendia aos interesses de poderosos grupos econômicos, controladores da indústria terapêutica e de alta tecnologia em diagnose. Essa mudança ocorre no bojo de uma crise econômico-social vivenciada pelo país, com a presença de um Estado mínimo, relegando ao mercado a regulação da produção e dos serviços (FRANCO; MERHY, 2004).

Estas observações fundam-se nas reformas do Estado ocorridas à época, tendo por base a nova ordem do capitalismo em nível mundial, de orientação neoliberal e que influenciaram diretamente as políticas públicas em geral, refletindo-se nas mudanças do campo da saúde. Vale ressaltar que essas novas propostas foram construídas com base em acordos e recomendações de organismos internacionais, como o Banco Mundial e o Banco Interamericano de

Desenvolvimento, que forneceram os marcos de referência para a formulação ou aperfeiçoamento das políticas vigentes. Em meio às reformas, o governo federal transferiu para as unidades as responsabilidades pela saúde, cabendo a ele a função de planejamento, aos estados o controle e aos municípios a execução das ações (FRANCO; MERHY, 2004).

Nesse contexto, organizou-se o movimento pela Reforma Sanitária, a partir da mobilização dos trabalhadores e de outros grupos da sociedade na busca por mudanças significativas no campo da saúde, tendo em vista que o modelo assistencial vigente não atendia às necessidades da população. Essa reação ocorreu numa conjuntura de movimentação popular e de profissionais por uma sociedade democrática, com justiça social. Um movimento que culminou, em 1986, com a VIII Conferência Nacional de Saúde, da qual participaram profissionais de saúde, gestores, políticos e população defendendo a proposta de um novo modelo de atenção com diretrizes definidas pelos princípios de cidadania, da extensão de cobertura, enfim, de inclusão social (CAMPOS *et al.*, 1998).

A mobilização popular permitiu que os princípios acordados na VIII Conferência se consubstanciassem em arcabouço jurídico. A Constituição Federal de 1988 estabeleceu o SUS como o sistema de saúde brasileiro. A Lei Orgânica da Saúde – Lei n. 8.080/90 expressa as conquistas obtidas na Constituição e a Lei 8.142/90, a efetivação da municipalização; um passo definitivo para a descentralização das ações de saúde (BRASIL, 1990).

Nesse período de intensa mobilização na área da saúde pública,

o debate dividia opiniões entre aqueles que consideravam mais a necessidade de intervenção no âmbito político, financeiro e administrativo do estado, e aqueles que, além disso, se preocupavam em como, também nos espaços micro, provocar mudanças nas práticas dos profissionais que no dia a dia operacionalizavam a política de saúde no contato direto com os usuários dos serviços. (SCHERER, 2006, p. 16)

Assim, a partir do movimento social da reforma sanitária, o governo vem tentando superar a orientação na saúde centrada no controle da enfermidade, no sentido de desenvolver e expandir uma modalidade de assistência mais universal, capaz de dar cobertura aos excluídos, e de baixo custo.

Nessa direção, vale lembrar que a reorganização da Rede Básica sofreu influências de diferentes movimentos que vinham acontecendo em vários países, notadamente pelas questões levantadas na Conferência Internacional de Alma Ata¹⁶, cujas premissas se voltavam para a necessidade de reestruturação da Atenção Primária da Saúde, em nível mundial. A partir dessas deliberações, discute-se essa reestruturação da Rede Básica caracterizada por ações preventivas e de promoção. A saúde deixa de ser vista como ação apenas curativa, individual e independente do contexto social, para assumir proporções ampliadas, capazes de promover a integralidade das ações. Também as discussões político-ideológicas sobre 'Medicina de Família' influenciaram as novas propostas notadamente no seu aspecto de humanização do cuidado e o vínculo entre serviços e usuários (PAIM, 2001).

Visando, portanto, consolidar o SUS, o governo lançou uma série de programas e políticas que culminaram em 1994, com o Programa Saúde da Família (PSF).

O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) foi o precursor do PSF, tendo como objetivos centrais a criação de um vínculo entre os serviços de saúde e a comunidade e o conhecimento da realidade de vida e saúde daqueles que se inscrevem no espaço geográfico de cada Unidade de Saúde. Os ACS foram os responsáveis pela coleta e alimentação de dados primários de saúde - os cadastros das famílias - que permitiram delinear o perfil epidemiológico da população adscrita (BRASIL, 1991).

É importante notar que, até então, todos os atendimentos prestados nos Serviços de Saúde, de modo geral, giravam em torno da consulta médica, sem conhecimento sobre as condições de vida e saúde da comunidade assistida, sem um programa a ser seguido e sem qualquer tipo de acompanhamento dos casos. Conforme Almeida *et al.* (1997)

Além de não haver nenhum atendimento do tipo de ação programática de saúde, o próprio atendimento clínico realizado nas Unidades Básicas de Saúde não tem uma organização tecnológica que permita uma identificação e evolução mais precisa e detalhada da clientela, nem em termos anátomo-

¹⁶ Para mais detalhes ver: Organização Mundial de Saúde. Declaração de Alma Ata. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, Alma-Ata, URSS, 1978. In: <http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArg/Alma-Ata.pdf>. Acesso em agosto 2006

funcionais e muito menos sociais (...) Portanto, o modelo assistencial pode ser caracterizado mais como 'pronto atendimento'." (ALMEIDA *et al.*, 1997, p. 76)

Assim, as propostas do Programa Saúde da Família apontam na direção da substituição dos paradigmas clássicos da organização do trabalho e da busca pelo desenvolvimento do usuário enquanto sujeito do processo de manutenção e recuperação de sua saúde. Assume o compromisso de prestar assistência universal, integral, equânime, contínua e, acima de tudo, resolutiva à população (BRASIL, 1996a).

Um dos objetivos do PSF é a mudança da lógica clínica - centrada no atendimento médico - para uma visão epidemiológica, com a realização de trabalho em equipe, por meio do qual cada profissional contribui com o seu saber, na responsabilização pelo processo assistencial a uma população adscrita. Propõe ainda o enfrentamento dos problemas levantados e não apenas a resolução imediata do tipo 'queixa-conduta' e para isso busca integrar os diferentes saberes dos trabalhadores e a vinculação do serviço com a comunidade. Para essa nova visão de cuidado à saúde, faz-se necessária uma nova 'modelagem' do trabalho.

O PSF trabalha com base nos seguintes princípios (BRASIL, 2001a):

Caráter Substitutivo: pois veio substituir o modelo antigo e tradicionalista e, portanto, não significa criação de novas unidades de saúde, a não ser onde não exista. Desse modo, os serviços dos Centros de Saúde é que serão reorganizados de acordo com o novo modelo; *Hierarquização*: a Unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, devendo ocorrer a integração dos níveis de atenção à saúde: primário, secundário e terciário;

Territorialização: porque há um território de abrangência definido, além de uma população adscrita, ou seja, um número determinado de famílias, para cada equipe;

Trabalho em equipe multiprofissional: cada equipe do PSF é composta, no mínimo, por um médico - generalista, uma enfermeira, uma auxiliar ou técnica de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS).

Intersetorialidade, ou seja, a resolução de problemas entre diferentes instâncias e serviços (segurança, educação, meio-ambiente) do município e o *controle social*.

A finalidade do PSF é propiciar o enfrentamento e a resolução de problemas identificados, pela articulação de saberes e práticas com diferenciados graus de complexidade tecnológica, integrando distintos campos do conhecimento e desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes nos profissionais envolvidos. Ao mesmo tempo, determina desafios para os profissionais e pessoal técnico, no enfrentamento do novo modelo, do mercado e das condições de trabalho. Trata-se de uma nova concepção de trabalho, uma nova forma de vínculo entre os usuários dos serviços de saúde e entre os membros de uma equipe, permitindo maior diversidade das ações (BRASIL, 2001a).

O Ministério da Saúde preconiza atribuições para cada um dos membros da Equipe Saúde da Família que são, em linhas gerais (BRASIL, 2000):

Enfermeiro: executar cuidados diretos de enfermagem, fazendo a indicação para a continuidade da assistência prestada; realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares, prescrever/transcrever medicações; planejar, gerenciar, coordenar, executar e avaliar a Unidade de Saúde da Família; supervisão e coordenação das ações dos Agentes Comunitários de Saúde e de auxiliares de enfermagem.

Médico: realizar consultas e procedimentos na unidade e no domicílio; ações de assistência integral em todas as fases do ciclo de vida e a todos os gêneros.

Auxiliar ou técnico de enfermagem: realizar procedimentos de enfermagem dentro das suas competências técnicas e legais, nos diferentes ambientes, unidade e nos domicílios.

Agente Comunitário de Saúde: realizar mapeamento de sua área; cadastramento das famílias, com atualização permanentemente através de visitas domiciliares mensais; identificação de indivíduos e famílias expostos a situações de risco.

As Equipes de Saúde da Família (ESF) trabalham com um número fixo de famílias: de 600 a 1.000, com o limite de 4.500 habitantes. Cada ACS cobre uma área de aproximadamente 20 a 250 famílias, dependendo da realidade geográfica, econômica e sociopolítica da área e seu acesso. A atuação das equipes ocorre, principalmente nas unidades básicas de saúde, nas residências e na mobilização da comunidade, caracterizando-se: como porta de entrada de um sistema hierarquizado e regionalizado de saúde; por intervir sobre os fatores de risco aos quais a

comunidade está exposta; por prestar assistência integral, permanente e de qualidade; por realizar atividades de educação e promoção da saúde (BRASIL, 2001a).

2.5 A estratégia da Saúde da Família na atualidade

A formulação e a implantação do PSF nos seus primeiros anos de existência suscitaram inquietações e críticas diversas, principalmente quanto à real alteração das tradicionais formas de atenção à saúde. Segundo Paim (2001, p. 144), o processo de Reforma Sanitária “valorizou certos componentes do sistema de serviços de saúde tais como o financiamento, a gestão, a organização e a infraestrutura. Contudo, a questão do cuidado, inscrita nos modelos de atenção, foi secundarizada”.

Tendo em vista os aspectos políticos envolvidos no processo de mudança, o PSF foi alvo de críticas quanto ao seu provável caráter de focalização - conforme propostas do Banco Mundial - e o Programa considerado como um sistema de saúde pobre para os pobres. Paim (2001, p.145) assinala que o Programa emergiu em um contexto de crise e racionalização dos gastos e priorizou as ações de saúde com baixa incorporação tecnológica, mostrando-se como uma “política de ajuste estrutural com estabilização monetária, ou seja, a saúde da moeda e não a saúde da população.”

Apesar da grande polêmica gerada no campo da Saúde Coletiva, por ocasião da implantação da Saúde da Família, observamos que o Programa vem se afirmando como processo instituinte, capaz de contribuir para a mudança do modelo assistencial do SUS. Vale notar que a partir de 1998, os documentos do Ministério da Saúde passam a caracterizar o PSF como estratégia e a pontuar seu potencial estruturante dos sistemas municipais de saúde, capaz de promover a expansão e a qualificação da atenção básica no país.

Em linhas gerais, hoje são mais de 100 milhões de brasileiros atendidos na rede. Além da ampliação do acesso, ocorreu uma melhoria dos indicadores de saúde, a expansão do trabalho direto e indireto no setor, criação de dispositivos de

gestão e avaliação dos serviços, bem como dos Pólos de Educação Permanente, visando a capacitação dos profissionais (BRASIL, 2005).

No bojo da reforma, embora tenha sido concentrado todo o esforço em desenhar e planejar mudanças macroestruturais, verifica-se que estas ainda não foram suficientes para atender aos ideais definidos pelo SUS de acesso universal aos serviços. Assim, um dos maiores desafios atuais do Programa continua sendo a dificuldade de integração da Rede Básica com o restante do sistema de saúde, isto é, de produzir aberturas no nível secundário (atenção ambulatorial especializada) e pontes com o nível terciário (atenção hospitalar) redefinindo, qualitativamente, o modelo de atenção à saúde (PAIM, 2001; FRANCO e MERHY, 2004; BRASIL, 2004a; BELO HORIZONTE, 2006a). Segundo avaliação do Ministério da Saúde

os resultados demonstraram que o apoio diagnóstico e a referência para atenção especializada ainda foram insuficientes para garantir a resolubilidade e a continuidade da atenção às populações assistidas pelo Programa Saúde da Família. A falta de equidade no acesso entre estados e regiões reitera a situação já conhecida da oferta desordenada dos serviços de maior complexidade e aponta para a necessidade de estruturação da rede do SUS implementando o controle e a regulação do sistema. (BRASIL, 2004a, p. 33)

Sem conseguir estabelecer essas pontes com outros serviços, a Rede Básica não tem sido a porta de entrada mais importante para o sistema de saúde, conforme a proposta de atenção integral. A entrada principal continua sendo o hospital, através dos seus serviços de urgência e ambulatorios.

Buscando conhecer algumas características do trabalho do PSF no país, segundo a ótica dos trabalhadores e gestores envolvidos, Scherer (2006) realizou revisão das publicações científicas no período de 1997 a 2003 da qual pinçamos alguns dos obstáculos apontados. Um dos enfrentamentos mais citados no cotidiano da estratégia da saúde da família refere-se às limitações de recursos e às condições de trabalho, por vezes incompatíveis com as necessidades locais, gerando insatisfações e aumentando o nível de tensão entre trabalhadores e usuários. A alta rotatividade dos profissionais, principalmente dos médicos, foi apontada como fator dificultador para o desenvolvimento das propostas. Em alguns locais pode ser

observada a coexistência do modelo tradicional com o novo e a hegemonia médica expressa como questão limitante para a transformação do modelo. Estudos mostraram, ainda, o problema da normatização excessiva do PSF, bem como a necessidade de mudança na formação acadêmica dos profissionais de saúde, além da inadequação de alguns deles em relação às propostas do Programa, dentre outros.

Nesse sentido, segundo Benevides e Passos (2005) várias iniciativas governamentais foram delineadas, buscando melhorar a qualidade de vida no trabalho e na atenção ao usuário, mas não atingiram os *modus operandi*, pois os modelos de atenção e de gestão instituídos contrapunham-se às propostas humanizantes de atendimento. Conforme Campos (1994, 2005) a burocratização, o embrutecimento das relações interpessoais no SUS e, em alguns casos, o baixo grau de envolvimento das equipes em sua tarefa de produção da saúde evidenciavam uma degradação dos serviços, em que, no geral, as pessoas eram reduzidas a objetos, a serem manipulados.

Verificamos que a realidade do trabalho no PSF determina dificuldades comuns aos trabalhadores em diferentes locais e situações. Muito se publicou sobre este tema, mostrando a complexidade dos fatores sócio-político-organizacionais que a mudança engloba e que temos, ainda, muitos caminhos a percorrer para alcançar os princípios almejados no SUS.

Assim, para se concretizar o novo modelo assistencial centrado no sujeito - seja ele o usuário ou o trabalhador - é necessário re-significar o processo de trabalho, na perspectiva da autonomização desse sujeito, valorizando sua subjetividade, seus saberes e sua relação no processo. Daí a relevância de um estudo que busca desvelar os saberes mobilizados e construídos num processo de trabalho que se renova.

CAPÍTULO 3

ASPECTOS METODOLÓGICOS

A trajetória metodológica proposta para este estudo é a abordagem qualitativa que permite mostrar o que há de essencial nos fenômenos e nos processos sociais, ou seja, o sentido dado pela subjetividade. Na pesquisa qualitativa, não é apenas o investigador que dá sentido ao seu trabalho, mas os seres envolvidos. Outro fator a ser ressaltado diz respeito à existência de uma identidade entre sujeito e objeto. Há sempre um substrato comum de identidade entre o pesquisador e os sujeitos pesquisados, tornando-os “solidariamente imbricados e comprometidos.” (MINAYO, 2002, p.14)

O método qualitativo tem como premissa a compreensão da realidade humana vivida socialmente, em diferentes espaços e situações e o significado é o conceito central da investigação. Na pesquisa qualitativa, o pesquisador não se preocupa em quantificar, mas em compreender e explicar a dinâmica das relações sociais.

Dentre os percursos de abordagem qualitativa, fizemos a opção pelo estudo de caso, cuja importância nas pesquisas em educação é assinalada por Ludke e André (1986). Segundo as autoras, o caso se destaca por se constituir uma unidade dentro de um sistema mais amplo, tal como ocorre neste estudo. Tomamos o caso do Centro de Saúde pesquisado como uma unidade representativa da Rede Básica de Saúde de Belo Horizonte. O caso pode ser similar a outros, mas é, ao mesmo tempo, distinto e particular. Nem todos os estudos de caso são qualitativos, contudo, na área da educação temos uma gama de estudos de caso de abordagem qualitativa. Estes enfatizam a necessidade de se levar em conta o contexto, identificando diferentes e, por vezes, conflitantes pontos de vista presentes numa situação social em que o objeto de estudo se situa. Buscam relacionar o objeto às situações específicas em que ocorrem ou à problemática determinada à que se vincula.

Procuramos assim, seguir os passos propostos pelas autoras no desenvolvimento da pesquisa, buscando a captação e compreensão do fenômeno em uma fase exploratória e de trabalho de campo, para posterior análise dos dados.

3.1 A revisão bibliográfica

Desde a elaboração do projeto de pesquisa, foi iniciada uma ampla investigação bibliográfica sobre a temática, que se estendeu até a sua finalização. Não porque se tenha esgotado o referencial teórico sobre o assunto, mas por uma necessidade de limitação do estudo. A fundamentação se pautou no referencial teórico que permitissem tomar o objeto de forma articulada com categorias como o trabalho e o processo de trabalho em saúde, a relação de saber-poder e os saberes produzidos, mobilizados e adquiridos no trabalho.

Embora a pesquisa tenha um fim, cujo produto se apresenta nesta tese, é importante notar que diante das inúmeras possibilidades epistemológicas, esta se configura como um ponto de partida para investigações futuras que possam vir a aprofundar, com diferentes matizes, a temática que ora se descortina.

3.2 Instrumentos da pesquisa

Os instrumentos são de fundamental importância no percurso metodológico de uma investigação e devem ser definidos a partir do objeto de estudo. Assim, foram utilizados na coleta de dados a pesquisa documental, entrevistas semi-estruturadas e a observação de tipo etnográfica.

3.2.1 A pesquisa documental

A coleta de dados documentais visou conhecer as políticas públicas de saúde; os programas federais e municipais para o trabalho em saúde pública; as normas e Leis que regulamentam esse trabalho; as determinações que regem a

organização do serviço na Rede Básica; a legislação e estrutura de formação dos profissionais da saúde; as apostilas, manuais e prescrições acessíveis aos trabalhadores, dentre outros.

Salientamos que na análise documental, tivemos acesso aos arquivos do Centro de Saúde pesquisado, ao Caderno de Atas de reuniões e aos registros que resgatam o processo de implantação do PSF em seus detalhes, bem como ao Caderno de Ocorrências, que permanece na recepção, onde são anotadas as intercorrências diárias. Nesse aspecto, vale ressaltar a total liberdade a nós conferida pela gerência para a consulta dos manuais e documentos do Centro de Saúde e esclarecimentos diversos, quando necessário. Desse modo, essa análise contribuiu para o entendimento de muitas questões levantadas pelos sujeitos em seus depoimentos.

3.2.2 Entrevistas semi-estruturadas

As entrevistas objetivam atingir níveis crescentes de compreensão e aprofundamento dos assuntos fundamentais relacionados ao tema em estudo. Optou-se pela utilização da entrevista não diretiva, de modo a permitir que o entrevistado se sentisse livre para comentar sobre a temática, numa atitude de exploração. Segundo Thiollent (1985, p. 85), a partir da instrução transmitida pelo pesquisador, o sujeito passa a narrar livremente sobre o fenômeno estudado. A entrevista não diretiva favorece a captação de uma informação mais profunda devido à sua capacidade de “facilitar a produção de significações fortemente carregadas de afetividade”, ou seja, permite ao entrevistado uma abordagem de ordem afetiva, que é mais significativa e mais determinante dos comportamentos do que a simples racionalização dos fatos. A utilização das entrevistas semi-estruturadas foi essencial para o desocultamento do fenômeno, além de criar situações muito marcantes entre sujeito e pesquisador.

3.2.3 Observação de tipo etnográfica

O campo de pesquisa é “o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto da investigação.” (MINAYO, 2002, p.53). Além do recorte espacial, são as pessoas ali presentes, convivendo numa dada dinâmica interacional que configuram esse campo. Assim, o campo torna-se “um palco de manifestações de intersubjetividades e interações entre o pesquisador e grupos estudados”, permitindo a criação.

A observação *in loco* foi um instrumento valioso na coleta de dados, pois revelou o fato no seu acontecendo, o que permitiu uma aproximação da realidade, bem como, buscar entender de que formas os diferentes saberes se articulam no momento da assistência. Facilitou, também, uma maior aproximação dos profissionais no compartilhamento das diversas situações do cotidiano de trabalho.

3.3 Caracterização do Local da Pesquisa

A complexidade do fenômeno urbano determina uma série de desafios e necessidade de um planejamento da gestão pública que contemple, principalmente, as desigualdades sociais presentes em toda extensão da cidade de Belo Horizonte. No tocante ao setor saúde, sabe-se que não basta apenas responder às doenças e sim propiciar melhores condições de vida e de qualidade à população (CAMPOS, *et al.* 1998).

Sobre a organização dos serviços de saúde e as mudanças no modelo assistencial, inicialmente devemos assinalar que Belo Horizonte está dividida em nove regionais, áreas administrativas da Prefeitura, com o objetivo de obter um planejamento condizente com a diversidade do território, suas semelhança e diferenças (BELO HORIZONTE, 2006b).

A área de cada Regional coincide com o território de cada Distrito Sanitário. O ponto de partida para a formação do Distrito é a base territorial/populacional, com enfoque de risco epidemiológico. São selecionados os problemas de saúde prioritários e, através de um planejamento local, criam-se os meios e as ações capazes de enfrentá-los. As regionais de Belo Horizonte são: Norte, Nordeste, Noroeste, Oeste, Leste, Centro-Sul, Pampulha, Barreiro, Venda-Nova. Abaixo, a figura 1 mostra o Mapa Administrativo das nove regionais:



FIGURA 1 - Mapa administrativo de Belo Horizonte
Divisão geográfica de acordo com o Distrito Sanitário
Fonte: Belo Horizonte, 2006b.

Cada um dos nove Distritos Sanitários de Belo Horizonte tem definido certo espaço geográfico, populacional e administrativo, tornando-se responsável por executar e planejar as políticas do município referentes ao território, em uma ação de

centralização do planejamento e descentralização das ações. Em média, 15 a 20 unidades ambulatoriais fazem parte de um Distrito, constituído de unidades básicas (Centros de Saúde) e unidades secundárias como as URS (Unidade de Referência Secundária – antigo Posto de Assistência Médica -PAM), unidades de atendimento de urgência (UPA), além da rede hospitalar pública e contratada (BELO HORIZONTE, 2006b).

A rede de atendimento da Secretaria Municipal de Saúde é constituída por 160 unidades ambulatoriais próprias (sendo 127 Centros de Saúde, 7 laboratórios, 16 unidades especializadas, 6 policlínicas e 4 unidades de urgência) e um Hospital Municipal.

3.3.1 O Distrito Sanitário Oeste (DISAO)

O Distrito Sanitário Oeste tem as Av. do Contorno, Av. Raja Gabaglia e BR 040 como limites, com o Distrito Sanitário Centro-Sul. Limita-se com o Distrito Sanitário Barreiro e com a Cidade de Contagem através do Anel Rodoviário. E com o Distrito Sanitário Noroeste através da Linha do Trem Metropolitano, conforme mostra a figura 2:

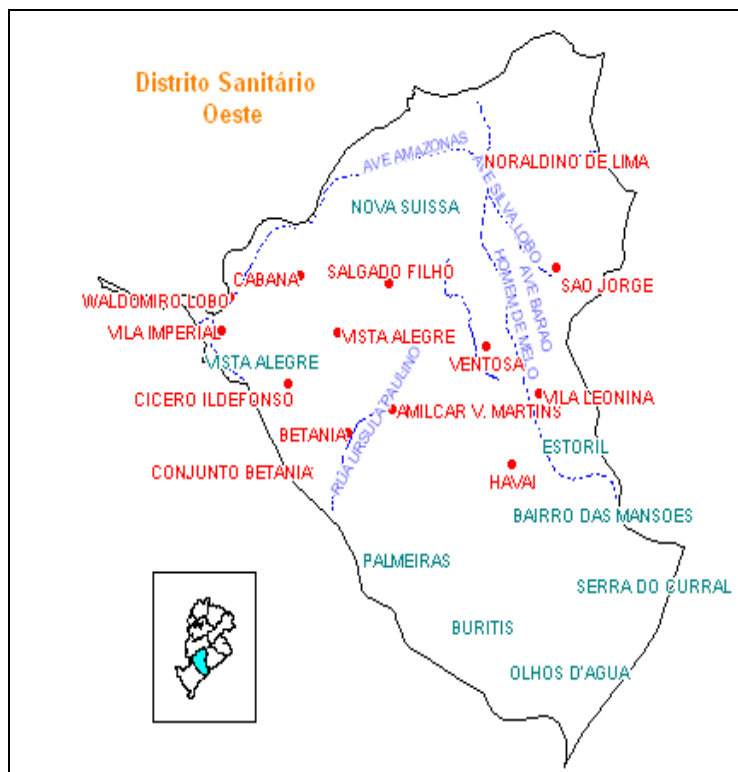


FIGURA 2 - Mapa do Distrito Sanitário Oeste e das Unidades Básicas que o compõe
 Fonte: Belo Horizonte, 2006b.

O DISAO possui 268.698 habitantes. Sua rede de atendimentos conta com 14 Centros de Saúde, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA) e uma Unidade de Referência Secundária - URS (antigo PAM Campos Sales), uma Farmácia Distrital, um Laboratório Distrital e uma Central de Esterilização (BELO HORIZONTE, 2006b).

3.3.2 O Centro de Saúde pesquisado

O cenário onde se desenvolveu a pesquisa foi um Centro de Saúde do DISAO, que passo a chamar de Centro de Saúde São João (CSSJ), atendendo às determinações da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde - que aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos – mantendo o anonimato da instituição (BRASIL, 1996b).

A escolha do CSSJ se deu por ter sido um dos Centros de Saúde piloto no processo de informatização da Rede Básica da PBH, de maneira que os seus trabalhadores já apresentam um domínio sobre a nova tecnologia; pela constituição das Equipes de Saúde da Família – cujos profissionais, em sua maioria, estão construindo juntos esse trabalho, sendo que muitos trabalham ali desde que se iniciou a mudança; porque sua área de abrangência contempla, como a maioria dos demais CS, o elevado e o médio risco¹⁷, de modo que há uma similaridade no tipo de atendimento prestado por este CS com as demais Unidades Básicas de Saúde de Belo Horizonte. A escolha se deu, também, por se tratar de um campo onde se daria o primeiro contato da pesquisadora, pois como docente da área da saúde, esta já conhecia diversos Centros de Saúde, seus profissionais e a organização do trabalho.

O CSSJ conta com três ESF, além de outros três médicos de apoio: pediatra, psiquiatra e mais uma médica clínica. Os serviços oferecidos são: atenção à saúde de indivíduos de todas as idades, odontologia, psicologia, psiquiatria, vacinação, curativos, coleta de material para exames, dispensação de medicamentos, zoonose, entre outros. A caracterização mais detalhada será feita no Capítulo 4, ao se discutir o processo de trabalho no referido Centro de Saúde.

3.4 Os sujeitos da pesquisa

Participaram como sujeitos desse estudo os membros das três Equipes de Saúde da Família do CSSJ: três médicas, seis AE, três enfermeiras e seis ACS - sendo dois de cada uma das equipes, escolhidos ao acaso, de acordo com a disponibilidade - num total de dezenove entrevistas. A gerente do CS também foi entrevistada, por ser a gestora local e responsável pela implantação do PSF e conseqüente reorganização do processo de trabalho no CS.

¹⁷ O termo área de risco traduz a probabilidade de alguém, ou de um grupo populacional de sofrer um dano em sua saúde. Para definição de uma área de risco, a SMSA adotou critérios como: tipo de moradias, condições de infra-estrutura urbana (água tratada, esgotos, pavimentação, etc.) riscos geológicos e sócio-econômicos já identificados por outros setores da Prefeitura. (Campos, *et al.*, 1998, p. 123)

Todos os sujeitos concordaram em participar da pesquisa, tendo sido informados sobre os aspectos metodológicos e ético-legais. Desse modo, para se manter o anonimato, estes foram identificados pelas letras das categorias às quais pertencem: E-enfermeira, M-médica, G-gerente, AE- Auxiliar de Enfermagem e ACS- Agente Comunitária de Saúde, tendo cada uma delas recebido um nome fictício para personalizar os depoimentos. Abaixo apresentamos o quadro com o perfil das entrevistadas:

QUADRO 1

Perfil dos sujeitos participantes da pesquisa

Função	Nome	Idade anos	Tempo no CSSJ anos	Função	Nome	Idade anos	Tempo no CSSJ anos
ACS1	Edna	31	6	AE1	Sandra	36	14
ACS2	Carol	25	6	AE2	Nilma	49	10
ACS3	Cleusa	40	4	AE3	Diva	49	14
ACS4	Vilma	26	6	AE4	Elisa	55	14
ACS5	Taís	50	2	AE5	Júlia	48	6
ACS6	Berta	47	6	AE6	Ana	46	10
M1	Marta	50	14	E1	Cleide	35	4
M2	Célia	40	7	E2	Mara	55	14
M3	Regina	29	8 meses	E3	Laura	32	2
				G	Janete	52	12

Fonte: Centro de Saúde São João, 2006

Todas as trabalhadoras¹⁸ do PSF, no CSSJ, são mulheres, a maioria na faixa de idade acima dos 30 anos. Chamamos a atenção para o tempo de trabalho no Centro de Saúde, uma vez que, suprimindo as ACS, cujo contrato se iniciou no ano de 2000, 63% das demais tem dez ou mais anos de trabalho no mesmo local;

¹⁸ A referência aos sujeitos deste estudo será feita no feminino, uma vez que, todas as integrantes das ESF do CSSJ são mulheres.

um fato pouco comum na Rede Básica, principalmente depois da implantação do PSF.

3.5 O desenvolvimento da pesquisa

O trabalho de campo foi realizado após aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética da UFMG e pelo Comitê de Ética da Prefeitura de Belo Horizonte, atendendo às determinações da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996b) e à solicitação da Secretaria Municipal de Saúde (Anexos A e B). É importante notar que uma das determinações do Comitê de Ética da Prefeitura é que o(s) Centro(s) de Saúde envolvido(s) deveria(m) estar, a priori, de acordo com a realização da pesquisa, bem como o Projeto ter a aprovação do Coordenador Geral do Distrito Sanitário ao qual pertence(m) o(s) Centro(s) de Saúde. Diante da exigência e, desconhecendo as reais condições dos campos possíveis para a coleta de dados, optamos por obter a aprovação de quatro Centros de Saúde, garantindo assim, a consecução do trabalho, caso houvesse alguma dificuldade com o campo escolhido.

A coleta de dados foi realizada em dois períodos distintos: o primeiro de 12/06/2006 a 26/07/2006 e o segundo período de 19/03/2007 a 14/05/2007, justificando-se essa distância entre um e outro, num primeiro momento, pela necessidade de elaboração do material para o Exame de Qualificação e sua realização e, posteriormente, devido às condições de saúde da pesquisadora que impediram a continuidade do trabalho.

Inicialmente, após aprovação da gerente, e tecidos todos os esclarecimentos sobre a pesquisa, seus objetivos e metodologia em cada uma das reuniões das três ESF, obtivemos o consentimento unânime dos seus integrantes para sua realização.

As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade de cada profissional, dentro do horário de trabalho e realizadas em lugar privativo, após novas orientações e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice A). Foram realizadas dezenove entrevistas, todas elas gravadas após autorização dos sujeitos, seguindo-se um roteiro de perguntas semi-estruturadas

(Apêndice B). As transcrições foram feitas, na íntegra, pela pesquisadora, eliminando apenas as repetições e introduzindo pontuação.

As observações de campo aconteceram nos períodos acima descritos, por vezes, alternando-se os momentos de entrevistas e de observação. Foi necessário um tempo de adaptação e de conhecimento da pesquisadora pelas trabalhadoras, para que se descolasse a idéia inerente de 'fiscalização' do trabalho e as observações ocorressem de forma descontraída.

Utilizou-se o Diário de Campo para anotação de todos os fatos e ocorrências durante as observações. Foram elaborados vinte e sete diários, a maioria deles com observações realizadas nos dois períodos, manhã e tarde, como exemplificado no Diário de Observação das atividades desenvolvidas na Farmácia (Apêndice C). As observações que implicaram na presença do usuário, este foi orientado sobre a realização da pesquisa no Centro de Saúde e consultado sobre a permanência ou não da pesquisadora durante o procedimento, sendo-lhe dada total liberdade de escolha; todos aceitaram.

Como enfermeira, inicialmente, foi difícil manter o papel de pesquisadora e buscar desnaturalizar as rotinas e conhecimentos já impregnados, além de me conter para não intervir, sugerir e agir impulsivamente, principalmente nos dias de maior acúmulo de trabalho. Por vezes, não tive como me abster de algum tipo de participação no processo assistencial, sem que isso interferisse na pesquisa.

Durante minha permanência no campo, parte dos dados foi coletada em momentos de descontração, durante o 'cafezinho' quando, em conversa informal, muitos detalhes que não puderam ser investigados durante a atividade, na presença do usuário, foram explicitados de forma mais livre, longe da situação de cuidado.

3.6 A análise dos dados

A análise dos dados foi realizada através de uma abordagem dialética. Segundo Minayo (1998), essa proposta de interpretação descortina o conteúdo antagônico da realidade, contextualizado social e historicamente e, ainda, permite ao observador estar dentro do processo de pesquisa, nunca de forma contemplativa. É

um caminho que conduz à teorização sobre os dados e à conseqüente construção de novos conhecimentos.

Para proceder à análise, de posse do rico material coletado nas entrevistas e das observações de campo, foram seguidos os passos indicados pela autora: ordenação, classificação e análise final. A interpretação dialética em seu momento interpretativo é o encontro entre os dados empíricos e a base teórica que o sustenta, em um movimento de ir vir, construindo uma nova visão do pensamento já tido como verdadeiro e superando seus limites.

As formas de categorização basearam-se nos critérios de recorrência dos temas, extraídos das verbalizações dos próprios trabalhadores. Vale notar que as categorias são recortes que nos auxiliam na análise, mas que podem nos limitar a visão, porque a atividade de trabalho não tem fronteiras. Assim, fica o alerta no sentido de que ter identificado determinado número de elementos ou características comuns a diferentes situações para efetuar uma generalização, não significa que esta é a verdade, mas a representação possível para a pesquisadora nesse processo de abstração.

Nos capítulos subseqüentes, serão apresentados os resultados. O sentido desvelado pelos sujeitos do estudo não é universal, não é atemporal, não é convencional e não é necessariamente expresso em sua totalidade. Desse modo, por meio dos depoimentos dos integrantes das Equipes de Saúde da Família e das observações realizadas, foi possível conhecer algumas formas de produção de saberes e como estes circulam no cotidiano, expresso no microuniverso de trabalho do Centro de Saúde São João.

CAPÍTULO 4

O CONTEXTO DO ESTUDO E O TRABALHO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

Hoje até agradeço a Deus, porque como outro dia ouvi que o trabalho da gente é como um jardim, que tem que ser regado todos os dias, então eu levanto e falo: - “Meu Deus eu tenho que trabalhar e você vai me ajudar, pra eu fazer tudo direito, pedindo tolerância e coragem, porque é daqui que eu tiro o meu “ganhame” - como diz meu pai. E hoje (...) está sendo mais gratificante, hoje sim. (Auxiliar de enfermagem – Sandra)

4.1 Características gerais do trabalho no Centro de Saúde estudado

O Centro de Saúde estudado – CSSJ - pertence ao Distrito Sanitário Oeste, possui uma área de abrangência de 22 Km, com uma população de 17.000 mil habitantes. A população do Centro de Saúde que tem cobertura do PSF é de aproximadamente 55%, sendo que os outros 45% não têm cobertura, porque são de áreas de baixo risco, cujos habitantes vão formar parte da demanda espontânea - que também procuram o atendimento do Centro de Saúde em diferentes situações.

Para atender à necessidade de saúde dessa população, o CSSJ conta com o seguinte quadro de pessoal:

QUADRO 2

Trabalhadores do CSSJ de acordo com o sexo, jun. 2006

Função	Fem.	Mas.	Total
Agente Comunitário de Saúde	12	0	12
Assistente Social	1	0	1
Auxiliar Administrativo	1	0	1
Auxiliar de Enfermagem	8	0	8
Dentista	1	1	2
Enfermeiro	4	0	4
Estagiário Informática	1	1	2
Gerente	1	0	1
Médico PSF	2	1	3
Médico de Apoio	4	0	4
Porteiro	0	2	2
Psicólogo	2	0	2
Servente	1	0	1
TOTAL	39	5	44

Fonte: Centro de Saúde São João, 2006

Como se pode verificar, há uma visível predominância do sexo feminino na distribuição dos trabalhadores do CSSJ, uma realidade que se assemelha aos demais serviços da área da saúde.

O Centro de Saúde funciona de segunda a sexta-feira, das 7 às 19 h. Visando atender à demanda, foram formadas três Equipes de Saúde da Família completas: Equipe 1, 2 e 3, como são chamadas, compostas, cada uma, por uma médica generalista, uma enfermeira, duas auxiliares de enfermagem e 5 ou 6 ACS (em duas das equipes está faltando um ACS), com uma jornada de trabalho de 40 h semanais. O serviço conta com mais quatro médicas que dão suporte ao atendimento do PSF: uma médica generalista, uma ginecologista, uma pediatra e uma psiquiatra, chamadas 'médicas de apoio', com contratos de 20 h semanais e mais uma enfermeira para cobrir o horário de 15 às 19 h.

As características da população atendida pelas ESF variam, de modo que, a Equipe 1 possui maior número de famílias, com um trabalho considerado mais 'pesado' em relação a quantidade e qualidade do atendimento, pois abrange as micro-áreas onde as condições de vida de seus moradores são mais precárias e consideradas de elevado risco. Somente uma pequena parte é de médio risco, o que leva a quase totalidade de sua população a ser dependente apenas dos serviços públicos de saúde.

A Equipe 2 também atende uma demanda significativa, porém menor que a da Equipe 1; sua área abrange elevado e médio risco em proporções semelhantes. Já a Equipe 3 é responsável pela população de uma área de médio e baixo risco e tem uma demanda de trabalho considerada 'mais leve' em relação às outras, pois embora sua população seja extensa, o número de famílias Sus-dependente é bem menor. Também o perfil de morbi-mortalidade¹⁹ dos usuários da Equipe 3 difere dos demais, por se tratar de indivíduos, de modo geral, em melhores condições de vida e moradia.

É importante notar que, durante o período de realização da pesquisa, a gerência discutia junto à Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA), as formas viáveis para uma divisão mais igualitária dos territórios de abrangência, propondo passar algumas micro-áreas da Equipe 1 para a responsabilidade da Equipe 3, o que se concretizou ao final da coleta de dados.

As ESF organizam seus trabalhos atendendo às normas gerais estabelecidas pela SMSA, a partir das proposições do PSF. Assim, no CSSJ, pela manhã, as enfermeiras das três equipes realizam o acolhimento²⁰ e, mediante a escuta da demanda trazida pelo usuário, definem o encaminhamento a ser dado de acordo com a avaliação do caso, conforme mostra a figura 3, de um fluxograma do atendimento - que é a reprodução de um cartaz grande, afixado na parede da recepção do CSSJ:

¹⁹ Em epidemiologia morbidade é a taxa de portadores de determinada doença em relação aos indivíduos sãos, mortalidade é a taxa de óbitos em relação ao número de habitantes de uma população, em determinado local e período. (BEAGLEHOLE, R. *et al. Epidemiologia básica*. 2. São Paulo: Santos, 2003.)

²⁰ Acolhimento é uma forma de organizar os serviços, de modo a possibilitar a escuta das demandas de todos os usuários que chegam ao CS e dar as respostas adequadas às suas necessidades. Mais detalhes ver: MATUMOTO, S. *Acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção*. Ribeirão Preto: EERP/USP, 1998. 216 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).

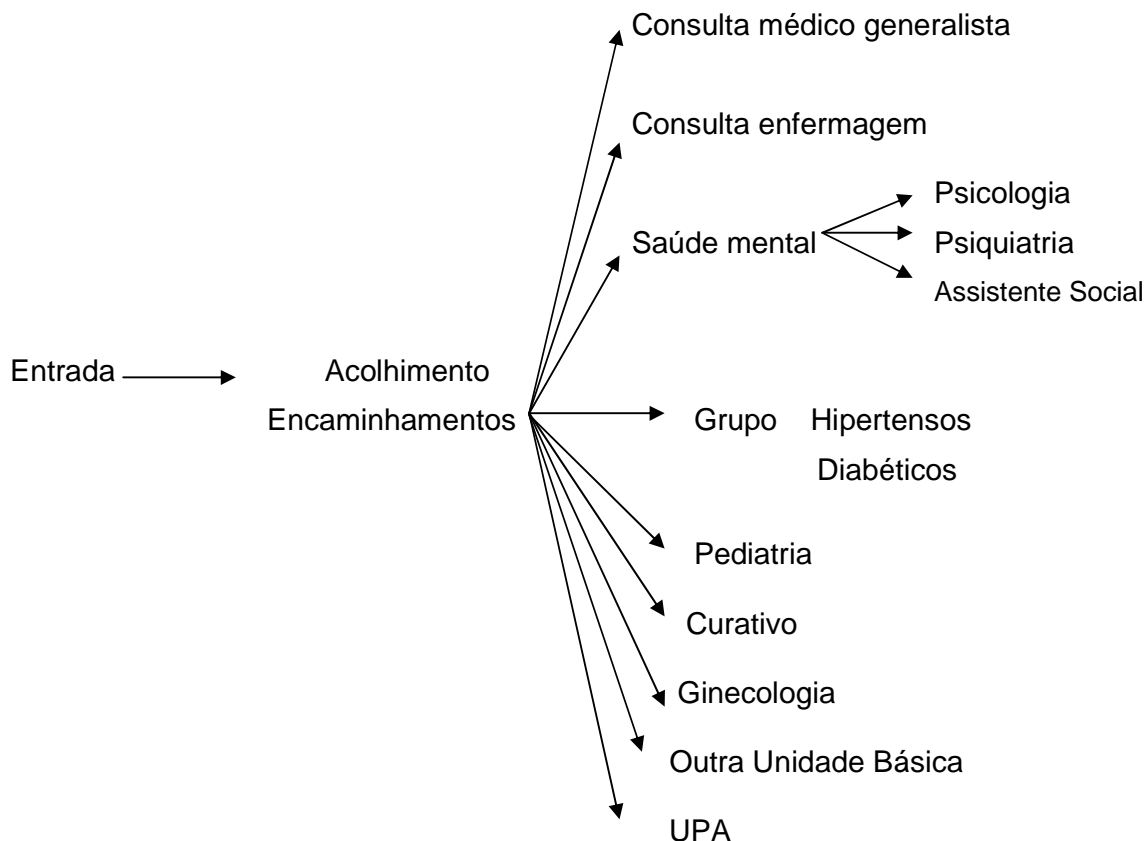


FIGURA 3 - Fluxograma do atendimento dos usuários no CSSJ

Fonte: Centro de Saúde São João, 2006

As atividades desenvolvidas na parte da tarde pelos membros das equipes são planejadas de acordo com o perfil da população e as necessidades específicas apresentadas pelos usuários. Neste período, são realizados os grupos operativos, consultas de pré-natal, consultas agendadas (incluindo retornos e puericultura), visitas domiciliares, reunião da equipe, dentre outras.

A marcação de consultas e exames especializados é feita pela auxiliar administrativa, mediante solicitação médica. Após a marcação, as consultas ou exames são comunicados aos usuários por telefone ou pessoalmente pelo ACS da equipe à qual pertencem. Essas consultas consistem num dos maiores nós críticos do Programa, como será descrito adiante.

O atendimento odontológico é agendado diretamente na recepção, contudo, os usuários encaminhados pela médica ou enfermeira da equipe têm prioridade para a avaliação. O serviço de psicologia e o atendimento psiquiátrico são agendados somente com encaminhamento da médica da equipe. O serviço de zoonose cumpre com as determinações da vigilância sanitária, seguindo as orientações do Distrito.

Boa parte dos cuidados prestados à população do Centro de Saúde é da responsabilidade das auxiliares de enfermagem que realizam a vacinação de crianças e adultos e as campanhas, de acordo com calendário vacinal estabelecido pelo Ministério da Saúde; aferição da pressão arterial; curativos e outros. A administração de medicamentos é realizada mediante prescrição médica e em alguns casos, da enfermeira.

A dispensação de medicamentos e a recepção do Centro de Saúde, embora sejam atribuições das auxiliares de enfermagem, têm sido consideradas por muitos como um desvio de função, existindo, já há algum tempo, a solicitação de um farmacêutico para responder pela farmácia e de um auxiliar administrativo para a recepção. Contudo, sabemos que não se trata de uma resolução a curto ou médio prazo, pois envolve múltiplos fatores, inclusive a mudança do quadro de pessoal da SMSA, o que não é algo fácil no âmbito dos serviços públicos. Vale notar, ainda, que as auxiliares de enfermagem são, também, responsáveis pela manutenção da infraestrutura de atendimento do Centro de Saúde, como a organização dos prontuários, dos ambientes de atendimento; limpeza, acondicionamento e encaminhamento do instrumental para a esterilização, dentre outros.

Já o ACS permanece quase todo período fora do Centro de Saúde, cumprindo com a lista de visitas pré-estabelecidas ou definidas, na semana, pela equipe. Ele verifica as condições de saúde e as intercorrências junto às famílias de sua área de abrangência. Os usuários são orientados quanto aos serviços oferecidos pelo Centro de Saúde. Essa forma de atendimento, por meio desses contatos, é, portanto, o elo entre a comunidade e o serviço.

A organização das atividades que acontecem diariamente no CSSJ, sua dinâmica, a comunicação entre os diversos profissionais na forma de palavra, gestos ou olhares configura, na prática, uma sincronia no trabalho. Em diferentes situações,

um trabalhador aqui, outro lá, recorre ao auxílio do colega para uma informação ou uma opinião para a tomada de decisão. O ritmo frenético do trabalho, em uma manhã, no CSSJ, pode ser acompanhado por meio do Diário de observação do trabalho na recepção do dia 21/07/2006 (Apêndice D).

Esse relato nos reporta à descrição de Cunha (2006b, p. 13) sobre a temporalidade ergológica nas situações de aprendizagens:

O tempo da tarefa prescrita esquadrinha os gestos individuais e coletivos e demanda ajustamentos permanentes entre tempos profissionais e privados. No fluir do tempo esquadrinhado da tarefa, muitas equipes de trabalho constroem, através da sincronia e coordenação de seus gestos, códigos e regras do viver junto, formas de partilhar aprendizagens e valores em comum no trabalho, de transmitir saberes. Sem esse tempo carregado de aprendizagens em comum, de partilhas, de freqüentação mútua no esquadrinhamento do tempo a ser compartilhado, não pode haver trabalho cooperativo.

Como pesquisadora e trabalhadora da área da saúde, consigo acompanhar e mesmo compreender toda demanda e atenção que se processa nesse espaço, como algo já naturalizado. Contudo, buscando um afastamento dessa posição, verifico a grandeza de atitudes e a diversidade de sentimentos que afloram em diferentes situações. Confirma-se assim, que a disposição para a cooperação é muito pessoal, não tem como ser pensada a priori, pois é gerada nos campos da ética e da confiança mútua (CLOT, 2006).

4.2 A implantação do PSF: dificuldades e possibilidades de aquisição de saber

Segundo um dos princípios do PSF, o *Caráter Substitutivo*, o novo modelo de saúde deve substituir o antigo e tradicionalista, aproveitando as unidades de saúde já existentes; novos serviços serão criados, somente nos locais onde estes não existam (BRASIL, 2001a). Assim, é essencial para toda a discussão que se segue, esclarecer que boa parte das dificuldades enfrentadas na implantação do PSF nas grandes cidades, deveu-se a este fator: a reorganização do trabalho, a

partir de uma nova lógica de atendimento em um serviço cujo processo de trabalho já estava instituído sob diferentes aspectos, principalmente no que diz respeito à concepção do modelo de atenção.

Isso ocorreu, de modo geral, em todos os Centros de Saúde de Belo Horizonte, como mostra a fala de uma das auxiliares de enfermagem:

Então, eu falo assim, que se construiu numa casa que estava precisando de uma reforma e construiu por cima, em vez de estar consertando a base, pra poder estar montando uma coisa nova. Porque todos os furos que tinha no modelo antigo não foram sanados e vem com uma coisa nova, sobre as falhas. Então a gente fica segurando pontas...(AE Ana)

Mas não adianta enfermeira nova vir pra cá pensando que aqui é PSF a cidade 'Campo Negro', não. Porque em Campo Negro, por exemplo, eu tenho uma colega que agora está lá, eles vão realmente às casas, vão ali avaliar a necessidade da pessoa. Lá é só o PSF, não há atividade do CS, não foram colocados dentro do CS. (E Cleide)

Já nas cidades cujos serviços da rede primária estavam menos organizados, foram criadas Unidades Básicas da Família, ou seja, unidades de referência para os integrantes do PSF que iniciavam juntos um novo trabalho, com uma nova concepção de atenção à saúde; uma construção coletiva entre os trabalhadores do PSF, acompanhado *par e passo* pela população que ganhava um novo serviço. Pode-se deduzir, então, os sentimentos de empatia, satisfação e reconhecimento envolvidos nesse processo.

Assim, a organização do trabalho no CSSJ, desde sua criação em 1982, foi, como em toda Rede Básica, pautada em um modelo assistencial médico hegemônico, com a estruturação de atendimentos e rotinas próprias, que, a partir da implantação do PSF, deveriam ser mudadas:

O Centro de Saúde era medicina curativa só, vacina era quase zero. Com o tempo as filas foram aumentando e a gente distribuía fichas para as consultas do dia, por isso era um tal do povo madrugar na porta do Centro de Saúde... (E Cleide)

Antes a gente trabalhava com número de vagas: era vaga pra ginecologia, pra pediatria, pro clínico e quando acabava, só vindo

no outro dia bem cedo. Tinha o curativo, vacina, farmácia - menos complexa que atualmente. Tinha aquilo e nada mais... Nada mudava. (G Janete)

A implantação do PSF, em Belo Horizonte, foi norteada pela SMSA e um dos seus assistentes esteve nos CS apresentando a proposta, buscando a adesão dos trabalhadores. Em cada caso, o processo de implantação, a aceitação e a organização do trabalho ocorreram de forma diferenciada, atendendo à realidade local e às políticas internas da unidade.

No CSSJ, após várias reuniões de sensibilização e discussão sobre o novo modelo, a maioria das profissionais aderiu à proposta. A princípio, foi criado um Colegiado Gestor (composto por um profissional representante de cada Equipe e um representante de cada categoria profissional) que, juntamente com a gerente, organizou o processo de implantação do PSF na Unidade. Segundo a gerente, a participação do Colegiado foi essencial para que as decisões fossem tomadas de comum acordo e as responsabilidades divididas.

Vale ressaltar também que, de modo geral, as trabalhadoras foram pegadas de surpresa pela nova proposta, não participaram da sua construção e desconheciam as condutas da SMSA. Por isso sentiam que o Programa 'caia de pára-quedas' sobre elas:

A primeira mudança foi com o PACS (...) E nem se falava de PSF. Muito depois se começou a falar de PSF e as equipes começaram a ser montadas com eles, pelas áreas de moradia. Essa coisa caiu de pára-quedas, não se tinha idéia de como ia ser! (E Mara)

E a mudança no CSSJ começou a partir de uma proposta de trabalho a ser realizado na dispersão do Módulo "Trabalho em equipe", solicitado às primeiras equipes que participavam do Curso de Especialização em Saúde da Família:

O nosso trabalho de equipe começou com os hipertensos, pela exigência do Curso, daquele protocolo que a gente tinha que fazer e discutir depois de uns meses e nosso problema maior era hipertensos. Na nossa equipe começamos organizando esses pacientes. (E Mara)

Assim, em fevereiro de 2002, as trabalhadoras da Equipe 1 começaram a atender os usuários de acordo com a sua área de abrangência; em março foi montada a Equipe 2, e a Equipe 3 em abril do mesmo ano. Esse processo de reorganização do trabalho, conforme todas as profissionais que o vivenciaram, ocorreu de forma muito tumultuada porque ninguém sabia, ao certo, o que fazer e como mudar; todos enfrentavam muitas dúvidas:

Iniciamos a implantação em fevereiro de 2002. O começo foi como “pegar o boi pelo chifre” porque ninguém sabia direito o que fazer. (G Janete)

Nessa época a gente reunia muuuuuuito, não se sabia como iniciar esse trabalho em equipe porque todos os médicos tinham a sua especialidade e nós, as nossas atividades.... Como ia ser o atendimento? Ninguém sabia! (E Mara)

A Estratégia de Saúde da Família propôs uma mudança radical na forma de atenção ao usuário, principalmente quanto ao atendimento do médico, que passou a ser generalista, bem como pelo vínculo com a clientela e, mesmo, o caráter multidisciplinar do trabalho. O trabalho em equipe cria uma referência entre profissionais e usuários, pois gera mecanismos de aproximação e de comprometimento entre ambos, diminuindo a distância entre o trabalhador e a comunidade. Além disso, permite melhor acompanhamento do processo saúde-doença e intervenção de cada usuário (CAMPOS, 1999).

Duas das médicas entrevistadas, que iniciaram a implantação do PSF no CSSJ, enfatizaram que esse período foi de grande aprendizagem, exatamente pela mudança de perfil do usuário a ser atendido. Uma delas era ginecologista, atendia apenas a mulheres e a outra clínica-geral, só atendia adultos. Ambas passaram a atender homens, mulheres, crianças, adolescentes e idosos, em cada uma das suas peculiaridades relativas ao processo saúde-doença:

O trabalho é uma fonte de aquisição de conhecimento com certeza, porque quem estuda aprende, mas nem sempre aprende a fazer - porque quando vai atender o paciente é diferente. (...) Hoje em dia eu me comparo com o meu trabalho no início do PSF e nem se compara àquele stress, porque hoje já tenho tranquilidade, não que eu saiba tudo, mas aprendi de tudo e foi

tudo aqui no trabalho. No início não atendia pediatria, sempre solicitava ajuda, hoje atendi todos os casos da minha equipe e da outra, que a médica está de férias, porque a pediatra não pode vir. (M Marta)

Como generalista não via pediatria desde que me formei e tive que atender pediatria, então tinha que discutir com a pediatra, atender ginecologia e discutir com a ginecologista e vice-versa, acho que é uma troca de saber muito positiva. Fomos aprendendo junto, na época com estresse porque a responsabilidade é grande. Nunca deixei nenhum paciente sair se eu não estivesse certa e pra isso, a troca com as colegas era muito grande. (M Célia)

Verifica-se que, embora cada profissional mantenha a identidade dos núcleos de conhecimento formalizado, a relação de saberes no trabalho diário ultrapassa esses limites, permitindo que as profissionais busquem, em outros, o apoio necessário para a complementação de sua competência teórica ou prática:

O trabalho no PSF contribui muito, porque entre nós a confiança é muito grande, principalmente entre mim e a enfermeira, com a contribuição de todos, mas entre nós o contato é muito direto. Apreendi muito com ela, principalmente na pediatria. (M Marta)

Contudo, profissionais e população foram pegos de surpresa e a mudança, no primeiro momento, gerou muitas dúvidas e incertezas quanto à eficácia da proposta e mesmo quanto à viabilidade de sua implantação:

Na verdade pouca coisa mudou nesse tempo, porque a gente não sabia direito o que tinha que fazer, qual era a proposta. (E Cleide)

Pra nós parecia que nada ia mudar porque a gente tinha a rotina do Centro de Saúde pra cumprir. O que mudou foi a bagunça. Nossa! o que aumentou de gente procurando o Centro de Saúde e a confusão de quem não queria mudar de médico, as reclamações todo dia, toda hora... (AE Ana)

Aquelas que aderiram ao PSF tiveram um acréscimo em seus salários, proporcional a cada categoria, para uma jornada de trabalho de 40 h semanais. A maioria das entrevistadas afirmou que esse aumento foi, sem dúvida, um dos grandes motivadores da adesão:

Eu já falei pra gerente, estou presa por causa do dinheiro (...)
Acho que todo mundo está pelo dinheiro. (AE Diva)

Eu aderi, primeiro, por causa do salário e quem falar que não foi
por isso, está mentindo. (E Cleide)

Vim [para o PSF] por causa da minha facilidade com a
comunidade (...) Eu tenho facilidade de me aproximar deles,
porque eu gosto de me colocar no lugar da pessoa. Outro motivo
foi o salário que aumentava. (AE Nilma)

Como apontou a fala da auxiliar de enfermagem, outros fatores também foram determinantes para a adesão de muitos ao PSF, como o desejo, a sedução em poder participar do desenvolvimento de um novo trabalho, a motivação pela nova forma de organização do trabalho. Uma das médicas citou, também, a possibilidade de participar de um curso de especialização no horário do serviço como um fator motivador:

Desde o início, em 2002 estou no PSF porque eu acreditava que o novo processo de trabalho ia trazer benefícios, que ia ser um trabalho mais gratificante e que a gente podia estar trabalhando mais a promoção, eu ia poder ficar num só serviço e além disso, me interessava pelo Curso de Especialização da UFMG. (M Célia)

Antes (...) nada mudava. Por isso eu aderi de pronto ao PSF. E por isso eu, como gestora, pude estar sensibilizando a equipe, motivando a equipe... Entrei de cabeça mesmo. (G Janete)

Nessa direção, Scherer (2006) adverte para o fato de que, em vários estudos sobre o trabalho no PSF, são freqüentes os discursos dos sujeitos sobre a sua importância e a adesão ao Programa, contudo, os pesquisadores verificaram diferenças quanto aos focos e à natureza do comprometimento dos trabalhadores em relação às suas propostas. Os depoimentos das auxiliares de enfermagem deixam claro que alguns profissionais não se comprometeram com a proposta:

Antes eu sentia que servia só “pra carregar a maleta” [do médico], porque o outro que estava aqui era do PSF, mas só no nome. (AE Sandra)

Nas outras equipes não sei como é, mas na minha equipe tem isso: um se interessa mais, outro menos e pra alguns, parece mesmo que nada mudou vai tocando o seu serviço. (AE Ana)

No mesmo período em que se reformulava o atendimento do PSF, ocorreu, também, a implantação do sistema informacional no CSSJ. A informatização do serviço demandou o auxílio de técnicos de informática contratados para essa finalidade, alocados em cada Centro de Saúde que iniciava a implantação. O processo se deu de forma fracionada, por módulos, de maneira que cada programa instalado pôde ser treinado pelas trabalhadoras com a ajuda do técnico, conforme mostram as falas abaixo:

O impacto foi no início da informatização na unidade. Porque aí eles tiveram que ir aprendendo os programas. (G Janete)

E toda a mudança, a capacitação dos médicos, tudo isso junto com a informatização, pensa isso? (E Mara)

A princípio, a implantação do PSF gerou uma forte reação dos usuários, que conheciam pouco sobre as reformas propostas o que se tornou uma barreira a mais ao processo. Havia as cobranças relativas às promessas veiculadas pela mídia, principalmente pela televisão, que propagava a *visita do médico em casa*, gerando assim, grande expectativa nos usuários, seguida de frustração e, em alguns casos, de revolta por não receberem o atendimento propagado. Junte-se a isso a resistência em aceitar as novas determinações do serviço, como a mudança de médico ou mesmo de Centro de Saúde, conforme a área de abrangência, além das trocas de algumas profissionais e alterações na forma dos atendimentos diários, dentre outras:

No início mudou o usuário – porque cada equipe começou a atender somente aqueles que moravam na sua área de abrangência. Isso deu uma confusão terríiiiiiiiiível, porque você imagina, tinha gente que era atendida pela Dra. Marta desde criança e agora tinha que mudar pra Dra. Célia e não queria, mas precisava! (...) Você imagina ter que explicar tudo isso, todo dia e ainda receber reclamações como se a culpa fosse sua! (E Cleide)

As situações de conflito eram diárias e, de modo geral, atingiam as trabalhadoras - tanto mais quanto menor a posição ocupada na escala hierárquica:

Até que eles [usuários] aceitassem, foi noooooosa! Custou! Porque a gente explicava que o CS estava dividido por endereço e como ia ser o atendimento, mas eles questionavam que não iam mudar, que o CS pra eles era longe, que iam continuar indo naquele que estavam acostumados. Outros diziam: - Como vai mudar de médico se consulto com esse tem anos e anos? ... (ACS Vilma)

A população não foi preparada para o PSF, tem gente que até hoje não sabe o que é o PSF, nem quem tem o 3º grau (...) Eu peguei outro dia um usuário que ficou discutindo comigo sobre Gestão Plena e não sabia o que era PSF. (E Cleide)

O cenário do período de implantação, de acordo com os relatos dos sujeitos, mostrava-se confuso a todos os envolvidos, tanto para as trabalhadoras quanto para os usuários, num ambiente organizacional propício a conflitos, o que demandou um processo de negociação permanente. Nesse sentido, é pertinente discutir alguns dos entraves principais para a reorganização do trabalho e conseqüentemente para as relações de saberes entre as profissionais.

4.3 Condições e organização do trabalho: relação sofrimento e prazer no cotidiano do PSF

Uma das dimensões do trabalho diz respeito à intensidade, que se refere ao consumo de energias pessoais e grupais na realização do trabalho, e que se expressa como sendo o esforço despendido pelos trabalhadores em seu cotidiano. Todo trabalho é realizado segundo certo grau de intensidade e o trabalhador pode gastar mais ou menos suas energias, conforme a organização do trabalho. A intensificação do trabalho foi descrita por Marx (1985) como um fenômeno marcante do capitalismo: um trabalho menos recortado por paradas, interrupções, tempos de descanso, intervalos de qualquer ordem, de maneira que, quanto mais intenso é o trabalho, mais energias são consumidas e mais resultados são produzidos. É o que podemos conferir no depoimento de uma das médicas:

Teve esse aumento da demanda e até o próprio perfil do usuário que hoje está mais exigente... Eu me lembro que antes eu tinha tempo de folga, depois de atender, pra ler, pra ver melhor um caso, telefonar, até pra conversar! (risos). Hoje não tenho tempo pra mais nada! (M Marta)

Nesse sentido, o aumento da demanda de usuários que buscam por atendimento no CSSJ, a partir do PSF, foi e continua sendo um dos principais fatores de intensificação do trabalho, citado por todas as trabalhadoras entrevistadas:

E a demanda enooooorme. A demanda aumentou desde o acolhimento, mas aumentou demais. A maior dificuldade foi essa, de uma demanda muuuito elevada. (E Laura)

O serviço triplicou. Pro médico continuou a mesma coisa, atendiam 12 consultas, continuam as 12, uma ou outra a mais, mas pro auxiliar e pra enfermeira aumentou muito. (AE Elisa)

Noooooosso Deus, depois com o PSF isso aqui virou uma loucura, é gente entrando por tudo quanto é lado e a gente correndo atrás. (risos) (ACS Vilma)

Com a divulgação do novo modelo de atenção, pela mídia, e mesmo com as visitas domiciliares realizadas pelas ACS, aumentou a procura da população pelo Centro de Saúde, exigindo das trabalhadoras um empenho maior, tanto físico quanto intelectual. O atendimento foi ampliado, contudo, o acréscimo de profissionais para atender a essa demanda foi mínimo. No caso do CSSJ, apenas um médico e uma enfermeira foram contratados para compor a terceira ESF, nenhum outro profissional:

Um problema que vejo é que ampliou o horário de atendimento no CS e não aumentou os recursos humanos. Outro é não ter tempo pra parar (...) Você veja que a PBH estendeu o horário de atendimento do Centro de Saúde para 12 h sem contratar mais pessoal. A gente fez o que pode, remanejamos os horários de uns e de outros, conforme a possibilidade, mas mesmo assim fica desfalcado. (E Cleide)

Observamos um desgaste também psíquico, diante das mudanças no processo de trabalho e de suas novas exigências. Além disso, as reclamações dos

usuários, principalmente as relativas à espera prolongada pelo atendimento, geravam uma situação de grande estresse para as trabalhadoras que não se desligavam da imagem 'da fila que vai crescendo lá fora':

O acolhimento leva a um atendimento muito rápido porque a fila está grande, você não tem tempo. E quando tem um dia como hoje, que tinha menos paciente, a gente está tão acostumada a andar rápido, que acaba até mais cedo. Fiz como todo dia. E também a gente fica aqui com a preocupação do usuário reclamar do nosso serviço e o que ele mais reclama é da espera. Então, às vezes a gente atende rápido pra desocupar o usuário, porque a fila vai crescendo lá fora. (E Mara)

E por fim o grande problema do PSF e que assusta todos os médicos é essa demanda do acolhimento, porque você tem que atender os pacientes. (M Regina)

Porque tem aquela cobrança do trabalho do PSF lá fora e com a demanda aqui, a fila que não acaba, a gente não tem como atender as 2 coisas (...) Agora, além de aumentar a demanda, aumentou o número de atividades. (AE Diva)

Segundo Campos (1997), a intensificação do trabalho na saúde suscita uma questão social e moral, pois não se trata apenas de formas distintas de exploração da mão-de-obra humana, mas de como esse trabalho, que se propõe resolutivo, oferece ou não condições de ser conduzido para esse objetivo. Assim, verifica-se que, em muitos casos, a busca por atender aos usuários e suas necessidades gera um desgaste de energias muito maior.

Outra dificuldade relatada pelas trabalhadoras diz respeito aos medicamentos, por um lado devido à inadequação de alguns fármacos padronizados em detrimento de outros mais específicos e por outro lado, pela falta de alguns remédios mais usados pelos usuários.

No primeiro caso, alguns medicamentos padronizados pela SMSA já não são, para certos tratamentos, os indicados como de primeira escolha, representando um obstáculo para uma terapêutica mais apropriada e, conseqüentemente para um melhor resultado. O uso de um leque restrito de opções significa também, para algumas profissionais, uma limitação na aquisição de novos saberes, ao se verem

impossibilitadas de fazer uso de outros fármacos, conhecê-los e testar seus efeitos, como aponta o depoimento de uma das médicas:

E digo mais, na verdade o médico começa a ficar tão acostumado com as coisas do PSF que ele aprende a passar Bactrim pra Infecção Urinária, então, não sabe que a Norfloxacin é mais adequada, ele perde esse conhecimento. É uma coisa que eu falo muito, eu não conseguiria ficar só no PSF porque eu emburreceria. Eu preciso estar no PSF, mas eu preciso estar fazendo um curso, porque senão eu fico só no Bactrim. Se eu ficar limitada à farmácia do PSF eu vou ser uma médica limitada. Porque o aprendizado com o medicamento depende das reações que você observa no paciente. Se você não utiliza dos outros remédios, você deixa de conhecer, você perde esse saber. (M Regina)

Quanto à falta de medicamentos, que ocorre com frequência nos Centros de Saúde, é importante lembrar que estes são imprescindíveis para os tratamentos e que, de modo geral, a maioria dos usuários não tem condições para comprá-los. Por este motivo têm sido foco de grande preocupação por parte de algumas trabalhadoras, principalmente das ACS, que são frequentemente cobradas, inclusive em suas casas:

No caminho de uma visita, somos abordadas por uma Sra. que pergunta se o Captopril já chegou. A ACS responde: - “Chegou e a Sra. vai logo lá pegar, porque veio pouco e já deve estar acabando.”

E voltando-se para mim diz: - Isso é todo dia e toda hora, na rua, no CS e em casa. O povo não tem como comprar e fica mesmo esperando. (ACS Edna - DC Visita domiciliar 23/03/2007)

As unidades da Rede Básica oferecem uma atenção primária à saúde e, não raro, dependem de outros atendimentos e exames especializados para uma certificação diagnóstica ou mesmo para a continuidade do tratamento ao usuário. Contudo, constatamos que os serviços especializados constituem-se em um ‘grande nó’ da atenção básica - como têm sido considerados.

Em diferentes momentos da pesquisa, as trabalhadoras referiram-se a essa dificuldade:

...Então, se a pessoa precisa de uma consulta especializada, isso agarra. Eu falo que é um funil, você ter uma porta de entrada

muito ampla e você não consegue dar vazão... Você sabe que precisa de um especialista e sabe que não tem, o especialista demora, enquanto isso, você fica atada! Eu já perdi paciente na fila da cardiologia. E como fica isso? Então você tem que brigar pra conseguir uma vaga, você tem que pedir pelo amor de Deus pro Distrito, então pra mim esse é o grande nó do PSF, o grande problema. (M Regina)

A médica se mostra visivelmente incomodada com os entraves e a demora no agendamento da consulta especializada, da qual depende para continuar o tratamento. A profissional, sem ter como 'dar vazão', fica na condição de expectante, 'atada ao nó' da estrutura organizacional do SUS. Sentindo-se responsável pelo paciente, mobiliza-se para 'conseguir uma vaga' e dar conta de uma situação que não caberia a ela resolver. Trata-se de um problema crônico da gestão da saúde, que afeta também as demais trabalhadoras.

Nessa direção, assinalamos que a atual política de saúde coloca a regulação da atenção especializada como o foco de resolução urgente para todos os níveis de gestão, exigindo, para isso, diferentes articulações com outros setores e níveis do governo, mudanças na gestão do financiamento, bem como a participação direta das gerências distritais e locais (BRASIL, 2006b; BELO HORIZONTE, 2006a).

Verificamos, assim, que o desgaste da trabalhadora pode se dar por razões diversas. Nessa perspectiva, devemos destacar que, mediante as observações realizadas durante a coleta de dados e pelos depoimentos colhidos, constatamos que, embora a organização do trabalho e suas condições afetem de alguma forma a todas as trabalhadoras das ESF, quem se encontra em situação de maior desgaste e com menor capacitação para atuar no novo modelo é a auxiliar de enfermagem.

A maioria dos sujeitos ouvidos reiterou que essa profissional teve o seu trabalho duplicado, assumindo atividades do PSF e mantendo todas as demais tarefas pertinentes ao serviço de enfermagem do Centro de Saúde:

O Auxiliar de enfermagem é usado muito pouco. Ele está muito escalado no CS. E a gente acha ruim, ele também. O Centro de Saúde funciona normal, apesar do trabalho de Equipe. Como agora estou fazendo um trabalho de cobertura vacinal, ele tinha que estar com a gente. Ele fica procurando um tempo, hoje acho que dá, não, não vai dar (...) Ele tem capacidade para dar mais,

estar se desenvolvendo na equipe. E na equipe ele faz falta. (E Mara)

Justificamos, assim, a necessidade de detalhar a análise do trabalho das auxiliares de enfermagem, pois além de tratar-se de um tema pouco explorado no campo da saúde, é determinante para a reorganização do processo de trabalho, para a construção e mobilização de saberes, bem como para a vida e saúde das trabalhadoras.

Inicialmente, cumpre assinalar que, embora alguns autores como Campos (1997) e Cecílio (1999), apostem na perspectiva da construção de processos de trabalho mais horizontais com propostas de gestão participativas, a realidade das auxiliares de enfermagem está muito distante desse discurso, uma vez que permanecem cumprindo ordens. Elas se encontram hierarquicamente, pela Lei do exercício profissional, subordinadas à enfermeira. Com a implantação do PSF, passam a atender às determinações da gerente do Centro de Saúde que organiza o trabalho das ESF e, em algumas situações, devem atender ao coordenador da equipe, de modo geral, o médico ou a enfermeira.

Nesse sentido, no CSSJ não foi observada essa divisão de poder sobre as auxiliares, que têm na pessoa da enfermeira a chefia imediata. Contudo, não podemos deixar de pontuar que, em diferentes locais ela existe e gera conflitos diversos, tornando mais complexas as relações de poder-saber para a profissional.

O trabalho diário da auxiliar de enfermagem é definido por uma escala de serviço, na qual as trabalhadoras são divididas entre os diferentes setores de atuação da enfermagem, num rodízio mensal de atividades: recepção, vacinação, coleta de material para exames, posto de enfermagem, farmácia. Cada um destes setores comporta uma diversidade de tarefas que exige diferentes habilidades técnicas e, atualmente, habilidades com o sistema informacional, para o qual nem todas estão capacitadas. Algumas escalas, portanto, têm sido assumidas somente por aquelas que detêm maior domínio da atividade, o que leva a sua repetição.

Confirmamos, então, tal qual apontado inicialmente neste estudo, que a hierarquização e fragmentação do taylorismo sobrevivem sob as novas formas no atual modelo de atenção no PSF, coexistindo com um discurso voltado para um trabalho integrado e com propostas de aproximação da prescrição e execução.

A intensificação do trabalho da auxiliar de enfermagem pode ser notada pelas demais trabalhadoras. Essa profissional, que tinha uma série de tarefas prescritas e bem definidas, encontra-se agora acumulada de novos afazeres, muitos dos quais se vê impossibilitada de desempenhar, como mostra o depoimento:

A princípio quando a gerente chamou a gente e explicou sobre a proposta, a gente achava – Nossa, vai melhorar, o trabalho vai ser muito melhor! Mas aí a gente viu que o trabalho só aumentou, nós não conseguimos fazer o que deveríamos. A demanda aumentou muito, contrataram médicos, enfermeiras e os ACS, mas nenhum Auxiliar a mais, só remanejaram os horários.... (AE Elisa - DC Recepção 20/07/2006)

A dinâmica de trabalho da auxiliar de enfermagem compreende atividades específicas da profissão tais como: vacinação, cuidados básicos de enfermagem: aferição da pressão arterial, coleta de material para exames, curativos, etc. A partir do PSF algumas atribuições já existentes foram retomadas, como a visita e cuidados domiciliares e outras acrescentadas, como a participação em reuniões, participação de grupos educativos, representação no Colegiado Gestor, entre outras. Algumas atividades são de cunho mais administrativo delegadas, há muito tempo, para essa categoria profissional, como a marcação de consultas diversas, atendimento da recepção, dispensação de medicamentos:

...E agora mudou muito porque a gente faz a função do auxiliar de enfermagem, mas faz muuuuito mais de auxiliar administrativo, muito! A gente escreve muito, não são as anotações de enfermagem, a gente é digitador, é muito burocratizado. A gente trabalha como auxiliar e como administrativo. (AE Ana)

Vale ressaltar que, como assinalado no depoimento anterior, com a implantação do PSF não houve contratação de auxiliares de enfermagem. Verificamos, assim, uma sobrecarga de trabalho apontada por todas as entrevistadas:

No PSF, faço mais é a visita domiciliar, mas com muita dificuldade, porque o auxiliar de enfermagem não deixou de fazer o trabalho do Centro de Saúde, então, a gente fica dividida com os setores e com as atividades do PSF. Quando tem um curativo de acamado, vacina de acamado aí tem que dar um jeito pra ir. (AE Diva)

Acho que, como falei do aumento da demanda, aumentou também o trabalho da auxiliar porque além das tarefas que já tinham agora elas têm que acompanhar a equipe, de saber o que está acontecendo, têm que priorizar o que a equipe está fazendo e tocar a equipe, dar sua opinião, sugestão. (M Célia)

O fato de não estarem cumprindo com as atividades do PSF não acontece de forma tranqüila para a maioria das trabalhadoras, pelo contrário, algumas delas demonstram em suas falas um profundo pesar, por terem acreditado em um novo trabalho do qual não têm conseguido participar ativamente:

Eu fui a 1ª auxiliar de enfermagem a aderir ao PSF, porque acreditava nesta mudança, achava que ia mesmo ser melhor pro trabalho e pro usuário (...). Eu acho que hoje trabalho assim, mais desmotivada, sabe? Porque tem aquela cobrança do trabalho do PSF lá fora e com a demanda do CS a gente não tem como atender as 2 coisas. (AE Diva)

Aqui temos 6 auxiliares de Saúde da família e vejo que eles se esforçam muito pra estar acompanhando isso (...) E eu acho que o auxiliar de enfermagem deveria estar mais liberado pras atividades do PSF (...) Então, acho que está faltando esse tempo - mais ainda pro auxiliar de enfermagem, então acaba que a pessoa vai ficando desmotivada devido a sobrecarga de trabalho. (E Cleide)

A ausência ou distanciamento das auxiliares de enfermagem das atividades do PSF é percebida e denunciada pelos demais integrantes da equipe:

No trabalho do PSF eu não vejo muito a ação das auxiliares de enfermagem (...) O máximo que eles têm participado é das reuniões de equipe e alguns atendimentos a acamados. Temos uma equipe completa, mas eles estão mais ausentes. (E Laura)

Nosso grande problema é que essas auxiliares de enfermagem não estão trabalhando como deveriam no Programa, porque são as mesmas pra tocar o Centro de Saúde. (G Janete)

Nesse sentido, constatamos a dupla face do trabalho que, pelos depoimentos, mostra-se como qualificador e, ao mesmo tempo, desqualificador, quando não oferece condições para seu desenvolvimento. A reorganização capitalista determina novas formas de trabalho que utilizam as diferentes potencialidades do trabalhador, que não apenas sua força bruta, rearticulando

suas potencialidades de modo a ser mais aproveitado: “cada trabalhador pode realizar um maior número de operações, substituir outras e coadjuvá-las (...) aumentando por isso as economias de escala.” (ANTUNES, 2000, p. 45). Como mostra a descrição abaixo:

AE Júlia ficou até 16 h na vacinação e sai para outro setor:

16:15 - vai antes guardar as vacinas, quando chega à recepção já tem 4 pessoas esperando (...) Enquanto faz o cadastro no computador me diz: “- Acho que de um setor pra outro a gente pelo menos devia parar para um cafezinho, pra mudar de canal, você sai da vacina, está com isso na cabeça (...) Eu estou aqui ‘por amor de Deus’ não estou me agüentando em pé e ainda tem todo material pra lavar e ajeitar os consultórios.”

Quando diminui o movimento na recepção, vai fazer a limpeza do material para encaminhar pra esterilização na manhã seguinte. Ela me pede: “- Qualquer coisa você me chama, vou pro outro canal. (sorri) Aqui é assim: a roda gira, não pára.”

(AE Júlia - DC Recepção 20/07/2006)

O processo de produção separa a trabalhadora do produto do seu trabalho. Ela não mais se reconhece nessa produção acelerada: ‘numa roda que gira sem parar’. Não encontra prazer e satisfação no seu trabalho, estando ali ‘por amor de Deus.’

O PSF, ao propor um novo tipo de gestão e um trabalho em equipe vem requerer um envolvimento ‘participativo’ das trabalhadoras, contudo, em função das condições de trabalho vivenciadas pelas auxiliares, parece-nos “uma participação manipuladora que preserva, na essência, as condições do trabalho alienado e estranhado.” (ANTUNES, 2000, p. 52). Essa afirmação é confirmada pelo depoimento:

Achamos que ia mudar, mas mudou foi pra pior, e não é somente aqui (...) Agora neste mês ficou sobrecarregado, a gente não agüenta ficar aqui nem um minuto além do horário do serviço, porque está saturada, quer mesmo ir embora. Eu quero fazer o concurso do Hospital X. Se passar lá, vou mudar pra lá, apesar que adoro o pessoal aqui. (AE Elisa - DC Recepção 20/07/2006)

Nessa perspectiva, Kuenzer (2004, p. 242) contribui dizendo que a natureza não material do trabalho da enfermagem, segundo o modo capitalista,

passa a ocorrer de forma indireta, por mediações capazes de ‘convencer’ a trabalhadora “pela força ou pela persuasão, a ser artífice da própria exploração e, ao mesmo tempo, buscar sua realização pessoal, enquanto articulado a uma utopia.” As auxiliares, em função do benefício salarial oferecido, podem ter sido persuadidas ao novo Programa:

Acho que estou aceitando isso por causa do dinheiro. Não era o que eu queria não (...) Mas tinha que fazer isso. E essa questão, sofro com o trabalho, com a insatisfação. Porque quando entrei foi de cabeça, mas agora, acho que todo mundo está pelo dinheiro. (AE Diva)

Segundo a autora, a profissional, ao vender a força de trabalho para uma instituição tem o seu trabalho determinado em todas as dimensões, recebendo em troca um salário. “Tal como a institucionalização dos serviços de saúde, a tendência à sua mercantilização é cada vez mais presente, diminuindo as possibilidades de intervenção criativa e independente dos profissionais da área.” (KUENZER, 2004, p. 243).

Assim, pudemos observar que uma das escalas mais extenuante e menos criativa para as profissionais tem sido as atividades desenvolvidas na farmácia:

Na farmácia precisa sempre ficar 2 auxiliares de enfermagem o tempo todo, porque a dispensação de medicamentos ficou muito mais complexa com a informatização e o controle que deve ser feito. É um local de conflito, enfrentamentos e stress. (G Janete)

Neste local, diferentes tarefas são realizadas, pois dependem do uso de um só computador, postergando assim, a dispensação de medicamentos e gerando, diariamente, a espera do usuário pelo medicamento. Assim, de 7 às 9:30 h o computador é usado para a identificação dos exames laboratoriais que estão sendo colhidos (na sala de vacina). Somente a partir desse horário começa a entrega dos fármacos.

Cada uma das atividades é realizada por meio de um programa específico do sistema informacional que, nem sempre, responde satisfatoriamente, resultando em tensão e conflito na relação profissional-usuário. O ritmo de trabalho

torna-se 'alucinante', obrigando a auxiliar a usar de si de modo dilatado e, por vezes, negligenciar às próprias necessidades fisiológicas:

AE1 e AE4 concordam que a farmácia é um setor de grande desgaste físico e psíquico:

AE1 – O ritmo de trabalho aqui é “alucinante”, você mal tem como ir ao banheiro porque sabe que toda demora aumenta a fila.

AE4 – Pra mim o pior é que qualquer erro cometido pode ser fatal.

AE1- E nem sempre a gente pode atender do jeito que eles querem (...)

O horário de almoço previsto seria de 12 às 13 h. São 12:45, a AE4 atende a mais um pedido e sai, dizendo: “ – É o tempo de engolir a comida porque até esquentar. Tô indo!

[A partir das 13 h a AE4 está escalada na recepção]
(AE1 Sandra e AE4 Elisa - DC Farmácia 14/07/06)

Segundo Schwartz (1988), com as novas tecnologias - como o uso do computador no cotidiano - a atividade vai exigir do trabalhador um apelo constante à memória imediata, às micro-decisões, à utilização de códigos precisos, o que aumenta a carga de trabalho. Sem desmerecer as facilidades advindas com a informatização, verificamos que esta é, também, em algumas situações, um fator dificultador para o atendimento. Devido às limitações impostas pelos programas, as trabalhadoras encontram-se impedidas de atender a algumas particularidades do usuário – os seres humanos são seres de necessidades e possibilidades - que não têm como serem inscritas nos sistemas:

Uma usuária bem idosa e com problema de saúde sai mancando (devido ferida crônica na perna D) profundamente chateada por não conseguir pegar os medicamentos antes do prazo que o sistema informacional estabelece:

AE Sandra – volta-se para mim, consternada, justificando-se:

- “ Eu sei que pra ela é super difícil vir aqui, você viu a perna dela? Ela também tem problemas em casa, mas a gente não tem como resolver. É, sempre sobra pra gente. (DC Farmácia 14/07/06)

Desse modo, diante das restrições tecnológicas do trabalho, 'sobra' para a trabalhadora uma profunda sensação de 'desalento', um sentimento que expressa a impotência daquela sobre quem recai a culpa e, embora negue

verbalmente essa culpa, demonstra em seu semblante a tristeza por não ter atendido à usuária.

É uma atividade tensa e desgastante, geradora de conflitos diversos, como podemos ver em outro exemplo:

A auxiliar discute com um usuário que insiste em pegar o medicamento com uma receita que já está vencida. A trabalhadora tenta explicar, mas o usuário se altera e sai reclamando. Ela continua seu trabalho, profundamente contrariada e comenta comigo:

AE1 - É sempre assim, é sempre você quem leva! O médico sabe que tem que renovar a receita e não faz, o paciente não quer nem saber... Aí, ele ficou aí na fila e depois não pode pegar o remédio... Mas a culpa não é da gente... Então, é difícil!

AE4 - E isso é todo dia, toda hora, você viu, cada um com a sua razão e a gente aqui, fica se sentindo sem nenhuma.

(AE1 Sandra e AE4 Elisa DC - Farmácia 14/07/2006)

A trabalhadora fica se sentindo 'sem nenhuma razão' porque, por mais que a organização do trabalho seja necessária, nada pode se sobrepor ao sofrimento alheio, às dificuldades de ir e vir do usuário, às suas limitações físicas, psíquicas e sócio-econômicas - que essas profissionais bem conhecem.

Assim, diante das necessidades emergentes em atender às demandas do trabalho, a profissional mobiliza toda sua capacidade inscrita como potencialidade no equipamento biológico para dar conta da situação real. Contudo, não sendo possível definir os próprios ritmos e formas de executar as tarefas personalizando o processo de trabalho, entra em cena o sofrimento psíquico das trabalhadoras.

Alguns autores como Dejours (1992; 1994) e Clot (2006) assinalam que o desenvolvimento dos sujeitos em situação profissional é a sede de numerosos conflitos, a maioria deles constituindo uma série de obstáculos que deixa os trabalhadores diante de dilemas intransponíveis, fontes de sofrimentos desconhecidos ou negados.

Dor e prazer estão presentes no trabalho de todos os trabalhadores, em todas as organizações em maior ou menor grau. Contudo, devemos ressaltar que em nossa investigação, os depoimentos que desvelaram a vivência de sofrimento partiram das auxiliares de enfermagem e das ACS, confirmando assim, a afirmação

de Dejours *et al.* (1994) de que a carga psíquica do trabalhador aumenta na medida em que a liberdade de organização do trabalho diminui, estando essa liberdade diretamente relacionada à posição hierárquica ocupada na instituição.

O PSF propõe um modelo de atenção à saúde compartilhado, com divisão igualitária das responsabilidades, aproximando assim, concepção e execução do trabalho. Contudo, a auxiliar enfrenta maior dificuldade, pois não se sente e não foi preparada para esta aproximação; sempre teve suas atividades prescritas, não tem experiência de trabalho em equipe e mais, quando se dispõe a participar, encontra várias restrições impostas pela organização.

Vale lembrar, ainda, que para o desempenho no novo modelo, as médicas e as enfermeiras foram qualificadas no correr do tempo, por meio do Curso de Especialização em Saúde da Família; as ACS, desde sua contratação, tinham clareza das atividades a serem desenvolvidas. Apenas as auxiliares de enfermagem não tiveram nenhuma capacitação, como mostra o depoimento de uma das médicas:

Acredito que a Prefeitura, do mesmo modo como teve essa especialização pro médico e pra enfermeira, deveria ter feito um curso pras auxiliares, investiram muito pouco nelas, as grandes excluídas foram as auxiliares. (M Marta)

A auxiliar de enfermagem, neste contexto, encontra-se perdida, frustrada e, por vezes, culpada por não dar conta da nova demanda que recai sobre ela:

E essa questão, sofro com o trabalho, sofro com a insatisfação. Porque quando entrei foi de cabeça, pensando que ia poder fazer e acontecer. (AE Diva)

A gente ganha como eu disse nessa troca com os usuários, mas também a gente se sente impotente muitas vezes... E aí causa desânimo. E eu vejo muitos colegas no PSF com esse desânimo porque a pessoa acreditou muito naquilo, que podia mudar e agora vê que não é como devia... e às vezes essa frustração faz com que a gente não tenha um desempenho melhor. (AE Júlia)

Foi possível observar o compromisso dessas trabalhadoras, mesmo tendo aumentados a sua carga de trabalho, a responsabilidade e o estresse diário.

Diante da necessidade trazida pelo usuário, verificamos, por vezes, um sentimento de derrota devido, sobretudo, às limitações da atividade. Segundo Clot (2006) a atividade realizada representa, apenas, uma pequena parte em relação àquilo que seria possível realizar. Para o autor, o que cansa é a atividade impedida, a atividade impossível que gera desgaste, cansaço, insatisfação:

Eu acho que hoje trabalho assim, mais desmotivada, sabe? Porque a gente gostaria de atender aquilo que o paciente precisa, não o que ele quer, mas o que ele pre-ci-sa! Isso me deixa desmotivada.... (tristeza) (AE Diva)

Essa situação leva as trabalhadoras a arbitragens conflituosas, com alto grau de estresse pois, em seu ápice, por vezes, se deparam com uma situação de vida e ou de morte, como se verifica em alguns casos de usuários que sucumbiram na fila de espera por atendimento especializado, mencionados por várias profissionais:

Eu acho que a maioria de nós auxiliares, que estamos no PSF, se tivesse jeito a gente tinha pulado fora. Porque não é aquiiiiilo que a gente imaginou, não é aquiiiiilo que a gente queria. A gente queria ter as condições - que eles deessem as condições de estar fazendo mais, mas a gente está fazendo de conta. A gente fica fazendo muuuuito, muito de conta mesmo. A gente fica segurando pontas (...) porque o usuário precisa de um carro, você não tem um carro, de consulta especializada, você sabe bem do absurdo dessa fila. Tem gente morreeeeeendo nessa fila! (AE Ana)

O PSF oferece coisa pra população que a gente não tem como cumprir (...) o serviço oferece muita coisa que a gente não dá conta. Oferece remédio na televisão, chega aqui não tem remédio, a culpa é da gente, a gente não quer dar (...) Falam que o PSF vai na casa e você não tem como sair pra ir lá na casa (...) São coisas que não damos conta. A Fulana diz: - Gente, PSF não tem transporte pra bancar toda BH, tem que ir a pé mesmo! Então, deveria ter mais tempo pra visita, senão, a hora que você vai sair, daí a pouco já é hora de você ir pra casa. (AE Diva)

Diante do conflito entre os possíveis, 'vence' a atividade interdita e a trabalhadora é obrigada a cumprir com as determinações e restrições impostas pela organização do trabalho, o que demanda um aumento significativo do investimento psíquico da profissional para se adequar às regras e normas estabelecidas, gerando desconforto, sofrimento e descompensação emocional:

No início ficava aqui até muito tarde. Agora não faço mais isso (...) Eu acompanho os pacientes na marra, tanto que eu já não estou dando conta mais. Eu já falei pra Fulana, estou presa por causa do dinheiro e não gosto de fazer as coisas assim, sou muito envolvida. Então, comecei a ter um monte de coisa, comecei a ter insônia, a perder o apetite, um monte de coisa que nunca acontecia comigo. E agora vejo que o trabalho esta refletindo na minha casa. Então eu falo que eu eeeeera uma pessoa equilibrada, até um tempo atrás, às vezes eu ficava chateada com as coisas, mas lidava legal com aquilo, agora eu acho que desequilibrei... [*dá um sorriso triste*] Não dei conta mais não, to sem coragem... [*pára de falar, emociona-se...*] Vejo que não estou dando conta de fazer porque eu não posso fazer do jeito que é certo. (AE Diva)

Segundo Dejours (1992, p. 49), a vivência depressiva condensa e amplia os sentimentos de indignação, de inutilidade e desqualificação. “Esta depressão é dominada pelo cansaço (...). Executar uma tarefa sem investimento material ou afetivo exige a produção de esforço e de vontade, em outras circunstâncias, suportada pelo jogo da motivação e do desejo.” A trabalhadora, encontrando resistências à realização de si mesma, no trabalho real, deve encontrar saídas para a angústia, soluções manifestadas em atitudes defensivas que buscam pela estabilidade psíquica.

Quando nessa luta, a organização do trabalho é desfavorável à realização da atividade e nesse percurso a profissional já lançou mão dos mecanismos defensivos possíveis, surge o sofrimento patogênico, este sim, com conseqüências graves para a saúde da trabalhadora:

Hoje em dia eu sou uma funcionária, eu sou ranheta, o meu astral fica bom até um certo tempo, depois o meu astral oscila. Agora eu tremo...[*mostra mãos trêmulas com um sorriso triste*]. Depois do PSF eu comecei a tomar Pamelor [medicação antidepressiva e ansiolítica] (*pausa*)... Aí eu tomo o Pamelor mais pra poder estar me tranquilizando mesmo; e você pode estar certa que não sou só eu. Por isso digo que o PSF não foi bom não! (AE Ana)

A vivência depressiva alimenta-se da sensação de adormecimento intelectual, de paralisia da imaginação e marca o triunfo do condicionamento ao comportamento produtivo (DEJOURS, 1992).

Outra saída para os trabalhadores diante das limitações, pode ser a adaptação ao trabalho, que passa a ser apenas um meio de sobrevivência, mas o

autor adverte que, sob essa forma, o trabalho pode ser fonte de pressões patogênicas:

Eu falei pra mim: - eu não posso largar isso! aceitando isso por causa do dinheiro. Não era o que eu queria não. Mas tinha que fazer isso. (AE Diva)

Verificamos que para algumas auxiliares de enfermagem a possibilidade do trabalho como fonte de prazer e de desenvolvimento está presente mais sob a forma de luta contra o sofrimento do que como ampliação da capacidade de ação. Compreende-se, portanto, a fadiga profissional, tanto a partir daquilo que não podem fazer como a partir daquilo que fazem para manter o equilíbrio pessoal (CLOT, 2006).

O mesmo pode ser percebido na vivência de algumas ACS diante das condições e limitações da vida do usuário e de suas necessidades. Cria-se uma verdadeira 'dramática' na qual a trabalhadora, embora conhecedora da realidade de sua área de abrangência, não deixa de se surpreender com as situações encontradas e sobre as quais nada pode fazer:

Uma vez a Vilma [ACS] foi numa casa comigo, ela entrou, me olhou assim e saiu... Pensei: - Ela não está bem! Olhei pra ela - e ela lá fora, disfarçando o choro. É muita tristeza que a gente vê. (ACS – Carol)

Tem casa que é difícil, que falta de tudo... São poucas, mas ainda tem quem passa fome e eu sofro com isso. (ACS Cleusa)

Nesse sentido, para Clot (2006) a atividade amputada – aquela que se gostaria, mas não se tem como realizar – torna-se fonte de contradições e sofrimento, principalmente quando envolve as condições de vida dos sujeitos. Conforme o autor:

Essa amputação é particularmente clara nos ofícios de serviço orientado para acolher públicos em dificuldades sociais... [onde] o trabalho não é nada menos que a existência do outro, na maioria das vezes designado como um 'solicitante'. Começa-se a avaliar as incidências psicopatológicas das profissões sobre aqueles que as exercem, diretamente expostos que estão à angústia vital de seus semelhantes. (CLOT, 2006, p. 17)

A maioria dessas situações, não se trata do trabalhador que não consegue dar as respostas, mas sim, as instituições que não conseguem contemplar as necessidades vigentes - ou mesmo devido às condições de vida da população, impostas pelas desigualdades sociais presentes em nosso meio. Mas mesmo tendo explicações racionais, algumas profissionais, independentemente do conhecimento das causas, são tomadas por um sentimento de impotência e culpa, como mostra o depoimento da ACS:

Eu sofro, não tem como, porque eu moro aqui desde menina, então eu conheço quase todo mundo. Por mais que você tente se desligar e falar: - "Ah! É um paciente!", mas não dá, você sofre! Então, na minha área o ano passado foram 8 pacientes que morreram, que eu fui criada com eles... Então, cada perda que eu tinha era como se eeeeeu perdesse, sabe. (ACS Cleusa)

Diante da situação particular de vida e de trabalho da ACS, a morte aqui expressa deixa de ser de um usuário e adquire a dimensão de uma perda pessoal, numa relação em que o jogo de vida e morte é definido - 'como se ela perdesse'. Ante a morte, portanto, não tem como sufocar o sofrimento. As discussões sobre as situações vivenciadas poderiam, precariamente, abrandar os sentimentos de culpa e de responsabilidade pessoais, contudo, certamente não dariam conta do desconforto emocional da profissional que se ressentida. Sem desvincular sua própria biografia, carrega, assim, a dor do vivido dentro e fora do trabalho.

Segundo Dejours (1992), o trabalho envolve metas e perspectivas pessoais de cada ser humano, estando o sofrimento psíquico ligado a problemas que nascem das reações adversas entre a história individual de cada um e as possibilidades de se desenvolver nos sistemas organizacionais. Desse modo, todo trabalhador busca o equilíbrio psíquico fazendo uso de diferentes estratégias de defesa.

Na análise das dificuldades enfrentadas, não podemos deixar de assinalar os momentos de agressões sofridas por parte dos usuários, causas de conflitos diversos:

E o usuário cobra! O paciente está aí toda hora, pra ser ouvido toda hora, a gente escuta o usuário o dia inteiro, a gente tenta resolver (...) E muitas das vezes, você não tem como resolver, o

gerente não está aqui, então você fica ali administrando o conflito (...). Sobra pra gente que está aí, e isso tudo em função do PSF. (AE Ana)

Um usuário chega pra averiguar a pressão e AE Júlia orienta que estão sem funcionários e que essa atividade é até 16 h apenas. E este responde esbravejando: “ - Vocês sempre têm uma desculpa, sempre!! . Será que a gente também tem hora marcada pra morrer? Ta marcado até as 4:00 que pode morrer?? Vocês são todos uns folgados!” (AE Júlia - DC Recepção 21/07/2006)

As profissionais, para se protegerem da pressão e mesmo da violência, criam estratégias defensivas tais como a negação, o conformismo, o individualismo, a passividade, a racionalização, entre outras. Na maioria das vezes, aprendem a lidar com a situação:

Eu já decidi que não vou bater boca com o usuário. Muitos vêm aqui, ficam 5 min, discutem e vão embora e eu que tenho que continuar o meu trabalho. Já sofri muito com isso, levava muita coisa pra casa. Por isso agora tenho essa defesa: ele pode falar o que quiser! Outro dia, a mulher (...) esbravejou tanto. Na hora queria “pular no pescoço dela”, mas aprendi a ficar calada, fico chateada, não vou dizer que não fico, mas aprendi a deixar aqui. (AE Elisa)

Embora não tenham sido registrados nos Diários de Campo, foram vários os momentos nos quais o comportamento mais ‘solto’ e brincalhão entre as profissionais permitiu que o atendimento ao usuário ocorresse de forma menos estressante. As brincadeiras no trabalho tornam-se uma forma de deixar fluir, positivamente, a descarga psíquica e abrem espaço para os sujeitos colocarem mais de si e de sua personalidade.

As estratégias podem ser também, de mobilização coletiva, quando, diante das dificuldades as profissionais se ajudam mutuamente. A cooperação é uma estratégia coletiva largamente utilizada (DEJOURS, 2003). As auxiliares organizam, informalmente, as tarefas, o que permite um melhor ajustamento às necessidades específicas e, por vezes, momentâneas de cada uma. Para isso, contam com o apoio das enfermeiras, desde a elaboração da escala mensal de serviço, até a aprovação dos acordos feitos – quando estes são revelados. São formas de trabalhar compartilhadas e ratificadas pelo coletivo de trabalho:

E cada dúvida, cada aperto, recorro a elas principalmente Sandra e Elisa me ajudaram muito, quebraram muitos galhos. (AE5 Júlia)

Por outro lado, o trabalho pode levar a uma vivência de prazer, pois as pessoas diferenciam-se na forma como enfrentam as dificuldades diárias. No trabalho, portanto, também reside a possibilidade de a trabalhadora afirmar-se e construir novas normas:

Eu estou muito satisfeita com o meu trabalho. Voltar a trabalhar depois de um tempo é uma conquista e eu tenho um pique muito bom. Agora me sinto útil. Antes achava que não ia conseguir andar tanto, porque sou hipertensa e vi a pressão ontem: 12X8 até brinquei: é a caminhada diária do PSF. (ACS Taís)

Pelo depoimento da ACS, pode-se constatar que “o reconhecimento do trabalho pode ser reconduzido pelo sujeito ao plano da construção da identidade. E isso se traduz afetivamente por um sentimento de alívio, de prazer” (DEJOURS, 2001, p. 34).

Nesse aspecto, o caminho da saúde pode começar pela satisfação gerada na realização de si, por meio da atividade. Assim, o conteúdo da tarefa e das relações exerce influências diversas sobre o funcionamento psíquico do sujeito. A depender do reconhecimento, cooperação, confiança e solidariedade que a trabalhadora vivencia, a atividade do PSF toma outros significados para a sua vida:

AH eu gosto do que eu faço, gosto muito! Se tivesse que escolher de novo eu faria tudo de novo. Tem hora que cansa, muito! Mas gosto muito do que faço. É como uma missão cumprir com esse trabalho. (AE Elisa)

Ao finalizar essa parte, pelos depoimentos e observações, pudemos nos certificar que prazer e sofrimento inscrevem-se numa relação subjetiva da trabalhadora com seu trabalho. Alguns sujeitos desvelaram encontrar-se no limite de suas capacidades na tentativa de equacionar os conflitos profissionais e pessoais. Porém, quando encontra espaço para reconstrução de saberes e valores, a trabalhadora adquire maior compreensão da situação e de seu papel na relação, amplia a consciência do vivido e, assim, pode renovar o sentido do próprio trabalho - o que será discutido no quinto capítulo.

4.4 As relações de poder-saber presentes no trabalho do PSF

Ao iniciarmos a análise sobre as relações de poder-saber é importante lembrar que, conforme apresentado no segundo capítulo deste estudo, o trabalho em saúde se constituiu fundado numa relação de gênero. A organização dos hospitais, centrada na figura do médico, se deu, não pelo seu saber, mas em função da sua posição (como homem) ocupada na sociedade por meio de uma tecnologia disciplinar. Sob essa perspectiva, na saúde, o gênero é um campo primário no interior do qual, o poder é articulado e implica nos determinantes históricos e sociais relacionados à situação de submissão da mulher ao homem na sociedade.

Essas questões, contudo, permanecem naturalizadas no interior das relações e não são reconhecidas pela maioria dos trabalhadores da área. Foi o que pudemos constatar em nosso estudo, pois todas as profissionais, ao serem questionadas sobre as questões de gênero no trabalho, não as identificaram. Somente uma das médicas mencionou a atividade do cuidar como uma característica do trabalho feminino na saúde e a do tratar como atributo do médico:

Acho que o cuidar é culturalmente uma função feminina, a gente cresce com essa função. Isso reflete na questão do cuidado e das mulheres buscarem a enfermagem. E a medicina tem uma característica mais forte, de decisão, mais própria do homem. (M Regina)

As relações de poder-saber no trabalho estão vívidas entre os integrantes das ESF, porém de forma naturalizada. Ao serem questionadas sobre a existência do poder na convivência diária, a maioria não o identificou, enfatizando o bom relacionamento entre todas. No cotidiano do serviço, ficou evidente o estreitamento das relações entre os diferentes profissionais, entretanto, prevalece, ainda, a memória cristalizada de uma hierarquia objetiva e impessoal “como uma *senha* conhecida apenas por aqueles que pertencem ao mesmo horizonte social e profissional” (CLOT, 2006, p. 41).

Detalhes atitudinais denunciaram os comportamentos diferenciados entre os membros das ESF. Podemos relacionar alguns deles, retirados dos diários de observação de campo, tais como: nas reuniões as opiniões das médicas foram, de modo geral, as primeiras a serem solicitadas; em duas reuniões, a equipe discutiu inicialmente os assuntos que envolviam as médicas, após o que, estas saíram para outras atividades; as demais profissionais, ao entrarem nos consultórios, mesmo fora do atendimento médico, fazem-no com mais cerimônia que na mesma situação com os outros colegas; as solicitações e os diálogos são, também, mais formais quando dirigidos às médicas.

A presença do poder-saber nas relações é confirmada por uma das trabalhadoras:

Eu acho que ainda existe sim, essa questão do poder na saúde, acho que sim, infelizmente. A questão do poder principalmente do médico (...) o poder de decisão. O médico tem um poder de decisão muito maior que do enfermeiro do auxiliar (...) Só que acho isso péssimo, porque eu às vezes quero que o auxiliar participe mais da reunião, ou o enfermeiro se posicione, o ACS se coloque mais, mas eles têm medo de falar porque "o médico pode não gostar." (M Regina)

No trabalho do PSF verifica-se que, embora este se apresente com uma estruturação mais horizontalizada, permanece uma conduta na qual o médico é a figura central, qual uma autoridade, mostrando que independentemente dos lugares ocupados pelos vários trabalhadores na estrutura, as relações de poder são, ainda marcantes, embora despercebidas pela maioria.

A hegemonia médica, presente em nossos serviços, instituiu-se desde os primórdios da clínica, de maneira que a terapêutica, '*assim como a magia*', permite a crença na cura pelo ato do médico. Tal fato resulta de uma complexa e engenhosa construção social que, de algum modo, delega até hoje aos médicos o papel de responsáveis pela saúde da população (CAMPOS; BELISÁRIO, 2001). Falamos, então, de mecanismos fortemente ideológicos construídos ao longo do tempo no imaginário social, como o poder do médico sobre a vida e morte do indivíduo e, por isso mesmo, a suposta supremacia do profissional em relação aos demais:

Ah, não sei se posso chamar de “poder”... Mas a relação na equipe depende sim muito da postura do médico. O [médico] que estava aqui ficava mais na dele... Aí a gente também não se sente à vontade pra comentar nada. Sei lá se ele vai gostar, se vai achar que a gente está falando o que não deve. Então a gente acaba é ficando quieta né? (AE Júlia)

A atitude de *‘ficar quieta’* assumida pela trabalhadora pode ser a expressão de um comportamento *‘naturalizado’*, acusando a diferença hierárquica entre ela e o médico. Nessa direção, Faïta (2007, p.168), discutindo a linguagem no trabalho, afirma que “podemos nos posicionar de várias maneiras na comunicação com os outros, seja sendo verdadeiramente nós mesmos seja colocando-nos em conformidade com as normas sociais”; e ressalta o peso que essas normas exercem sobre os comportamentos e formas de se comunicar dos diferentes indivíduos. Assim, a trabalhadora deixa de fazer comentários, receando a avaliação do médico sobre sua intervenção: *‘sei lá se ele vai gostar’*, manifestando assim, uma posição enunciativa marcada por uma distância interna, cunhada na distância social e profissional entre a sua categoria e a dos médicos.

Verificamos que as trabalhadoras têm idéias e comportamentos comuns, firmados no convívio e carregados ao longo dos anos, sendo possível perceber alguns subentendidos próprios ao trabalho da enfermagem tais como o seu ideal de missão, de sacrifício e mesmo de subordinação, de tal forma que uma de suas categorias tem a inscrição - no próprio nome – de *‘auxiliar’* de outrem.

Como abordado anteriormente, sob a linha foucaultiana de raciocínio, os saberes em saúde reproduzidos pelos profissionais foram organizados tomando como objeto o corpo bio-político - que através da disciplina passa a imprimir uma dada normatividade na saúde para o controle das populações - e se estabelece entre as formas discursivas, perpassando todas as relações. Para Foucault (1995, p.243) “os discursos atendem a uma certa lei, uma vez que nem tudo é dito, mas pode se tornar alvo de disputa e de luta.” O que não é dito pode permanecer subentendido, como mostra o depoimento de uma das enfermeiras:

Aqui no CSSJ (...) tem sim, apenas uma médica do grupo de apoio que destoa dos demais porque se coloca como superior, não em relação aos seus colegas médicos, mas aos enfermeiros e demais profissionais. É uma postura como se os outros fossem Os Burros!

– é assim que eu vejo. É uma pessoa muito difícil. E com essa pessoa não é possível troca nenhuma. A pessoa que te impõe alguma coisa... mantém uma distância. Poucas vezes eu cheguei pra indagar alguma coisa ou trocar alguma idéia (...) É uma pessoa muito arrogante, com quem não tem troca de saber. (E Laura)

Esse depoimento deixa claro *uma postura* de poder-saber assumida pela médica, que não chega a ser formalizada em um discurso. Segundo o autor, há um código de restrição que define, por exemplo, a qualificação que devem ter os indivíduos que falam, ou seja, há sempre alguém com direito, advindo de uma tradição, do direito regulamentado ou do direito adquirido, de falar acerca de algo.

Nesse sentido, vale lembrar a importância da pessoa do médico e do seu discurso, tido como agente propagador da verdade e distribuidor de saber e de poder. O conflito entre uma médica (que não pertence ao PSF) e uma enfermeira ilustra essa questão, quando a primeira sente-se no direito de questionar a atitude da segunda:

A médica de apoio sai do seu atendimento com um usuário e vai questionar a conduta da enfermeira com o mesmo naquela manhã, criticando-a. O clima torna-se tenso e a enfermeira responde que sua função não inclui o diagnóstico e por esse motivo fez o agendamento para essa consulta da tarde. Ao final, a enfermeira volta-se para mim e desabafa transtornada: “- Sabe, o que não agüento é esse questionamento barato sobre a minha conduta (...) Alguns se acham no direito de querer conduzir o nosso trabalho do jeito que eeeeeles acham deve ser (...) Isso não dá pra agüentar! (E Mara - DC - 11/07/2006)

Foucault (1995, p. 234) afirma que a força do poder está em relação com outras forças. São lutas que se vinculam a questões do coletivo: “o poder-saber determina um conjunto de ações de uns sobre os outros, sobre ações atuais e eventuais, futuras ou presentes (...) é um conjunto de ações sobre ações possíveis.” A tecnologia do poder-saber funciona de forma interligada às normas institucionais explícitas e implícitas e à medida que olhamos atentamente para suas múltiplas formas e práticas discursivas, observamos algum tipo particular de dominação:

Dentro das outras equipes vejo a situação mais amena, eu não sinto das outras enfermeiras, mas na minha equipe tem isso:

- “Eeeeu sou sua enfermeira e você é miiiiinha auxiliar! (...) eu já pensei em me desligar do PSF, mas no momento por questões financeiras eu não posso de jeito nenhum. (AE Ana)

Ou no caso da ACS que se sente discriminada pelo usuário:

Falta muito reconhecimento. Daqui, do CS que não acreditam na gente e de muito usuário. Outro dia já falei pra enfermeira:

“- Qualquer dia você precisa ir comigo, mas não vai de branquinho, não, vai é de abada [uniforme do ACS]... Aí você vai ver como eles vão te tratar, aí sim. (ACS – Carol)

Verifica-se que a distinção apontada pelo uniforme: a enfermeira ‘*de branquinho*’ e a ACS ‘*de abada*’, reflete a diferença hierárquica de saber-poder atribuída pelo usuário à cada categoria profissional. Essa diferenciação é sentida e descrita por outra ACS, em conversa com a pesquisadora:

Outro dia no acolhimento, um rapaz chegou me xingou de tudo quanto é nome, porque estava demorando a consulta (...) Na hora que ele entrou aqui no consultório, abriu a porta e foi todo manso com a enfermeira, como se nada tivesse acontecido. A linguagem deles com a gente é outra (...) a gente fica com as cacetadas. (ACS Vilma)

Para Foucault (1986) os diferentes indivíduos quando submetidos ao poder, produzem diferentes estratégias de resistência. Todos os trabalhadores e usuários fazem parte da teia de poderes, podendo sujeitar e submeter o outro quando no lugar de quem detém o poder, mas também sujeitando-se e submetendo-se quando objetos do poder, agindo e resistindo sob diferentes maneiras.

Nesse sentido, embora uma das prioridades do trabalho no PSF, seja a construção da autonomia do usuário, por vezes, ele é mantido na condição de ‘paciente’, como uma objetivação do sujeito pelo controle de suas idéias e ações, na tentativa de submetê-lo na sua forma de ser e agir. O impacto dessas tecnologias de poder sobre os modos de ação dos usuários são, freqüentemente, fatores que dificultam as relações e o alcance dos resultados esperados (CAMPOS, 2006). Nesse sentido, uma das enfermeiras relata:

Eu já trabalhei no hospital e ficava aquela coisa, a palavra do médico era a última, acho que a única. Aqui a relação é mais próxima, o paciente pode falar mais, a gente discute o caso e isso muda muito, mas ainda tem aqueles [médicos] que só a palavra deles vale. (E Cleide)

A valorização dos sujeitos, trabalhadores e usuários permite alterar radicalmente as relações de saber-poder e seu reflexo nas práticas da saúde. Abrem-se, assim, possibilidades no dizer ou no fazer, nas formas de relação, no confronto e na resistência, na gestão singular e coletiva da saúde e da vida. É o que pode ser constatado quando a trabalhadora, buscando driblar as dificuldades, encontra as saídas estabelecendo novas normas, novos meios de desenvolver suas atividades:

Alguns colegas não se comprometem (...) mas eu acredito que a gente pode mudar (...) precisamos organizar melhor nossos trabalhos, se impor mais, sabe. Eu tenho muito mais potencial pra outras coisas, do que ficar só ouvindo queixas, por isso vou à luta. (E Laura)

Assim, a noção de resistência, toma um novo sentido apontado por Benevides Barros e Barros (2007) quando, no processo de recriação do trabalho as profissionais *(re)existem*, renovando os sentidos, produzindo saberes e recriando a si mesmas:

Agora, eu vejo que tenho que contribuir e que tenho muuuito pra contribuir... Antes nem abria a boca e até pensava: Quando isso vai mudar? (...) Agora dou a maior força pras colegas participarem de tudo. (AE Sandra)

Mas estamos num momento de transição ainda, porque com o outro médico não tinha nada disso não. Ele era pra ele e só. Você falava alguma coisa e ele ouvia e balançava a cabeça (...) Hoje, com a outra médica tem uma troca meeeesmo (...) (AE Júlia)

Como bem pontua a trabalhadora, estamos ainda em *um momento de transição* no qual a mudança do trabalho em saúde, particularmente na atenção primária, vem ocorrendo paulatinamente. Lembramos, portanto, com Eloisa Santos que,

Para que o trabalhador saia da posição de delegar sempre a verdade àquele que detém o conhecimento científico pela via de um diploma, é preciso que ele mude de posição. E isso é uma coisa difícil porque toda tradição e toda a cultura do trabalhador tem caminhado no sentido de negar essa legitimação de seu poder. (SANTOS, 2000b, p. 69)

É, portanto, a partir dos pequenos impulsos, como a participação efetiva da trabalhadora que, *agora reconhece que tem muito a contribuir*, que as mudanças serão efetivadas.

Também entre os médicos foi assinalada uma alteração de comportamento, conforme o depoimento:

O médico com médico um nem olhava a cara do outro, era uma atitude individualista, o médico tinha uma relação só com o enfermeiro de nível superior, então pra chegar nessa escala pro auxiliar e pro ACS mudou muito, abriu o leque e todo mundo saiu ganhando. (M Célia)

Desse modo, as transformações só serão evidenciadas com o correr do tempo, por meio da consolidação de novas atitudes. Como sujeito do seu processo, a profissional vai percebendo novas formas de atuação singular e coletiva libertando-se, aos poucos, das formas naturalizadas de comportamento e estabelecendo relações diferenciadas, menos hierarquizadas no modo de ser e fazer na ESF. É assim, portanto, que o “trabalho vai se enunciando num plano em que a criação é experiência coletiva, implicando o encontro consigo e com o outro” (BENEVIDES BARROS; BARROS, 2007, p. 68).

Para finalizar esse tema, devemos considerar que, além da visão foucaultiana de um poder disseminado entre os indivíduos, no setor saúde, existe também, um poder legal administrativo, constituído por meio de estruturas burocráticas conformadas em verdadeiras pirâmides hierárquicas de autoridades.

Segundo Cecílio (1999, p. 319) “o poder exercido de forma legítima tem sentido de autoridade” de maneira que no interior de toda organização formal, o tipo “mais puro de dominação legal é aquele que se exerce por meio de um quadro administrativo burocrático.” Este tipo de poder pode estabelecer uma relação autêntica de dominação e obediência, a depender dos dispositivos empregados, de modo que, quanto maior o uso de recursos simbólicos, maior o envolvimento dos

trabalhadores. Assim, para o autor, o poder legal-administrativo está, ainda, muito presente nas instituições de saúde, mesmo naquelas que têm suas estruturas mais horizontalizadas. A fala de uma das auxiliares de enfermagem mostra claramente a hierarquização presente na estrutura do serviço:

Quanto ao poder, acho que a gente tem uma hierarquia de trabalho pra respeitar: a gerente, o médico, o enfermeiro, pra organizar o trabalho. Claro que de certa forma eles têm poder. Não que você tenha que ser submissa, mas a enfermeira, a gerente têm poder sobre mim, funcionária. (AE Nilma)

No CSSJ, desde a implantação do PSF, as decisões são tomadas por um Colegiado Gestor que representa o conjunto de trabalhadores. Contudo, sabemos que se trata, ainda, de uma autonomia relativa, pois o Colegiado decide a partir das determinações da SMSA, sob a supervisão direta do Distrito, que detém o poder legal-administrativo sobre todos os trabalhadores, como mostra o depoimento abaixo:

Eu até escrevi uma carta pra SMSA. Mostrei pra gerente pra não ficar mal e ela concordou que podia mandar. Você quer ver? Claro que eles não responderam... Ignoraaaaram!

Mas isso a gente já sabia, eles se importam com a queixa do usuário, com os funcionários não estão nem aí. (AE – Diva)

Em suas declarações, outras trabalhadoras também citaram a carta acima mencionada (Anexo C), como um instrumento de manifestação da insatisfação sentida pelas cobranças freqüentes quando se trata das determinações do trabalho, e do pouco apoio recebido dos gestores quando se trata dos seus direitos:

Achei boa essa carta, porque pra eles [gestores] a gente só tem deveres, os direitos ficam esquecidos. (E Laura)

Há um grande desrespeito até da SMSA com o profissional porque eu tive um problema sério com eles: fiz um atendimento correto de uma Sra, mas que ela não concordou e mandou uma carta de todo tamanho ao Fulano (...) e a SMSA respondeu à usuária – se desculpan-do pelo atendimento!!! Recebemos essa cópia e eu fiz questão de responder lá na SMSA, porque antes de darem razão

ao usuário, eles têm que consultar a gente, saber o que aconteceu! (E Cleide)

Segundo Cecílio (1999, p.317), muitos modelos de gestão participativa e democrática, paradoxalmente, podem ser vistos como controladores, uma vez que, via de regra, defendem as determinações dos níveis superiores, com pouca ou nenhuma abertura para propostas divergentes: “Mexer em modelo de gestão é mexer em esquemas de poder. Sempre se soube disto, é claro, mas talvez se tenha subestimado este fato na formulação e implementação de modelos alternativos de gestão.”

Nesse sentido, Campos (2000) defende a possibilidade de co-gestão dos serviços de saúde pelos diferentes profissionais, uma gestão participativa que se caracteriza pela autonomia dos trabalhadores nas decisões organizacionais, desde o processo de formulação das diretrizes internas, até a divisão do trabalho e das responsabilidades. Contudo, Cecílio (1999) adverte que, de modo geral, ainda há muitos obstáculos nessa direção, tais como, a rigidez hierárquica encontrada em todos os níveis da administração da saúde e a falta de conhecimento dos trabalhadores sobre os processos gerenciais, principalmente devido à falta de informação.

Assim, democratizar as relações e aumentar a participação dos trabalhadores é importante, mas insuficiente para se processar a mudança necessária. É necessário flexibilizar as linhas de mando, fortemente hierarquizadas e, ao mesmo tempo, contar com as resistências dos trabalhadores estabelecendo verdadeiras “linhas de fuga” ao poder instituído. Na saúde é imprescindível e urgente negociar “novos arranjos e novos vetores que tornem a organização um lugar mais leve e mais iluminado para quem nela trabalha e dela necessita.” (CECÍLIO, 1999, p. 328).

CAPÍTULO 5

OS SABERES DO TRABALHO NO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

A arte - e o Cuidado - não são invenções puras; o artista - e a trabalhadora - são como que um cadinho em que se realiza a mistura dos ingredientes que são o pó da experiência.

(Adolfo Casais - modificado)

A produção do saber no trabalho se dá no espaço entre a prescrição e a atividade realizada, uma criação própria, inscrita na experiência da trabalhadora. Na atividade, a profissional manifesta uma relação com o saber por meio de escolhas e arbitragens de acordo com a sua história, com seus interesses e projetos. Esses saberes, embora não legitimados cientificamente, expressam e confirmam a subjetividade das trabalhadoras. Contudo, essa singularidade só ocorre na relação com o outro, fazendo parte de um coletivo de subjetividades. Assim, os processos de ressingularização presentes na atividade de trabalho permitem a construção de novas maneiras de se relacionar com o outro, novas sensibilidades, diferentes formas de fazer, suplantando o que está estruturado.

Verificamos, assim, que com o PSF, a partir das novas propostas de trabalho desenvolvidas em equipe, essa relação de interdependência entre as trabalhadoras é intensificada e as relações de saber são incrementadas e adquirem novos vetores. Na produção em saúde, a trabalhadora convoca os saberes da teoria, os da experiência, seus valores, relacionando-os às necessidades usuário, às suas próprias, bem como aos limites da situação, numa intensa relação interpessoal. Sua ação define-se, também, sempre em resposta à atividade dos demais integrantes da ESF, de maneira que cada um, a partir dos saberes específicos, cumpre com um papel determinado.

Assim, inicialmente, é importante, ainda que de forma sucinta, apresentar o saber formalizado dos sujeitos participantes deste estudo.

5.1 O saber formalizado dos profissionais da Saúde da Família

Embora a formação profissional dos trabalhadores da saúde venha sendo amplamente discutida em vasta literatura da área, abordamos alguns aspectos essenciais, uma vez que o saber formal é a condição primária que permite a entrada do sujeito no trabalho e o constitui enquanto profissional.

5.1.1 A formação da auxiliar/técnica de enfermagem

A princípio, o ensino de enfermagem era totalmente voltado para formar enfermeiras ditas de 'alto padrão', reproduzindo o modelo anglo-americano, implantado no Brasil em 1923. Contudo, a formação de nível superior não resultava no quantitativo de enfermeiras de que o país necessitava. Essa defasagem sempre foi coberta pela contratação de pessoas leigas que aprendiam aos poucos as tarefas do cuidado (SANTOS *et al.*, 2002).

Diante dessa situação, as enfermeiras 'diplomadas' decidiram propor à Associação Brasileira das Enfermeiras Diplomadas a formulação de um ensino do 1º ciclo (exigência da 4ª série do ensino básico) e que fosse aproveitada a denominação já corrente de 'auxiliar de enfermagem'. O texto da Lei definia que esse curso se fizesse "com o mínimo possível de matérias teóricas constante de noções gerais das disciplinas fundamentais (...) Quanto à prática, abranger, isto sim, toda a enfermagem, tanto a elementar como a especialidade." (SANTOS *et al.*, 2002, p. 567).

A Lei 775/49 (BRASIL, 1949) oficializava a criação do ensino de Auxiliar de Enfermagem e resolvia o problema da escassez de pessoal para trabalhar nos serviços de saúde com a habilidade mínima necessária para cuidar dos doentes. Mesmo depois da oficialização do ensino de Auxiliar de enfermagem, por muito tempo, as atividades de enfermagem foram desempenhadas, em sua grande maioria e nos diferentes serviços, por pessoal ainda sem qualificação – as atendentes de enfermagem.

Em 1986, a nova Lei do Exercício Profissional de Enfermagem nº 7498/86 (BRASIL, 1986), definia apenas três categorias: enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, estabelecendo um prazo limite para a qualificação das atendentes. Havia no nível médio, o Curso de Qualificação do Auxiliar de Enfermagem e o Curso de Habilitação Técnica em Enfermagem, normatizados pela Resolução CFE nº 07/77 (BRASIL, 1977). O primeiro, com uma carga horária aproximada de 1.200 horas (800 teóricas e 400 práticas), distribuídas em 12 meses de duração e o segundo com, aproximadamente, 1900 horas distribuídas em 18 meses de duração.

Contudo, o aparato formador não acompanhou o crescimento da demanda por trabalhadores do setor e o contingente de pessoal não qualificado aumentou no período. A dificuldade de as atendentes alcançarem a educação fundamental, necessária para a admissão em cursos profissionalizantes de nível médio, mostrava-se um fator altamente limitante para que essas trabalhadoras pudessem investir em sua qualificação.

Esse contexto exigiu do Ministério da Saúde uma iniciativa no sentido de promover uma ação dirigida para a capacitação das atendentes, no menor espaço de tempo possível. A criação do Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem – PROFAE em outubro de 1999 (BRASIL, 1999a), tinha como objetivo qualificar os trabalhadores que exerciam a profissão de forma irregular. Essa qualificação vem sendo realizada até hoje, visando à habilitação técnica das auxiliares de enfermagem. Várias mudanças foram ocorrendo de maneira que, atualmente, o único curso profissionalizante reconhecido na área de enfermagem é a *Habilitação Técnica* (BRASIL, 1999b).

Contudo, todas as auxiliares que participaram da pesquisa, foram formadas no Curso de Qualificação de Auxiliar de Enfermagem e referem-se a este como uma formação rápida, pouco aprofundada, cujo aprendizado foi complementado pela atividade de trabalho:

O que se aprende na escola vale muito pouco perto do que se aprende no trabalho. (AE Nilma)

Aprendi tudo no trabalho porque o curso você sabe, é muito resumido. Por exemplo – os curativos são tantos, todos os tipos.

No curso é uuum curativo, aprendeu, aprendeu, se não aprendeu, no trabalho você aprende. (AE Elisa)

Vale lembrar que nem sempre as exigências legais quanto ao ensino de nível médio na área da enfermagem foram cumpridas. Em alguns casos, os cursos eram muito limitados, restringindo assim, ainda mais, a abrangência do conhecimento formal das auxiliares de enfermagem, como mostra o depoimento de uma delas:

É, o Curso eu já falei...Bom, a gente falava Curso de Auxiliar de enfermagem, mas era curso de atendente de enfermagem. Na verdade era de atendente, porque naquela época, há uns 25 anos, não tinha todo esse rigor não, fiz o curso rápido e já estava inserida na Sta. Casa trabalhando e ali aprendia tudo. (AE Ana)

Com uma qualificação formal restrita, as auxiliares de enfermagem tiveram como recurso de aprendizagem a própria atividade de trabalho. Por outro lado, o fato de reconhecerem a sua formação como limitada, as leva a assumir uma posição de quem menos sabe na hierarquia institucional, reforçada, ainda, por uma cultura que, de modo geral, privilegia os conhecimentos técnico-científicos adquiridos no ensino formalizado em detrimento de todo saber e experiência do trabalho.

5.1.2 A formação da Agente Comunitária de Saúde

Sem entrar no mérito das políticas públicas de formação de pessoal da área da saúde, não podemos deixar de apontar uma grande contradição na criação de uma nova categoria de trabalhadores, os agentes comunitários de saúde - ACS, a princípio sem qualificação alguma para a área, ao mesmo tempo em que se conquistava, após longa campanha, a profissionalização da atendente de enfermagem.

Embora com perfil e atribuições diferentes, a criação deste profissional parecia ser uma repetição da conhecida estratégia de contratação de mão de obra barata para o campo da saúde, uma estratégia do governo de redução de custos e

precarização do trabalho (PIRES, 2000). Os ACS foram contratados pelas Prefeituras Municipais por meio de terceirização de pessoal, com baixa remuneração; uma ação que refletiu as incongruências da gestão política de saúde (PIRES, 2000; PAIM, 2001). Mais uma vez, as diferenças na formação estratificam as categorias de trabalhadores facilitando estratégias diversas de gestão, mostrando as incoerências das políticas de recursos humanos.

A situação dos ACS, ainda hoje, é motivo de debates e de luta da categoria e se configura como um campo de disputa de diferentes projetos relativos às concepções de trabalho, educação e saúde. Desde as primeiras contratações, até os dias atuais, muitas mudanças vêm ocorrendo²¹.

Dentre os avanços conseguidos, destacamos a Lei 10.507 de 2002, que instituiu a profissão de ACS (BRASIL, 2002), determinando que esses trabalhadores tivessem o ensino fundamental completo – excetuando-se os que já exerciam essa ocupação antes daquela data – devendo, também, concluir um curso de qualificação básica, classificada como de nível básico da educação profissional, portanto, não regulamentada (MOROSINI *et al.*, 2007).

Já em 2004, o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação publicaram o *Referencial Curricular para Curso Técnico de Agente Comunitário de Saúde*, possibilitando a sua formação em nível técnico, estruturado com uma carga horária mínima de 1.200 horas, conforme Resolução CNE/CEB nº 04/99, podendo haver aproveitamento de estudos. Destacamos desse Referencial o reconhecimento e a valorização do trabalho enquanto espaço formativo, constituindo-se um itinerário para sua profissionalização (BRASIL, 2004b).

Contudo, a desprecarização do trabalho dos ACS continua sendo discutida, porém com avanços, como a Lei n. 11.350 (BRASIL, 2006c), que estabelece que estes sejam contratados pelos municípios com vínculo CLT, sem a intermediação de organizações sociais como vinha acontecendo. Embora essa lei tenha sido um avanço para o trabalho dos ACS, Morosini *et al.* (2007) alertam que seu texto abre brechas para que a sua formação não atenda às propostas do

²¹ Para mais detalhes ver: SILVA, J.A.; DALMASO, A.S.W. *Agente comunitário de saúde: o ser, o saber, o fazer*. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2002.

Referencial Curricular acima citado, dando margem, ainda, a uma qualificação básica e de baixo nível, o que se constitui em motivo para novos debates.

A maioria das ACS, que participou do estudo, passou por um treinamento rápido, cujo conteúdo versava sobre o seu trabalho e as formas de abordagem da comunidade; uma vez que o trabalho inicial era o cadastramento das famílias, visando conhecer o perfil demográfico e epidemiológico dos moradores da área de abrangência de cada Centro de Saúde. Para as ACS contratadas no ano de 2000 não foi exigida a conclusão do ensino médio, somente uma prova de seleção com noções básicas de português e matemática, como mostram as falas abaixo:

Para a contratação do ACS a orientação do MS era que precisava saber ler, escrever e contar (...) Aqui a PBH adaptou pra nossa realidade, aqui ele teve uma prova escrita de português e matemática, uma seleção por dinâmicas de grupo e só. (E Mara)

Fiz a prova, a coisa mais ridícula, porque tinha uma historinha e depois perguntas óbvias, pra ver se a gente sabia mesmo ler. (ACS Vilma)

Esse treinamento foi desenvolvido no próprio Centro de Saúde pela enfermeira responsável pelo PACS:

Entrei na 1ª turma, em Ago/2000. Logo de início tive os treinamentos, sobre ética, sobre o cadastro (...) Quem começou aqui no início, ninguém sabia o que era pra fazer, nem tinha isso como profissão (...) De início fomos treinados pra cadastrar, só ouvia sobre cadastramento. A enfermeira nos reunia, a gente entregava tudo e toda dúvida do cadastro era com ela que a gente discutia. (ACS Vilma)

Tudo que aprendi foi com as orientações da enfermeira e com os colegas. A Mara quem me ensinou sobre ética, a abordagem nas visitas, cada vez que ia pra visita ela via o caso e me orientava. (ACS Berta)

Contudo, constatamos que esse treinamento não atendeu às necessidades das trabalhadoras, pois focado nos meios de abordagem da comunidade, não trazia nenhum conteúdo específico da área de saúde, sobre o qual as ACS são freqüentemente solicitadas. Desse modo, várias ACS não consideraram

o 'treinamento introdutório' como uma capacitação e relataram não terem tido nenhum tipo de treinamento do qual algumas, até hoje, sentem a falta:

Treinamento, não tivemos nada, nada, posso garantir porque fui das primeiras a entrar, só aquele teatrinho. E até hoje sinto a falta... (ACS Vilma)

Algumas ACS que foram admitidas depois de 2000, já substituindo as que deixaram o Programa, aprenderam as atividades por meio das colegas:

Entrei depois delas e aprendi o trabalho com outra ACS, não tive curso, nada. Fiquei o 1º mês junto com a colega, aí fui pegando como falar, como preencher a ficha. (ACS Taís)

Vale lembrar que, segundo as orientações do Ministério da Saúde, a recomendação era de que a capacitação dos ACS fosse realizada pelos integrantes da ESF, num processo de educação permanente, durante o trabalho. Nesse sentido, diante das instabilidades do novo processo de trabalho e, mesmo das inseguranças dos profissionais com a implantação do PSF, tornava quase impossível o desenvolvimento de qualquer proposta desse gênero. O aprendizado foi ocorrendo na prática diária do trabalho, como veremos adiante.

5.1.3 A formação de nível superior das profissionais da saúde

O ensino superior, médico e de enfermagem, seguiu, durante muitos anos, o modelo disciplinar centrado numa racionalidade biomédica, restrito à sua dimensão biológica, com uma visão organicista do paciente e a uma análise do processo saúde-doença, enfocando prioritariamente a doença e as medidas terapêuticas aplicáveis a 'cada caso'. O domínio teórico das disciplinas biomédicas, que fundamentavam a organização curricular, era a condição para o início da formação profissional.

O ensino clínico, desenvolvido em sua maior parte em hospitais, permitia que, de modo geral, os pacientes fossem tomados como objetos de aprendizagem, desvinculados do seu contexto, distanciados das contradições do mundo de fora, do

'extra-muros'. Trata-se do modelo médico hegemônico de ensino: organicista, mecanicista e ahistórico, que subtrai da formação profissional outras abordagens, impedindo assim, uma prática socialmente construída; o usuário é tomado como objeto do trabalho – com pouca ou nenhuma participação no processo. (ALMEIDA *et al.*, 1999).

Assim, pode-se depreender que a formação pautada nessas bases propicia uma prática médica na qual o profissional pode construir seu mundo próprio de experiências e assumir o tratamento dos 'seus' casos, com uma autonomia profissional que está na origem da profissão e lhe garante *status* e controle do trabalho. Essa condição coloca o médico numa posição de dominação em relação aos demais trabalhadores da saúde (SCHERER, 2006).

Em relação à enfermeira, essa formação leva a uma segmentação de diferentes conteúdos, ao descentramento do sujeito e à fragmentação do cuidado, predominando em todo atendimento o aspecto curativo. Além disso, com a divisão técnica do trabalho, a enfermeira, via de regra, é responsável pela coordenação e supervisão do serviço de enfermagem. A profissional, ao se inserir no serviço, de modo geral, passa a assumir os objetivos e processos de trabalho já determinados. Nessa perspectiva, é esperado pela instituição que a enfermeira desempenhe inúmeras tarefas, além de responder pela organização, condução e supervisão do processo de trabalho, de maneira que, apesar de todo o investimento em sua qualificação, muitas vezes, ela sofre um sério desencantamento no que diz respeito ao campo de sua autonomia e de seu status profissional (VILLA, 2006).

Não nos deteremos nessa temática, uma vez que se encontra extensa bibliografia referente ao ensino superior dos profissionais da saúde, notadamente, a partir das propostas de mudanças que vêm se processando no trabalho do setor saúde, requisitando diversas reformulações no sistema de formação de seus trabalhadores.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde e da Educação têm oferecido estímulos aos processos de mudança curricular do ensino superior, que se refletem nas práticas profissionais em saúde.

Destacamos como um dos marcos desse processo, a elaboração das Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Medicina e do Curso de

Enfermagem, em 2001 pelo Conselho Nacional de Ensino, visando proporcionar às Instituições de Ensino Superior um direcionamento para a implantação e a implementação de novos projetos político-pedagógicos, que pudessem dar maior sustentação às transformações da área da saúde (BRASIL, 2001b).

Segundo as novas diretrizes curriculares, os conteúdos essenciais para os cursos devem estar relacionados com todo o processo saúde-doença do cidadão, da família e da comunidade, integrados à realidade epidemiológica e profissional, proporcionando a integralidade das ações; devendo contemplar as ciências biológicas e da saúde, priorizando também as ciências humanas e sociais (BRASIL, 2001b). Tais diretrizes norteiam, desde os conteúdos essenciais, as propostas metodológicas, os objetivos dos cursos, até o perfil dos profissionais a serem formados, visando uma capacitação comprometida com as transformações das práticas de saúde, notadamente de acordo com o contexto brasileiro de construção do SUS e com o novo modelo assistencial.

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde propôs diferentes fóruns para possibilitar o diálogo entre instituições formadoras e gestores do sistema de saúde, buscando definir os caminhos que a formação deve percorrer para atender às necessidades do SUS. Também foi oferecido apoio técnico e financeiro ao desenvolvimento das mudanças curriculares para viabilizar a adoção dessa orientação.

São muitos os desafios ainda presentes como a ampliação da clínica, a articulação entre indivíduos e coletivo no trabalho em equipes, a construção da integralidade da atenção que “têm sido propostos, simultaneamente para as escolas e para o sistema de saúde. E deverão ser enfrentados conjuntamente no processo de formação e de transformação das práticas de saúde.” (FEUERWERKER; ALMEIDA, 2003, p. 352). Trata-se de projetos inovadores, mais críticos e criativos para que os atores vivenciem os princípios de integralidade, equidade e universalidade preconizados pelo SUS, e possam contribuir efetivamente na construção de novos modelos de atenção à saúde - que incluam o desenvolvimento do aprendizado e da prática multiprofissional como elemento estratégico da mudança.

Contudo, os sujeitos desse estudo foram, em sua maioria, formados sob a égide médico-hegemônica, conforme aponta claramente o discurso de uma das médicas e das enfermeiras:

Eu formei e fui direto pra especialidade. Todos meus colegas dessa época, já entravam escolhendo a especialidade que iam fazer. Eu escolhi a ginecologia e de 1982 até 2002 só cuidei de mulheres. (M Marta)

Mas a formação era muito diferente de hoje, pra você ver, eu não vi nada sobre consulta de enfermagem, nem tinha isso, vim aprender aqui no trabalho com as colegas mais novas. (E Mara)

Eu formei em 99 na Federal e nem se ouvia falar de PSF. (E Cleide)

As trabalhadoras fizeram poucas referências sobre a sua formação acadêmica, reiterando em diversos momentos o aprendizado com o trabalho diário:

O trabalho é uma fonte de saber porque a gente já tem uma carga teórica do Curso, que exige a prática pra te dar um conhecimento consolidado. (E Laura)

Porque eu fiz residência em clínica médica e logo que formei vim pra saúde pública, mas estava há 12 anos afastada da pediatria, que estou aprendendo agora. (M Célia)

O PSF ajuda a gente a ter uma visão social muito importante e ajuda a ter um conhecimento mais amplo dos saberes médicos. Você tem uma atualização em pediatria, em ginecologia, em clínica médica, enquanto se você fica só numa área você não consegue isso. Então, é um campo de saberes muito mais amplo que qualquer outro. (M Regina)

Finalizando, reconhecemos a importância da formação dos trabalhadores para a efetivação das mudanças da área da saúde, contudo, concordamos com Merhy (2002) ao assinalar que as tecnologias de ação mais estratégicas na assistência estão contidas nos processos de intervenção em ato, ou seja, no momento assistencial. De maneira que é no trabalho diário, dependendo das escolhas realizadas pelo trabalhador que as mudanças podem ocorrer.

Verificamos assim, que as profissionais vêm aprendendo a lidar com as novas propostas de reformulação da assistência na saúde coletiva – como pioneiras da construção do novo modelo assistencial – num verdadeiro processo de ensino-aprendizagem no cotidiano do trabalho, como veremos adiante.

5.2 A pedagogia inscrita na experiência do cuidado

Na saúde, é impossível a padronização das atividades, uma vez que cada caso obriga as trabalhadoras a descobrir soluções nem sequer imaginadas a priori. A profissional exercita, o tempo todo, uma gestão de si, uma gestão que envolve escolhas, valores, arbitragens que varia de acordo com cada situação. A gestão de si faz parte da vida e, portanto, permeia toda atividade de trabalho, nos diferentes graus de dificuldade em que possa estar inserida. Contudo, como visto anteriormente, pode-se afirmar que a prescrição de tarefas seria tanto melhor quanto mais permitisse ao sujeito se desenvolver enquanto realiza suas atividades.

Toda situação de trabalho, portanto, é convocação do uso de si e vai exigir uma mobilização cognitiva e afetiva do trabalhador, que passa a construir novos saberes e valores a partir da e na atividade. É o que veremos neste capítulo.

5.2.1 O trabalho no PSF: uma construção coletiva de saberes entre as profissionais no cuidado diário

Desde as primeiras entrevistas e observações realizadas no CSSJ, foi possível constatar que o cotidiano do trabalho em saúde constitui-se numa relação intensa de trocas e cooperação entre as trabalhadoras, sem as quais o serviço não se desenvolveria. Destaca-se o modelo instituído no PSF pelo modo de organização do trabalho em equipe, que aproxima os envolvidos, colocando-os numa relação de interdependência. A co-responsabilização por uma população adscrita propicia uma atenção compartilhada, com estabelecimento de objetivos comuns e criação de vínculo entre profissionais e usuários.

No atendimento diário, cada trabalhador contribui com suas competências específicas, com recortes diferenciados do problema trazido, que vão conformar diferentes maneiras de prestar o cuidado e mesmo de perceber as múltiplas dimensões do ser humano. Nesse cotidiano, os profissionais constroem e reconstróem os seus saberes e rearticulam o processo de trabalho, ao mesmo tempo em que reafirmam o que já está estabelecido, de acordo com as suas possibilidades e aquelas oferecidas pelo meio (SCHERER, 2006). Essa afirmativa é confirmada pelo discurso de uma das médicas:

O PSF é estruturado em equipe, onde todos os saberes são importantíssimos (...) Porque uma coisa que o enfermeiro vê, o médico geralmente não vê, o enfermeiro está mais ligado na linha de cuidado (...) A visão do enfermeiro é muuuuito diferente da visão do médico que é muito diferente da visão do auxiliar (...) - e muito mais diferente do ACS (...) Assim, cada um tem uma visão, essas visões se completam, mas ninguém substitui ninguém (...) Eu uso muito os saberes dos demais quando tenho dúvidas, e aprendo muito com isso. (M Regina)

Neste estudo, portanto, foi possível registrar diversos depoimentos mostrando que diferentes profissionais trocam saberes nas mais variadas situações:

Com o PSF melhorou muito a relação. Muito, porque a gente entende melhor as coisas (...) Também porque a gente vai discutindo com os colegas, vão passando pra gente (...) A gente troca muito. Entre nós as auxiliares é muito, é toda hora e em todos os setores (...) e a gente sempre aprende algo novo. (AE Elisa)

Eu mesmo aprendo no dia a dia, com a saúde do adulto, porque tenho experiência na pediatria. Eu aprendo também com o paciente. (E Cleide)

Hoje, com a outra médica tem uma troca meeeesmo, ela orienta sobre o quadro, explica porque disso, daquilo (...) E eu vejo a importância do médico também ouvir a gente, o que a gente sabe dos usuários (...) Então essas informações podem ajudar a ela dar andamento na sua consulta, nas decisões que vai tomar (...) Com a enfermeira a gente já tem esse costume, toda dúvida é ela e as colegas que salvam. (AE Júlia)

Essa troca de conhecimentos permite a ampliação das competências das trabalhadoras que, de forma muito sutil, vão adquirindo cada vez mais

segurança e autonomia para o desenvolvimento das atividades nas diversas situações, sem que com isso se esgote a possibilidade de surgimento do novo, pois o trabalho em saúde se faz no espaço relacional, ou seja, no espaço da imprevisibilidade:

A troca é todo dia, todo dia tem algo novo, todo dia alguém traz um problema diferente ou comenta alguma coisa nova que aumenta o nosso conhecimento. (E Mara)

É uma troca e você agrega o conhecimento do outro ao seu. Até do ACS, você acrescenta o conhecimento que ele tem da comunidade. Ele me traz a vivência dele lá na comunidade, a experiência dele, seu olhar que é diferente do meu, de como vive a família – ao que a gente não tem acesso e ele tem; seus costumes, sua situação financeira. (E Laura)

As trabalhadoras, portanto, explicitam em suas falas o desenvolvimento de uma ação interativa, absorvidas numa troca de conhecimentos que envolve diferentes pessoas, seus hábitos e costumes:

Ah! A gente aprende como as pessoas se cuidam, aprende um pouco do científico. Aqui o conhecimento é muito mais científico, na vila tem mais os chás e outras coisas. (ACS – Berta)

Cada profissional domina um leque de conhecimentos que será utilizado de acordo com a situação, de modo que, no cotidiano do serviço, há uma articulação coesa entre as diferentes trabalhadoras, buscando juntas, as soluções possíveis para responder efetivamente aos problemas que chegam. As relações de saberes, por vezes, é facilitada pelo intercâmbio de informações realizado nas reuniões da equipe:

A reunião de quinta com as auxiliares de enfermagem, a reunião da equipe, às vezes, são momentos de troca; mas nem sempre (...) O trabalho no PSF facilitou muito a troca de saberes, porque essa coisa de sentar junto, se reunir, discutir um caso, discutir uma dificuldade pro usuário ou do trabalho sempre aumenta o conhecimento. (E- Laura)

Contudo, a própria enfermeira assinala que as reuniões da ESF nem sempre se constituem em um momento de troca, como também assinala a ACS:

Ah não! não tem troca na equipe porque é sempre uma coisa bem corrida. Porque os contatos com o pessoal da equipe são só naquelas reuniões e é muito rápido, só pra passar o que tem que ser feito, não tem discussão de caso não. (ACS2 – Carol)

As reuniões da ESF têm por objetivo, por um lado, acompanhar os casos atendidos e nortear a atuação dos profissionais e por outro lado, capacitar os seus membros (BRASIL, 2001a). Por vezes, estas acontecem de forma rápida, há uma pauta a ser seguida para o controle das atividades propostas e os casos são comentados brevemente, sem que a médica ou a enfermeira tomem consciência das necessidades dos demais. Tal fato diminui as possibilidades de participação ativa do grupo, comprometendo um dos propósitos do trabalho em equipe que é a educação continuada dos seus integrantes:

Em reunião da ESF, enfermeira e médica discutem com os demais membros o caso de uma gestante:

Enf. – É um caso de DEG que a paciente não está acatando as orientações.

Méd. – Então, precisa acompanhar com a visita da ACS.

ACS - O que é essa DEG?

Enf. – É caso de pré eclampsia.

ACS - Ah! (e faz gesto de dúvida para as colegas ao lado, sem ter entendido)

Mudam de assunto. (DC - Reunião da ESF em 12/07/2006)

Diante da descrição acima, lembramos da valoração desigual atribuída às diferentes categorias profissionais que dificulta tanto a concretização da interdisciplinaridade dos saberes, quanto a interatividade entre trabalhadores. Nessa direção Scherer (2006, p. 147), citando Schwartz, reafirma a necessidade de que os profissionais assumam uma atitude de “desconforto intelectual” diante de seus próprios saberes, questionem a sua formação e estejam abertos à contribuição dos demais de modo a “repensar o seu jeito de agir.” O reconhecimento da necessidade de ampliar seus saberes é apontado no discurso de uma das médicas:

Quando formei, você era preparado pra atender aquela especialidade e pronto. Não tinha outras demandas, depois com as discussões pra um atendimento mais ampliado é que pude perceber que tinha muito

ainda pra aprender – mas porque agora a lógica de atendimento é outra. (M Marta)

A proposta assistencial do PSF, ao deslocar o enfoque da queixa trazida pelo usuário para uma atenção mais integral, exige um compartilhamento de saberes entre todos. Pelos depoimentos coletados, pode-se perceber que, aos poucos, as profissionais vão reconhecendo a importância do seu conhecimento no desenvolvimento do trabalho diário, contribuindo, cada vez mais, para a resolução de problemas de forma compartilhada. Nesse sentido, não podemos deixar de salientar que, em diversos depoimentos, as ACS e as auxiliares de enfermagem reportaram-se aos saberes adquiridos no processo de ensino-aprendizagem com a enfermeira:

A enfermeira que lhe dá confiança pra fazer. Eu por exemplo: vacina, só aprendi fazendo. Quando cheguei não sabia nada (...) Aprendi tudo aqui com a enfermeira. (AE- Júlia)

Aqui a gente observa as coisas, vê como os enfermeiros atendem, o que elas discutem com os outros, como orientam a mãe. A gente aprende vendo o trabalho delas. (ACS- Berta)

O trabalho das ACS, logo que foram admitidas nos Centros de Saúde, foi todo orientado pelas enfermeiras, sem nenhum outro tipo de capacitação subsequente, uma vez que a qualificação destas só foi definida nos dois últimos anos:

E com o PACS teve a capacitação pro ACS, pro cadastramento das famílias, foi um treinamento mais administrativo, mas fomos nós que assumimos. (E Mara)

Quando eu entrei a Mara [enfermeira] nos treinou. Era o grupo todo de ACS, uns 12 ou 15, ela reunia a gente lá no Centro de Apoio. O que a gente teve foi: o que era ser ACS; como ser um ACS; tinha dinâmicas, eu lembro que nós fizemos um teatro. (ACS Vilma)

Quanto às auxiliares de enfermagem, a maioria delas, ao chegar ao serviço, boa parte recém-formada, demandou um trabalho educativo gradual, adquirindo e mobilizando os saberes da e na atividade – num ‘aprender-fazendo’:

A enfermeira até falava: você vai ter que ‘trocar a roda com o carro andando’ (...) No começo ela fazia, eu olhava, depois fazia com ela olhando e me ajudando – a segurar a criança, por exemplo, e por último eu chegava e falava: - Olha, vou fazer isso e isso e ela dizia é isso aí, vai firme, cada vez fui adquirindo mais confiança e firmeza. (AE Júlia)

A maneira como a relação entre o saber e o fazer é retratada, mostra que um implica e é implicado pelo outro, teoria e prática não existem isoladas, um não existe sem o outro, mas encontram-se em uma unidade indissolúvel que envolve o sujeito com quem se interage. Parafraseando Freire (1979, p.72), podemos dizer que a aquisição de saberes no trabalho em saúde: “Não pode se fazer de cima para baixo, nem de fora para dentro, como uma doação ou uma exposição, mas de dentro para fora pelo próprio sujeito, somente ajustado pela *enfermeira*.”

A enfermeira flexibiliza, assim, a rotina de trabalho instituída propondo formas de fazer a partir dos casos concretos, presentes e emergentes. Ela cria oportunidades atentando para o interesse, as necessidades e as possibilidades da trabalhadora, considerando-a co-responsável pela atividade:

Concordo que antes era maior a nossa relação com os auxiliares de enfermagem, a gente costumava dizer que a gente “punha a tira colo” (risos). Porque se chegava uma auxiliar nova a gente acompanhava em todos os setores, acompanhava mesmo, fazia as tarefas junto com aquela auxiliar até ela estar em condições de trabalhar sozinha. Peguei muitas que vieram direto da escola, então pensa: Era aqui no serviço que a gente ensinava e era no trabalho porque nunca a gente parou de trabalhar para treinar. (E Mara)

Aqui o papel da enfermeira é mediar a aprendizagem, priorizando a bagagem de conhecimento trazida pela trabalhadora, ajudando-a ‘par e passo’ como um caminho a ser percorrido, demarcado em fases ou etapas. Pelos depoimentos colhidos, verifica-se que a dinâmica pedagógica utilizada permitia a apreensão dos movimentos de forma gradual, promovendo um avanço para níveis mais complexos de acordo com as capacidades e ritmo de cada uma. Desse modo, as trabalhadoras foram transpondo suas dificuldades no domínio da habilidade técnica, tendo a

interação e a confiança como diretrizes na construção das habilidades e da destreza:

Ela [enfermeira], primeiro chamava pra ver ela fazendo, fazia junto depois, ajudando a segurar e, no olhar ia mostrando se tava certo. Isso que dava segurança; depois ficava na sala junto, só olhando: - 'Você podia ter feito mais pra baixo, ou mais pra cima.' Criança com 1-2 meses tem pouca massa muscular... o jeito dela era muito bom, o jeito de pegar, de se posicionar e até como falava (...) Ela estando perto dava segurança. (AE Elisa)

Ah sim, no trabalho você aprende muito (...) você aprende 1º observando a enfermeira, depois fazendo junto. Depois você ensina, faz no passo a passo com o colega. (AE Nilma)

A ação pedagógica presente nos processos de capacitação das auxiliares de enfermagem, realizada pela enfermeira, é responsável pela troca dos conhecimentos necessários para que as trabalhadoras dominem sua atividade de trabalho. Vale ressaltar que o saber que temos da atividade é somente uma representação desta; fazemos uma idéia do que será realizado, porque o essencial na mobilização de saberes está no ato em si, no cuidado executado pelas trabalhadoras (SCHWARTZ, 1998).

Contudo, com a mudança do processo de trabalho a partir do PSF verificamos, pelos depoimentos, que a enfermeira viu-se obrigada, diante de outras atividades, a se afastar mais do serviço de enfermagem. Algumas auxiliares fizeram referência à falta que sentem do acompanhamento dessa profissional no cotidiano de trabalho:

Antes do PSF a gente tinha mais tempo com ela, ela ficava mais com a gente, sempre discutia alguma coisa. Agora as enfermeiras ficam mais nos consultórios, no acolhimento (...) Hoje, se chegasse um funcionário novo, não sei como seria pra treinar, acho que ia ficar só com a gente, as enfermeiras não têm esse tempo. (AE Diva - DC - Vacinação 26/07/2006)

Antes ela [enfermeira] ficava muito com a gente, trabalhava ali junto, agora com tanto acolhimento elas ficam mais distantes porque estão mais no atendimento e isso faz falta, porque qualquer dúvida você tem que sair procurando uma enfermeira. Ela se distanciou... Acho que a auxiliar ficou um pouco solta mesmo, pela sobrecarga da enfermeira. (AE Elisa)

O trabalho do PSF no CSSJ foi organizado de modo que as enfermeiras são as responsáveis pelo acolhimento diário, uma atividade que determina profunda relação entre os diferentes integrantes da ESF. Segundo Franco e Merhy (2004), para que esse trabalho seja viabilizado, há necessidade da articulação de um "campo de produção do cuidado" comum a todos. O trabalho em equipe ganha, portanto, uma nova dimensão no sentido da divisão de responsabilidades entre os seus membros. O depoimento de uma enfermeira deixa claro que, diante das imprevisibilidades da atividade, é necessário buscar soluções, no coletivo de trabalho, para que o seu desempenho possa ser qualificado e qualificante:

[No PSF] você lida com vários problemas, não é somente a saúde. Você viu outro dia eu comentando de uma avó que queria saber se o seu filho havia abusado sexualmente do seu neto. Olha só, uma questão ética e que sem dúvida mexe com a gente; eu tenho um filho de 5 anos. Ela estava sofrendo, era o seu filho e o seu neto. Como resolver isso? É um caso que me move em muitas direções: do direito da criança, envolve o conselho tutelar, envolve a assistente social, a psicologia, porque ela vai ter que acompanhar também esse caso. Olha a dificuldade! Mas pra mim é também um aprendizado pra vida e eu não vou resolver isso sozinha! (E Laura)

O saber originado na busca por melhores resultados tem como objetivo um bem comum. Na medida em que a profissional se sensibiliza com a dor da usuária, respeitando as suas dificuldades, busca soluções compartilhadas e implicadas com um trabalho interdisciplinar. Nesse sentido, o trabalho em equipe aponta para um equilíbrio das competências, ativado pelo potencial ampliado da atividade, onde sinergias bem sucedidas supõem, em parte a competência individual e em parte as competências coletivas, modificando assim, a gestão da atividade (SCHWARTZ, 1998).

No caso acima descrito, no processo relacional entre a usuária - a avó - e a enfermeira, verifica-se a dimensão da clínica ampliada, uma assistência que comporta o encontro entre necessidades e processos de intervenção tecnologicamente orientados, visando um acompanhamento interdisciplinar do caso (CAMPOS, 2003). Aqui o termo 'ampliada' assume distintas significações relativas a uma atenção ampla ao usuário, bem como às relações ampliadas entre as profissionais envolvidas.

A proposta de projetos terapêuticos interdisciplinares reduz, cada vez mais, a tendência dos profissionais em manterem-se em seus núcleos restritos de conhecimento, segundo sua formação original, ampliando, assim, o leque de saberes de cada um e do grupo (CAMPOS, 1999). A atenção ampliada, em uma perspectiva interdisciplinar, pode ser observada nas descrições abaixo, nas quais as enfermeiras e a médica buscam soluções coletivas e novas práticas que incluam a participação do usuário:

Ao final dos atendimentos da manhã, as enfermeiras das equipes ouro e prata e a médica da equipe prata discutem o caso de um usuário cujo resultado de exame HIV foi positivo. A situação envolve as 2 equipes, pois sabem que o rapaz mantém um relacionamento com uma usuária da equipe ouro. Discutem a situação e as três decidem quais as orientações a serem feitas para um e outro, e as condutas a serem tomadas. (DC - 28/06/2006)

(Comentário de uma das enfermeiras dias depois)

São poucas vezes que a gente tem tempo pra discutir junto. Você viu, outro dia discutimos aquele caso do usuário com HIV e depois disso a Dra. Célia falou: “- Agora precisamos discutir o caso do Sr José, eu, Laura e ela.” Isso é muito bom, sinal que as coisas estão mudando. (E Mara)

Constata-se pelas observações acima, que embora possam parecer pequenas, as alterações de comportamento entre as profissionais, na realidade são “fundamentadas e comprometidas com conceitos e valores radicalmente diferentes daqueles dominantes no modelo médico tradicional.” Trata-se de uma nova forma de atuar, onde as trabalhadoras passam a decidir juntas as condutas, preocupadas com os sujeitos e os meios mais apropriados para sua implicação no cuidado à saúde (CAMPOS, 1999).

Assim, a capacidade de gerir as situações que se apresentam para o trabalho em equipe vai exigir das trabalhadoras novas aprendizagens a partir da vivência, reinventando relações, numa gestão mais democrática da atividade, sendo necessário para isso, maior distribuição de poder e confiança nas capacidades e saberes do outro. O trabalho interdisciplinar, portanto, flexibiliza as relações de poder-saber ainda existentes em todo campo da saúde.

5.2.2 O trabalho educativo grupal: compartilhando os saberes da ciência e os saberes populares sobre saúde

Dentre as diversas atividades desenvolvidas pelas equipes do CSSJ, o trabalho educativo grupal tem sido priorizado por algumas trabalhadoras e foi citado por vários sujeitos como uma atividade que propicia a troca de saberes entre os profissionais e entre estes e os usuários. Pode-se perceber que o grupo constitui-se num instrumento eficaz para trabalhar a promoção/educação em saúde. Caracterizando-se como uma atividade interdisciplinar, da qual participam médicas, enfermeiras e ACS, esse trabalho permite uma visão mais comunitária da saúde, da realidade e das experiências da população. Vale notar que as auxiliares de enfermagem, no período da coleta de dados, não estavam participando dos grupos, pois estavam ocupadas com as atribuições específicas do trabalho de enfermagem.

Nesse período, a equipe prata trabalhava com grupos de hipertensos e de gestantes, a equipe diamante com grupos de hipertensos e começava a organizar o grupo da terceira idade e a equipe ouro não estava trabalhando com grupos operativos, embora já tivesse desenvolvido essa atividade anteriormente.

Um dos fatores que diferencia a atividade de grupo das demais, e exatamente por isso merece destaque, é a criação de um espaço mais informal que propicia o estabelecimento de relações mais próximas, mais espontâneas entre profissionais e usuários, facilitando o encontro e a construção conjunta de saberes. Aí, as trabalhadoras aproximam-se da realidade da comunidade, ficam cientes das várias estratégias utilizadas pelos indivíduos para encaminhar a vida e, ao mesmo tempo, os usuários têm a oportunidade de expor as situações vivenciadas, discutir experiências e tirar dúvidas, tornando-se momentos de trocas, de orientação e mesmo de desabafo para os participantes.

A estratégia trabalha a potencialidade para a mudança de modelo, pois prioriza o vínculo com a população e facilita um rompimento no comportamento passivo dos profissionais dentro das unidades básicas de saúde, permitindo a extensão das ações para e na comunidade. Cria, assim, a possibilidade de se lidar diretamente com a demanda trazida para o grupo, estabelecendo novas relações de compromisso e de co-responsabilidade entre os trabalhadores e usuários

(CAMPOS, 1999). Algumas profissionais, dentre as diversas atribuições, priorizam a atividade grupal, valorizando sua ação e a aceitação da população:

Entendo que esse trabalho no grupo, mais junto da população, é mais efetivo. Porque na verdade, eu ficar nas consultas, é como ficar apagando fogo, as coisas vão demorar mais. (M Célia - DC Grupo de Hipertensos 20/06/2006)

E quando elas saem [usuárias] nenhuma delas deixa de agradecer e sair com a carinha mais boa de quem gostou muito, por isso eu gosto do grupo. (ACS Vilma - DC Grupo Gestantes 20/06/2006)

Os trabalhadores da ESF são educadores e educandos, alternando papéis, num processo ativo de ensinar-aprender. Todo ser humano é dotado de conhecimento próprio, resultante de sua experiência de vida, e o respeito por esse saber é fundamental para a prática educativa (FREIRE, 1985, 1998; DEMO, 1997). Alguns sujeitos do estudo declararam sua opção por uma abordagem compreensiva na atividade grupal, respeitando o saber do outro, trocando conhecimentos e aprendendo, o que possibilita o crescimento pessoal e a realização profissional:

Eu gosto muito desse meu trabalho e apesar das dificuldades eu não abro mão não, porque aqui eu sinto que sou muito útil. Esse contato mais próximo, as mulheres ficam mais à vontade pra fazer perguntas. É quando vejo que valeu a pena tantos anos de estudo, não que as outras atividades não valham. Mas no grupo eu sou referência para as mulheres e elas pra mim, porque suas histórias me ajudam, elas muitas vezes falam com suas palavras o que eu ia dizer e essa participação é importante, aprendo com o jeito delas. É um momento em que eu faço aquilo que planejei, aquilo que eu acredito como meu perfil de enfermeira. (E Laura - DC Grupo de Gestantes 20/06/2006)

Fazia grupo também no outro Centro de Saúde. Aqui a relação é dinâmica, todos falam, tem hora que paro de falar pra pedir silêncio, porque ficam todos falando juntos (...) A troca é natural e acho que por isso tem muito efeito. (M Regina - DC Grupo Hipertensos 10/05/2007)

A iniciativa de promover o trabalho educativo em grupo determina que os participantes estejam absorvidos na interatividade da ação, buscando juntos soluções para as questões levantadas. Nesse sentido, Freire (1998, p. 32) assinala

que ensinar “tanto implica no respeito ao senso comum no processo de sua necessária superação, quanto o respeito e o estímulo à capacidade criadora do educando.” O depoimento abaixo é um exemplo claro dos saberes da experiência da usuária compartilhados com a médica e o grupo, dando solução para um problema supostamente ‘insolúvel’:

A troca de experiência é muito grande mesmo, vou aprendendo com a simplicidade deles, como lidam com as dificuldades na vida. Aprendo a simplicidade da linguagem, como se expressam seus males; aprendo nas soluções simples que eles arrumam – e aí eu até uso o exemplo de um, com outros pacientes. Por exemplo, outro dia a gente falava do uso do sal na comida e queixavam que sem sal fica muito ruim e a gente sempre esbarra nesse problema insolúvel!! Eu já estava sem saída, quando uma Sra. explicou que ela usa bastante alho batidinho na hora, muita salsinha, cebolinha e coentro – o que dá mais sabor e disfarça a falta do sal. Você sabe que isso dá certo mesmo? Agora já vou sugerindo pros outros pacientes e quando retornam pergunto se tentaram fazer desse jeito. Tem dado certo! (M Célia - DC Grupo Hipertensos 26/03/2007)

A concepção que o profissional tem a respeito do processo educativo, do educador e do educando, será o fator norteador do rumo e da forma da sua atuação pedagógica nos grupos. A condução do trabalho educativo, respeitando os saberes populares, demanda tempo e experiência para que se possa consolidar, pois o conhecimento em si não é transformador, a geração da consciência crítica não é automática, mas um processo político de conquista, de construção, de criação (FREIRE, 1985, 1998). Assim, a construção do saber, a partir da contribuição dos envolvidos, possibilita uma aprendizagem mais significativa e, por esse motivo adquire, para eles, maior sentido:

A informação também tem muito mais valor e corre muito mais... É que eles passam mais essa informação porque eles participaram dela. Eles levantam as necessidades, dificuldades e discutem. Então, toma mais sentido pra eles (...) é o conhecimento construído por eles e por isso é mais valorizado e passado adiante. Como no grupo passado, quando falamos que não adianta substituir o sal pelo Sazon que tem muito mais Sódio – ficaram tão surpresos! (...) e a coisa correu em todo Centro de Saúde. (M Célia - DC Grupo Hipertensos 26/03/2007)

Aqui é melhor porque dá pra conversar, se tenho dúvida eu pergunto. Na consulta não dá pra isso (...) Aqui a gente pode falar e é ouvida – se você conta um caso, todo mundo pára pra escutar e dá a opinião (...) Por isso saio de casa queimando a mufa nesse sol. (Usuária - DC Grupo de Hipertensos 26/03/2007)

Fica evidente, então, a importância por eles atribuída à possibilidade de interação, de participação, de poderem conversar sobre as suas coisas, como algo produtivo, prazeroso – que os motiva a saírem de casa e ‘*queimar a mufa*’ num sol escaldante, das quatorze horas.

Nessa perspectiva vão, aos poucos, substituindo o conhecimento não sistematizado, por uma aprendizagem da ciência, que deve ocorrer num processo diário de desenvolvimento do conhecimento (DEMO, 1997), de forma lenta e gradual:

Aqui é um trabalho lento, na informação tudo é muito lento, você fala uma coisa que o sujeito não sabe, mas vai vendo um progresso. Eles se sentem gratos (...) Toda informação é muito bem vinda pra eles. Agora, a mudança de comportamento é lenta meeeeeessmo e muito complexa. Porque nós estamos propondo a mudança da vida deles e isso dentro de uma situação social muitas vezes nada fácil... O acesso ao saber a gente vai propondo, mas o processo é muuuuito lento. Mas o nosso papel é esse mesmo, trabalhar devagar. (M Célia - DC Grupo Hipertensos 26/03/2007)

Segundo Alonso (1999, p. 123), o trabalho grupal é fundamental na construção dos saberes, pois os indivíduos sentem-se valorizados ao perceberem-se vistos e ouvidos pelos outros. Por intermédio dos outros, o indivíduo sabe-se e se reconhece:

na modalidade grupal o indivíduo tem a oportunidade de perceber que as pessoas vivenciam situações de saúde-doença com manifestações clínicas, angústias e preocupações parecidas e, nestas situações, o processo educativo tem um forte aliado, que é o ato de compartilhar os mais variados saberes e experiências relacionados aos cuidados para com a saúde, trazidos da vivência cotidiana das pessoas, com base no saber popular, na cultura, nas informações obtidas através da mídia, de experiências educativas formais anteriores e também na criatividade e na arte de viver.

Pode-se dizer que é através do olhar do outro que os indivíduos enxergam a si mesmos, daí a importância dos testemunhos e comportamentos

manifestados, pois quando algo é testemunhado como publicamente relevante é, então, referendado como verdadeiro. A fala de uma das enfermeiras que coordena o grupo de gestantes e de uma das participantes ilustra bem a afirmação:

No grupo vale o exemplo do outro, elas aprendem mais. Você viu, elas aprendem com as experiências umas das outras. Uma diz: parto normal dói demais, a outra diz: dói nada (...) É um processo lento, mas elas se convencem muito mais pela experiência da outra do que o profissional falar várias vezes. (E Laura - DC Grupo Gestantes 20/06/2006)

Aqui as outras também ensinam a gente, contam suas histórias e quando vem aquelas histórias de exagero (...) a enfermeira sempre coloca que cada uma vive uma história diferente, então, a gente fica mais tranqüila. (Usuária - DC Grupo de Gestantes 20/06/2006)

Uma forma para contornar as resistências internas dos usuários é a própria informalidade presente na relação grupal, que propicia a constituição de vínculos pela proximidade entre os participantes, permitindo que os sujeitos se expressem de uma maneira mais espontânea:

Vocês viram o seu Zé, outro dia ele falou na maior que não estava tomando o remédio, mas a Dra. percebeu (risos). (ACS Vilma - DC Grupo Hipertensos 26/03/2007)

As histórias que os pacientes contam são ótimas! Sou médica da D. Maria desde 1999 e não sabia que ela fuma. Uma informação tão importante, mas não sabia! E no outro grupo ela deu uma saída pra fumar, na maior, quando vi, até arregalei os olhos e perguntei: - A Sra fuma? E ela: - É, só um pouco por dia. E ela soltou assim sem querer. (M Célia - DC Grupo Hipertensos 26/03/2007)

O conhecimento da realidade enfrentada pelos usuários e as formas de que se utilizam para lidar com a vida são saberes determinantes para a conduta dos profissionais. Nesse sentido, Freire (1998) assinala que, sem o conhecimento das *manhas* com que os grupos humanos produzem sua sobrevivência, sem conhecer a leitura que fazem de seu contexto imediato e do contexto maior, do qual o seu é parte, não há como constituir um processo educativo:

Um trabalho que não abro mão é o grupo (...) Pra mim é importante porque vou aprendendo como eles lidam com a sua doença, com as suas dificuldades, o que fazem, isso não acontece no consultório. (M Regina - DC Grupo de Hipertensos 30/05/2007)

Por isso não importa a quantidade de usuário que vem ao grupo, nem os resultados imediatos, nosso papel é esse, discutir, nos aproximar do saber deles, da vida deles. (E Laura - DC Grupo Hipertensos 26/03/2007)

A compreensão do outro, de seu mundo-vida, do seu saber, remete o profissional a uma realidade dura que vai interferir, muitas vezes, nas possibilidades de efetivação do auto-cuidado:

Aqui é bom porque o pessoal [trabalhadoras] vê bem como é que o povo vive, o que eles enfrentam. Um vê o outro falar e aproveita pra falar também. (ACS Vilma - DC Grupo Hipertensos 26/03/2007)

A dureza da vida dos usuários é um dos fatores que torna a atividade educativa árida e dificulta o desenvolvimento do autocuidado. Confrontados com as restrições do real, somos levados a questionar: o que é produção de saúde, nessas condições? Quais os saberes devem ser trabalhados? E entendemos que o caminho passa pela implicação do sujeito no processo terapêutico na medida da sua possibilidade.

O usuário chega ao serviço, na maioria das vezes, em estado de dependência do outro e de alienação. Buscar caminhos que o levem à compreensão da sua realidade e discutir possibilidades de saídas pode ser uma das formas de produção da saúde, ou seja, auxiliar no desenvolvimento de uma visão mais crítica, capaz de substituir explicações mágicas pela busca de princípios autênticos e de causalidade, que refuta as posições quietistas (FREIRE, 1979). Lembramos assim, que a mudança de atitude vai depender das escolhas feitas pelo usuário, desde que lhe seja dada essa possibilidade. Este é um dos caminhos que levam à autonomia do ser, resgatando o sujeito “da repetição, da fragilidade e da condição de indefeso”, permitindo a renovação do seu potencial, muitas vezes adormecido para uma consciência e ação libertadoras:

Acredito no grupo porque ali eles percebem que não estão sozinhos, que os problemas são comuns e sempre tem aquele que acha uma saída (...) Quando fico mais desanimada não esqueço daqueles que conseguiram mudar, um pouquinho que seja. E olha que, o que pra gente parece pouco, pra eles é demais - porque se trata da vida deles. (M Regina – DC Grupo de Hipertensos 30/05/2007)

Fugimos assim, do *furor curandis*, construindo uma prática de saúde na qual, “por meio do vínculo, pode-se desenhar um campo de propostas terapêuticas que recolocam o sujeito no trilho da responsabilização pela própria vida.” (ONOCKO CAMPOS; CAMPOS, 2006, p. 683). O trabalho educativo grupal é, portanto, uma forma de ampliar os meios de intervenção para a prevenção das afecções, promoção da saúde e compreensão da vida na comunidade, trazendo o sujeito dentro da sua realidade para a auto-responsabilização.

5.2.3 As técnicas do Cuidado: uma competência inscrita no corpo das trabalhadoras

No desenvolvimento das atividades assistenciais observadas no trabalho das agentes das ESF, verificou-se que as ‘competências práticas’ dependem de habilidades físicas, destreza manual, desenvolvimento dos diferentes sentidos: auditivo - para uma ausculta; tátil - para sentir uma veia, sua posição, direção e calibre; controle da força e pressão - para uma tapotagem²² ou manejo de uma sonda vesical²³, por exemplo; visão aguçada e olfato - para a observação e percepção clínica. Essa relação determina um verdadeiro trabalho, um exigente ‘uso de si por si’, um reajustamento indefinido que leva em conta o real do corpo do usuário, sua anatomia, seu problema de saúde, sua condição de colaborar ou não com o procedimento.

²² Técnica terapêutica que consiste em percutir com as mãos em concha ou em ventosa, em diferentes lobos do pulmão, visando deslocar o muco para as vias aéreas centrais, facilitando assim sua eliminação.

²³ Sondagem vesical é a introdução de uma sonda ou cateter na bexiga, através da uretra, com a finalidade de remover a urina asséptica para exame ou esvaziar a bexiga em pacientes com retenção urinária.

São saberes do corpo produzidos no trabalho: “há toda uma sabedoria do corpo que se constrói na confluência do biológico, do sensorial, do psíquico, do cultural, do histórico (...)” (SCHWARTZ, 1998). Assim, as trabalhadoras adquirem as habilidades técnicas que ficam marcadas na memória corporal, como apontam os depoimentos:

Eu também aprendi aqui, primeiro fazendo as vacinas em crianças maiores, depois em menores - pra aprender essa pega, esse jeitinho de segurar o bracinho, de posicionar a criança no colo da mãe, ter segurança pra segurar (...) Fazer a ID [vacina intradérmica], precisa de uma tática especial, porque tem que pegar só na pelezinha, é só um risquinho, é esse jeito que cada uma arruma pra fazer bem e sem dano pra criança. Porque se não fizer direito a vacina não pega e a criança corre risco de pegar a doença. (AE Nilma - DC Sala de Vacina 26/06/06)

AE Diva observa a colega fazer a BCG e comenta com a pesquisadora:

- Ela é 'fera', eu aprendi muito com ela, muito mesmo. A Nilma faz isso de '*olhos fechados*.' (AE Diva - DC Sala de Vacina 26/06/06)

Fazer 'de olhos fechados' mostra que o corpo da trabalhadora já domina o caminho a ser seguido. Dejours (2003, p. 44) fala das 'inteligências do corpo' em que “as competências requeridas apóiam-se em um funcionamento do pensamento e do corpo que decorre propriamente do pensamento selvagem.” É o que vemos na descrição da auxiliar de enfermagem:

Nilma colhe sangue de um Sr. Idoso e leva um pouco mais de tempo. Fico observando e depois peço para que me explique o procedimento:

- Na coleta de sangue você tem que conhecer na prática, tem que fazer mesmo, porque engana muito. Nem sempre você pode pegar aquela veia cheiona, às vezes ela engana (...) Às vezes, você pensa que a agulha não tá na veia, mas ela é fininha e aí você tem que dar um toquinho de leve (...) Ah, não sei explicar não, só sei fazendo. Eu vou no rumo. (AE Nilma - DC Sala de Coleta 03/04/07)

'Ir no rumo' pode significar o componente intuitivo da ação. Os saberes engajados no corpo da trabalhadora, muitas vezes, "antecipam-se à consciência e à simbolização desses atos práticos" (DEJOURS, 2003, p. 44). Essas transformações marcam o sujeito em seu corpo e em sua subjetividade, ocorrendo uma transformação de si pela atividade, que é imprescindível para a eficiência do cuidado. Segundo o autor, na maioria das vezes, a inteligibilidade dos comportamentos não tem como ser expressa em palavras, é algo intrínseco à corporeidade do sujeito.

Assim, devemos ressaltar que o fato de a trabalhadora não conseguir exprimir em palavras a atividade da punção venosa não significa que seu procedimento esteja esvaziado da competência conceitual, isto é, que não contemple uma seqüência de regras implícitas e outras tantas explicitadas pelos Manuais de Procedimentos Técnicos:

Quando cheguei não sabia nada de Saúde Pública. No Manual tem lá o tipo, a via, aquela coisa da rede de frio... Mas quando você vai fazer uma BCG – Intradérmica, num RN [recém-nascido] magrinho, que mexe muito aí que você vê o tanto de dificuldades. (AE Júlia)

Trata-se da junção dos ingredientes da competência, o aporte teórico, um protocolo a ser seguido e a experiência prática (SCHWARTZ, 1998). Desse modo, a competência industriosa vai além da avaliação de conhecimentos e possíveis progressos de um indivíduo, por isso necessita de uma série de 'ferramentas' – ingredientes - que auxilie na avaliação da atividade.

O primeiro ingrediente discutido por Schwartz (1998) envolve a capacidade humana de criar conceitos, de conceber formas de intervenção diferenciadas, de aprender como, repetir determinadas operações e modelos. Na saúde pode se relacionar à 'formação teórica' dos profissionais e às formas de intervenção apropriadas. Como exemplo, podemos citar os protocolos contidos nos manuais, que norteiam as diferentes formas de ação.

Já o segundo ingrediente seria relativo aos processos de renormalizações – é a dimensão da experiência ou da singularidade. Trata-se dos saberes que resultaram da vivência concreta das situações no que elas têm de

singular. Desse modo, muitas vezes, as auxiliares de enfermagem podem dar mostra de competências maiores do ponto de vista do ingrediente dois, em virtude das limitações de sua formação (SCHWARTZ, 1998). Esse ingrediente é de difícil avaliação, pois não implica apenas o domínio cognitivo, mas a globalidade do ser, o corpo-si que foi se constituindo no mundo-vida do trabalho.

Aqui vale ressaltar o exemplo do clássico “olho clínico” das trabalhadoras da área da saúde, ou seja, a capacidade em identificar problemas apenas com um olhar. Esse comportamento é tanto mais notável quanto maior a experiência da profissional:

Esse olho clínico, as auxiliares de enfermagem desenvolveram com certeza, com a prática. Umas aqui mesmo no CS outras porque trabalham em outros lugares, mas é a vivência do dia a dia, o aprendizado diário (...) E esse olho clínico ajuda muito no meu atendimento, porque quando chega uma e diz: “ - Dra. vou passar esse menino aqui na frente!”, não precisam me falar mais nada, na hora vou ver porque tem alguma coisa. Vou atender, porque elas viram e sei que tem alguma coisa que é prioridade. (M Marta)

O *olho clínico* das profissionais permite, pela experiência, reconhecer alguns sinais identificadores de problemas, antecipando a situação vivenciada – antes mesmo que eles sejam enunciados pelo usuário:

Teve um dia, que eu estava aqui atendendo e a Ana [AE] entrou me dizendo: - “Olha, fulano está tendo um AVC, corre aqui pra ver.” Ela bateu o olho e viu que o senhor estava mal. E ela desde que formou trabalha aqui no CS. E eu corri lá e realmente ele estava tendo um AVC. (M Célia)

Na sala de vacina também elas detectam muita coisa, a icterícia mesmo leve, porque têm esse olhar criado no cuidado, aqui ou no hospital porque algumas trabalharam na pediatria. (E Laura)

Trata-se de um ‘olhar criado no cuidado’ que avalia o outro, uma competência do histórico da trabalhadora “ancorada em pontos de referência, conhecimentos mais ou menos intuitivos da vizinhança industriosa, antecipações do comportamento e das arbitragens dos próximos” (CUNHA, 2006b, p. 6). É o que constatamos também nos depoimentos abaixo:

Uma mãe chegou, com o neném no colo. – ÔH! Neném!! Ele quietinho, molinho, chiando baixo, mas já estava ficando cianóticozinho (roxinho) no colo da mãe, pra ela era por causa do frio, pra nós um caso grave!! Assim, a gente tem que estar atenta, ver as coisas e despertar a atenção. É o olhar... é escuta ativa e o olhar astuto! (AE Ana)

[O curativo] aprendi com a enfermeira, ela avaliava e me orientava (...) Assim, fui aprendendo a olhar. A enfermeira ensina você a olhar, ensina mais do que fazer, porque olhar é pra saber que tipo de ferida é aquela e qual o melhor material pra usar nela. Você passa a ter um olhar diferente, passa a reconhecer o tipo de secreção, se tem cara de infectado ou não, passa a reconhecer uma fibrina, ver se a ferida está melhorando ou não. Porque fazer é mais fácil. A ponto de hoje chegar um curativo, eu vejo, avalio e decido o que usar nela. (AE Júlia)

Muitas vezes, essa competência clínica ‘criada no cuidado’ não é um olhar, mas consiste numa escuta acurada:

E esse olhar acaba que acompanha a gente. Por exemplo, tem pouco tempo nasceram gêmeos pertinho de casa e eu fico ouvindo aquele choro... Fico pensando, tá parecendo choro de cólica (...) Eu tô em casa, mas não desligo (...) Tem o esforço do choro, o choro gritado da dor de ouvido, o choro espremido da dor de barriga, tem vezes que dá pra gente perceber. Tem o choro de birra, você vê o choro nervoso porque está incomodado com alguma coisa (...) Tenho quatro filhos, isso também ajuda você a conhecer (risos). (AE Júlia)

São saberes da atividade que se encontram “no seio das experiências vividas anteriormente, mas que interagem com as situações vividas no momento presente, podendo ser reforçado, re-processado” (CUNHA, 2006b, p.7). A experiência de ser mãe, da auxiliar de enfermagem, complementa sua competência profissional e vice-versa. É o mesmo corpo, a mesma mente, um ser único presente e engajado na atividade: os saberes e valores circulam e se retrabalham entre o pólo do trabalho e os outros encontros com a vida:

Antes eu ia pensar como mãe: - Coitada, esse menino não pára de chorar, ela não está dormindo nada!!... Mas agora penso no que podia fazer pra aliviar a criança. Outro dia não agüentei e fui lá, vi a cor do neném (...) era uma hérnia que tava enorme e já

arroxendo em volta, eu encaminhei pra médica (...) e ele já foi operado. (AE Julia)

É importante notar que, na atividade industriosa os ingredientes da competência co-existem simultaneamente, sendo aqui apresentados em separado somente para permitir uma melhor compreensão.

A atividade não tem como ser padronizada, cada novo usuário que chega confirma a incerteza da situação, o que nos remete ao terceiro ingrediente da competência, que se refere à capacidade da trabalhadora instaurar uma dialética ou uma consonância entre os dois primeiros ingredientes (SCHWARTZ, 1998). Trata-se de saber como articular conceitos e técnicas aprendidos com as situações singulares que exigem adaptações e transformações desses instrumentos. Como exemplo, apontamos a competência da auxiliar em gerir sua atividade diante das variabilidades do meio e reações do usuário – como neste caso, em que, um dia mais frio altera a toda a rotina da coleta de sangue:

(...) a professora pode ensinar, mas é você que tem que sentir. Como hoje, um dia frio desse, elas [as veias] se escondem e aí precisa de um preparo antes, precisa de aquecer um pouco o braço, pedir pra bombear mais o fluxo, de ter mais paciência! Enquanto isso a fila só aumenta! (AE Nilma - DC Sala de Coleta 03/04/07)

São várias as artimanhas utilizadas para contornar as variabilidades do meio, há uma tendência do trabalhador em não sofrer as coerções das situações de trabalho, buscando saídas que facilitem a sua produção:

Antes...[a coleta de material para exames] era naquela saleta do curativo, pequeninha, você viu. Quando era lá reclamavam da braçadeira que é mais baixa e você tinha que ficar curvada, acabava com as costas! Mas lá não tinha mesmo espaço. Quando mudamos, passamos a usar a maca como suporte para o braço, pra facilitar pro funcionário porque ficou mais alto. O jeito de colher continua o mesmo! Alguns continuam com a braçadeira. Mas pra mim, a maca acabou que ficou melhor. (AE Diva - DC - Sala de Coleta 28/06/06)

Embora a maca não seja o local adequado para a realização da técnica, a auxiliar utiliza-a como instrumento improvisado de suporte para o braço do usuário, reconfigurando seu meio de trabalho.

Ouvimos, também, os relatos das trabalhadoras sobre as dificuldades enfrentadas para se adaptarem às modernizações dos instrumentos de trabalho. Nesse sentido, duas auxiliares de enfermagem lembraram as dificuldades sentidas quando da implantação do sistema a vácuo para a coleta de sangue, substituindo a punção venosa realizada com a seringa comum. Os depoimentos sobre a readaptação ao novo equipamento permitiram-nos constatar que nos domínios da inteligência do corpo, sempre ocorrem novas adaptações, a partir das novas demandas do trabalho:

Na enfermagem (...) olha o sistema vacutainer²⁴, primeiro pra gente acostumar com ele foi muuuuito duro, hoje a gente acha melhor, mas antes... Tem todo um sistema, o modo de puncionar, a agilidade pra colocar o frasco na agulha, você conhece! e no começo aqueles tubinhos - parecia que eram enormes porque a gente não tinha destreza e eles enchiam a mão...(risos). E aquela agulha ali na veia! e o paciente olhando pra você! Até conhecer a força certa pra ir colocando os frascos e tirando... Ah, foi duro pra todo mundo! (AE Diva - DC Sala de Coleta 28/06/06)

Duro mesmo foi quando mudou pro sistema a vácuo, a gente que estava acostumada com a seringa ficou perda. Hoje é fácil, mas antes não, parecia que a gente não ia conseguir. E o uso da luva também, custou a acostumar porque diminuía a sensibilidade. (AE Nilma - DC Sala de Coleta 03/04/07)

Nos casos citados, a prescrição da tarefa em si sofreu poucas alterações, pois a técnica básica de punção venosa continuava a mesma, com o acréscimo dos novos instrumentos, contudo, a percepção, a atenção e a nova habilidade exigidas alteraram profundamente a atividade real. Toda uma readaptação corporal passou a ser necessária, um novo posicionamento do corpo e um novo manejo deste para a troca dos frascos durante a punção, bem como uma nova sensibilidade tátil a ser desenvolvida a partir do uso das luvas.

²⁴ Sistema a vácuo para coleta de sangue, que inclui frascos preparados para cada tipo de exame e um dispositivo com agulha para punção venosa, ao qual os frascos são acoplados no momento da coleta.

Verifica-se, assim, um “recentramento do equipamento biológico” das trabalhadoras frente às novas condições de trabalho (SCHWARTZ, 1988). Podemos dizer que, embora o ingrediente um da competência industrial tenha se alterado pouco, o ingrediente dois – da experiência e o três, da dialética entre ambos foram profundamente modificados, exigindo todo um retrabalho físico na aquisição de novas habilidades.

Também as enfermeiras e médicas citaram a necessidade do recentramento do corpo para o desenvolvimento do cuidado. É na atividade, no encontro com o outro, que as trabalhadoras constroem essas competências:

No outro CS eu tinha que fazer coleta de material cérvico-uterino, a prevenção. Eu na faculdade nunca colhi. Ninguém perguntou se sabia. Eu fui atrás, li, revi a teoria e aí na prática você vai vendo que uma tem um colo mais apertadinho, uma o canal vaginal é mais longo, a forma de colocar o espécuro, o jeito e a viradinha pra facilitar, isso foi fazendo e não está em livro nenhum. Um mulher sente dor a outra trava a entrada e aí você tem que distraí-la pra colocar no momento certo, mais relaxada, isso é só a prática. (E Laura)

Antes eu era ginecologista (...) E tratar de criança não foi fácil, porque muitas vezes você não ausculta o peito chiando (...) É preciso um treino de ouvido e de visão que elas [enfermeiras] tinham e eu não. Fui adquirindo, revendo o que tinha estudado e elas me ajudando. (M Marta)

No PSF, assumir a clínica como generalistas obrigou as médicas a um reajustamento do seu corpo como um dos instrumentos essenciais para o desenvolvimento de sua competência prática diante dos novos atendimentos. Vejamos as declarações das outras duas profissionais:

O [exame físico da criança], este exame pra mim agora já acostumei, mas no começo foi muito difícil, tinha muito tempo que não atendia criança e, mesmo estudando a teoria, na prática as coisas são totalmente diferentes (...) Como a palpação, eu sabia tudo pro adulto: tudo graaaande, o fígado graaande, (risos) mas bebê? No começo me senti muito insegura, até a ausculta da criança é diferente, você primeiro tem que acostumar. (M Regina DC – Consultório Médico 02/04/07)

Eu tive que aprender muito, porque todo mundo achava que por eu ser generalista ia ser tudo fácil, mas eu não estava preparada para atender criança (...) Então, eu tive que começar, bem dizer do zero, como fazer o exame físico, como palpar a barriguinha e perceber se tem algo, porque o adulto queixa na hora, a criança você tem que sentir e perceber a reação. (M Célia)

Pode-se verificar que, em ambos os casos, as trabalhadoras reconstruem os saberes a partir de novas sínteses do campo sensorial, físico, cognitivo e psíquico. Para atender à nova situação de trabalho e dar conta da atividade real, rearticulam suas habilidades, cuja memória fora conformada na atividade assistencial com adultos. Para Schwartz (1996) é o mesmo corpo que enfrenta, se experimenta, se forma, se usa em todas as situações da vida, desafiando suas capacidades:

E eu falo de sobrecarga não só no sentido do quantitativo, mas na questão do aprendizado, era diferente, eu atender as mulheres anos e anos e depois atender aos homens e criança, foi um desafio muito grande. (M Marta)

Recebemos na época uma médica nova, mas que não ficou não. Acho que ela não agüentou a mudança porque depois de quase um ano ela disse que ainda não dormia tranqüila, preocupada com o atendimento. (G Janete)

Foram desafios, por vezes nada fáceis de enfrentar, como assinala uma das médicas:

No início foi horrível, horrível mesmo, vivi situações de verdadeiro pânico. A dificuldade que eu tinha de palpar um abdômen masculino, a genitália, era mesmo um bloqueio, um preconceito, além do aprendizado – que foi tudo no trabalho. Com criança vivi muito medo, insegurança, porque a criança não fala, você tem que entender o que a mãe coloca – Quando você fala de monilíase oral, no livro está lá, mas quando você vê é outra coisa e é você quem está fazendo esse diagnóstico. Uma hérnia, palpar, sentir pra dar consistência àquilo que você leu. E valeu demaaaais a ajuda dos colegas médicos e das enfermeiras. Por exemplo, na avaliação das crianças a Mara [enfermeira] sabia mais do que eu. E eu ia e perguntava mesmo. (M Marta)

Assim, a atividade do cuidado nos remete sempre ao não padronizado e reforça as incertezas da situação, pois na relação - profissional e usuário - não há sujeitos neutros, mas múltiplos fatores estão em jogo, sendo que a experiência singular de cada um é requisitada no aqui e agora:

Entra na sala para coleta de sangue, um Sr. muito sério; percebo que minha presença o incomoda e saio. Depois que ele sai, a AE comenta a situação:

- Você nem precisava sair, isso era puro medo. No dia a dia a gente aprende a trabalhar com os medos deles. Porque ele entrou falando grosso, mas você viu: ele estava morrendo de medo, não consegue ver sangue... Aí você desconversa, vai falando, você pede pra olhar pro outro lado, pergunta da saúde, vai dando um tempo. Só na hora H pede pra respirar fundo e... pronto! Geralmente dá certo, dessa vez deu! Então, a gente torce, né? (risos). Por isso cada dia surge uma coisa diferente, cada um é de um jeito. (AE Diva - DC Sala de Coleta 28/06/06)

A prática diária vai ensinando a lidar com as singularidades de cada um. Aqui, a capacidade da auxiliar de apreender a dificuldade do usuário sem que esta fosse verbalizada, mostra que por traz de toda vida profissional, existe uma coerência individual para a qual a percepção do 'ofício' é determinante (SCHWARTZ, 2000, p. 38). Desse modo, a forma como cada um se reconhece e reconhece o seu ofício, certamente vai interferir nas escolhas que são feitas a cada atividade, nos diferentes usos de si.

O ato do cuidado, portanto, supõe arbitragens, ponderações, critérios e engajamento. Para essa atividade industriosa, Schwartz (1998) assinala que "ficar frente a frente com doentes singulares cujas capacidades em suportar o tratamento, o ambiente social e humano (...) deverão ser apreciadas em virtude de uma experiência diversamente individual, diversamente coletivizada." Nessa perspectiva, todo atendimento em saúde determina o encontro entre sujeitos, no qual impensáveis interesses de compreensão e concomitante construção do si mesmo e do outro estão presentes.

5.2.4 O uso da tecnologia no PSF: novas habilidades para o trabalho e para a vida

Discutindo as 'competências práticas' para o trabalho, não poderíamos deixar de lado as habilidades físicas, a destreza manual e o desenvolvimento de diferentes sentidos das trabalhadoras para o uso dos computadores, a partir da informatização do trabalho em diferentes setores do CSSJ.

A introdução da informática acarretou uma mudança significativa na organização do trabalho e foi identificada por boa parte das entrevistadas como uma oportunidade de aprendizado importante, não apenas para o exercício profissional, como também para suas vidas. Pode-se constatar pelos depoimentos, as diferentes formas de utilização do corpo das trabalhadoras no desenvolvimento das habilidades para o uso da nova tecnologia.

No caso das médicas e enfermeiras, o uso da informática não trouxe grandes dificuldades, uma vez que, de modo geral, estas já tinham o domínio da tecnologia ampliando-a a partir de então, para os programas específicos relativos ao serviço de saúde, o que facilitou a execução do trabalho diário. O mesmo não ocorreu com as auxiliares de enfermagem, que tiveram que dominar um saber técnico com exigências de destreza manual e novas habilidades, até então, totalmente desconhecidas pela maioria:

A informática era algo totalmente novo para quase todo mundo aqui. Nós fomos aprendendo juntos, com a ajuda do técnico. Hoje eu já digito normal, mas comecei catando cada letra. Era horrível, porque o trabalho demorava mais. Mas valeu muito porque é algo que fica pra vida da gente e aqui no trabalho nem se compara, ficou tudo muito mais fácil. (AE DC Recepção 20/07/06)

Além da habilidade para a digitação, as trabalhadoras aprenderam a lidar com uma série de programas, um para cada situação diferenciada de atendimento:

[*Sobre a implantação da informática*] Durante 4 anos, a gente pode contar com a ajuda do técnico que implantava o programa, por módulo, tirava dúvidas e treinava o pessoal nos módulos, um por

um. E foi por partes. Primeiro, vamos informatizar o atendimento ambulatorial, agora o acolhimento, até chegar na farmácia... E foi feito tudo aqui no trabalho. Nos treinamentos, uns colegas cobriam os outros no atendimento, como uma escala. (G Janete)

A aquisição de conhecimento revela-se, para a trabalhadora, um novo passo para o seu crescimento, pois a habilidade adquirida com a informatização do trabalho refletiu-se em outros âmbitos de sua vida. Algumas auxiliares declararam que, para além das necessidades do serviço, descobriram motivos pessoais, desafios vinculados à suas vidas fora do trabalho que ampliaram suas possibilidades por terem adquirido o domínio de uma tecnologia até então inacessível:

Outra coisa dos saberes no trabalho foi a informática, porque antes eu nem chegava perto de computador, aprendi aqui e agora ele faz parte da minha vida lá fora. (AE Ana)

A constituição de novos saberes vinculados à nova forma de trabalho resultou, internamente, em uma experiência de prazer, possibilitando à auxiliar superar alguns limites, podendo, assim, exercer suas potencialidades. Desse modo, a função corporal requisitada em todos os níveis: físico, psíquico e emocional, denota a profunda diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real. A tendência ao recentramento mostra-se como o livre jogo das faculdades, o corpo sendo o lugar de encontro, de saberes e determinante na superação do desafio proposto (SCHWARTZ, 1998). É o que constatamos no depoimento abaixo:

Construção de conhecimento no trabalho foi na farmácia... NOSSA! Eu saí daqui e depois fui contratada com o trabalho da farmácia informatizado. Eu até disse pra gerente que não ia voltar, porque eu não sabia nada, naaaaada de computador. Falei pra gerente: - "Ah, não vai dar certo!" Eu devo tudo que eu sei às meninas, que me ensinaram tudo, passo a passo, no atendimento, no dia a dia. Agora eu sinto que foi um sucesso. Esse foi um passo novo na minha vida, posso dizer que foi uma conquista meeeeeesmo! porque não acreditava que ia dar conta. (AE Elisa)

Pode-se depreender que recursos complexos inscritos nas possibilidades da trabalhadora puderam ser desenvolvidos quando solicitados pelas novas formas de trabalho, permitindo uma reapropriação da atividade e produzindo

uma sensação de vitória diante superação das dificuldades. Nessa direção, Schwartz (1988) reafirma que o “prazer estético é enigmático porque o sujeito não tem consciência das operações em jogo, mas somente dos efeitos, dos resultados. Não existe mais do que o sentimento vivido (...) sentimento do nosso ser como finalidade.”

Embora tenham sido unânimes quanto às facilidades na realização do trabalho com a informatização, o processo de aquisição desse saber, incluindo o domínio dos novos programas e a lida diária com os mesmos não foi nada fácil e exigiu, de todas as profissionais, um empenho a mais para a realização da atividade:

A informática, hoje eu sei um pouco, porque tive muita dificuldade no começo. As meninas pegaram mais fácil, mas já ajuda demais no trabalho. (AE Nilma)

Lidar com os prontuários eletrônicos no início não foi nada fácil, porque não tínhamos o domínio dos programas, isso também era novo. Mas depois fomos pegando e hoje ficou muito melhor. (M Marta)

Nesse sentido, Clot (2006, p.164) assinala que entre a nova mobilização subjetiva do trabalhador diante de uma nova atividade e os resultados tangíveis que deve obter, “interpõem-se as leis objetivas e bem materiais”, ou seja, as habilidades manuais e o domínio dos programas. Foi um processo de ensino-aprendizagem direcionado pelos instrutores e estagiários de informática, mas cujos movimentos e comandos dependeram de cada uma das trabalhadoras.

Assim, as novas determinações do trabalho suscitaram diferentes reações e, embora a maioria das profissionais tenha enfrentado com afinco esse desafio, uma delas conseguiu esquivar-se da atividade substituindo todas as colegas em suas escalas, enquanto estas participavam da capacitação, estratégia apropriada para sua defesa que revela a astúcia na resistência à nova tecnologia:

Eu tenho dificuldade com essas coisas novas como a informática, muita! (...) Então, fiquei no serviço o tempo todo pras colegas treinarem e depois diminui o pessoal e eu não treinei, e não achei ruim não. (AE2 Nilma)

No setor saúde, a informática é um instrumento a mais para a realização da atividade assistencial e todo domínio técnico não dispensa o saber específico da trabalhadora sobre a atividade, como aponta o depoimento abaixo:

Surge um endereço que o programa não aceita, paralisando a ação. O estagiário solicita ajuda:

- Vem cá: o sistema não responde e o endereço está certinho (...)
- AE: Deixa eu ver: é que essa rua do lado ímpar é da equipe pra 1 e do lado par é da 2 por isso que não está batendo. Faz assim (altera alguns dados)... Olha, agora entrou. Depois ela comenta comigo: - É como se diz mesmo, a máquina nunca substitui o homem, porque como agora, ele sabe tudo de informática, mas se não tiver minhas informações pra lançar, ele não faz nada ali na frente do computador (risos). (AE Sandra DC - Recepção 26/07/2006)

Para muitos estudiosos do trabalho, a informatização determina uma maior padronização da tarefa, uma execução mecanicista e repetitiva para o trabalhador. Entretanto, pudemos verificar que cada programa só funciona a partir do saber singular da profissional sobre as especificações do trabalho das ESF, sem o qual a ação é interrompida. Assim, apesar de todos os avanços tecnológicos, o trabalho humano na área da saúde mantém, em todos os sentidos, a singularidade do atendimento de modo que, nenhum progresso da tecnologia pode substituir o saber e a ação do homem pela máquina (ANTUNES, 2000).

5.2.5 O Cuidado: uma sabedoria inscrita na linguagem capaz de produzir autonomia

Inicialmente cumpre notar que, distante do nosso foco de pesquisa e de formação, não pretendemos, nem temos competência para aprofundar em uma análise da linguagem no trabalho. Assim, diante das nossas limitações, pinçamos alguns elementos desse campo que possam nos auxiliar no entendimento do objeto de estudo.

Vários autores tais como, Campos (2000); Merhy (2002); Ayres (2004); Matumoto *et al.*, (2005) apontam a característica relacional como fundamental na

constituição do trabalho em saúde. Segundo Franco *et al.* (1999) é no espaço relacional que ocorrem os processos de produção e subjetivação em saúde, “produção de relações de escutas e responsabilizações, que se articulam com a constituição de vínculos e de compromissos em projetos de intervenção.” É no cuidado, portanto, que trabalhadores e usuários articulam seus saberes e valores, numa relação mediada pela linguagem.

Desse modo, o estudo dos saberes mobilizados e construídos no trabalho sugere, entre outros fatores, a compreensão da linguagem e os simbolismos que a constituem, tais como as formas de comunicação, a inter-compreensão, a participação, o mal-entendido, o não-dito, a interpretação, bem como as questões relacionadas à dimensão linguageira, ou seja, às diferentes formas de expressão (SILVA; FAÏTA, 2002).

Segundo Faïta (2007, p.187) “a linguagem é mais do que um uso da língua: ela é uma construção de sentido em uma situação singular que mobiliza palavras até torcer o sentido geral que elas possuem.” Para a apreensão do sentido não basta o entendimento das palavras, pois o sentido é uma construção plural e envolve o ambiente, a situação integral. Nessa perspectiva, Freire (1998) lembra que os indivíduos trazem consigo seu modo de vida, seus costumes pessoais e étnicos, seus aprendizados, seu linguajar e suas ações inscritos num contexto, sendo impossível compreendê-los fora dele. A ação relacional do cuidado implica, portanto, que as trabalhadoras estejam voltadas para o mundo-vida do usuário, como afirma uma das médicas:

Aprendo com o paciente com certeza! (...) Eu estou lidando com um público que traz culturalmente, socialmente, economicamente conhecimentos importantes pra gente. Assim, naquela região dele, existem determinadas práticas de saúde popular que ele traz pra mim; o seu jeito de resolver as coisas (...) Então, em cada lugar que você trabalha você adquire novos conhecimentos. Você aprende o uso de chás pra algumas disfunções, então você vai estudar sobre isso e vai interagir com a população: usa ou não. Há sim uma troca. (M Regina)

A relação que se constrói no PSF busca subverter as relações nas quais o usuário é tomado como um objeto, mas o coloca junto nas decisões a serem tomadas. Entretanto, muitos profissionais ainda mantêm uma noção do usuário

como aquele que nada sabe de si. Não abrir espaço para que ele fale, impede uma melhor compreensão da situação vivenciada; não há troca porque a relação se dá de forma quase unilateral e a linguagem do usuário se faz presente pelo não-dito. Os profissionais permanecem alheios ao fato de que, só com base numa inter-relação, os usuários poderão mudar as atitudes e evoluir. Mas para saber como alguém pensa é preciso manifestar interesse, deixar que o outro diga e olhar sobre a bagagem cultural que o constitui, como mostra o depoimento:

Como a dona Maria que tem uma úlcera varicosa – que não melhora, e ninguém entendia porque não melhora. Eu fui fazer uma visita e ela cria galinha, cria porco, no terreiro da casa, ela está sempre descalça (...) Ela já caiu ali no terreiro, vive sozinha lá; fica perambulando o dia todo por ali, pisa na sujeira, coça com a mão suja. Agora entendo melhor o que ela fala. É o modo de vida que ela trouxe da roça (...) Pra ela é muito importante vir fazer o curativo, ela mal consegue andar, então vem de taxi. A gente fica sem jeito de ver ela chegar - porque eu sei o que custa pra ela esse dinheirinho - são só 4 ou 5 reais, mas pra ela faz falta (...) E teria outras medidas que iam ajudar mais na recuperação da ferida... A gente vai tentando. Mas esse conhecimento me ajuda a como orientar. (E Laura)

A enfermeira dedica-se ao cuidado usando todos os instrumentos de trabalho, de maneira que, por meio da visita domiciliar apreende o modo de vida da usuária, o que lhe permite uma interlocução mais facilitada. Verificamos, contudo, que nem todos os trabalhadores demonstram essa mesma preocupação. Segundo Ayres (2004, p. 85), a falta de sensibilidade para com as necessidades das pessoas, para com seus motivos tem gerado uma progressiva incapacidade das ações assistenciais, na medida em que as atitudes dos profissionais permanecem centradas numa racionalidade técnica, ignorando assim, seus próprios limites e a bagagem do outro: “o momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação ‘dessubjetivadora’, quer dizer, de uma interação tão obcecada pelo objeto de intervenção que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam.”

O autor assinala que a interação terapêutica “estabelece-se a partir e em torno dos objetos que ela constrói, mas precisa enxergar seus interstícios.” Assim, é essencial buscar do indivíduo seus anseios, sem subtrair-lhe a oportunidade de opinar sobre as questões que o envolvem, dando-lhe espaço para falar de si:

Hoje eu vejo quantas pessoas eu deixei de ajudar porque o meu raciocínio não estava voltado pra saúde mental do sujeito e para o que ele estava enfrentando; via o físico e só. Hoje, nossa, na conversa aparece a depressão, a ansiedade, os medos... estão muito presentes em todo atendimento e precisam ser ouvidos. (M Marta)

O discurso acima mostra a diferença sentida pela médica diante da mudança de sua postura na interação terapêutica. Quando se opta por privilegiar a escuta do outro, necessidades múltiplas podem surgir ampliando a complexidade da relação e, em decorrência, novas questões, que vão exigir a aquisição de novos saberes.

Ao mesmo tempo, Dejourns (2003, p. 59) afirma que a linguagem no trabalho não é neutra, e aponta uma desigualdade que impera entre os sujeitos envolvidos nas diferentes situações. A linguagem é muito mais desenvolvida e facilitada por aqueles que ocupam postos executivos e de destaque do que por operários e indivíduos mais simples. “É como se a passagem pela linguagem comum implicasse inevitavelmente entre os parceiros um desequilíbrio de inteligibilidade, que reitera o desequilíbrio de relações sociais.” Segundo o autor, é provável que a própria língua seja deficitária para expressar com clareza a experiência do corpo:

A conversa é o maior canal nessa troca de saberes... a discrição é outro (...) Eu até digo, fala pro médico que é importante, fala assim, assim e assim. Porque algumas pacientes são tão simples que ficam envergonhadas, elas não sabem como falar e quando a gente explica pra elas, parece que facilita. (AE Elisa)

O usuário, em circunstâncias diversas, não dispõe de todas as palavras e condições para descrever seu estado e mostra-se inibido diante de quem, para ele, detém o saber-poder. De modo geral, pouco questiona e é comum sair do atendimento com dúvidas, buscando esclarecimentos junto às auxiliares de enfermagem:

E tem também muitos pacientes que vêm tirar dúvidas com a gente. Saíram da consulta e você pergunta: - Mas a médica não lhe explicou isso? Não explicou ou ele não entendeu, mas chega pra gente e aí você vai detalhando as coisas. Eu acho que com o médico eles ficam um pouco receosos, principalmente os mais humildes, preocupados em como falar. Aqui, eles entram no consultório e ficam muito inibidos. Com a gente vão falando

abertamente e esperam da gente como se fosse uma tradução do que o médico falou... Muitos até falam: - "Ah, agooooora entendi!" (AE Sandra)

Nesse sentido, Nouroudine (2002) assinala que o sujeito produz discursos a partir de uma posição determinada, inserido em um contexto determinado, sendo influenciado por outras falas anteriores e posteriores ao seu enunciado, mobilizando assim, saberes diversos para a compreensão da relação interativa daquele momento. O autor adverte, ainda, que o sujeito para expressar-se, considera a reação de seu co-enunciador àquilo que está sendo dito e isso influencia diretamente sua fala. Assim, o usuário só pode colocar mais de si, quando se percebe ouvido em uma escuta atenta – aquela em que o trabalhador se dirige ao outro como sujeito da relação e não como objeto de seu discurso (FREIRE, 1998).

Desse modo, a demanda do usuário está potencialmente infiltrada nos diálogos durante o atendimento, contudo, o que se verifica é que a enunciação do profissional, notadamente quando se trata da pessoa do médico, configura-se no centro da relação. É, portanto, a fala do trabalhador que conduz e dirige narrativa. Ao entrar no discurso, o sujeito vai procedendo a recortes, a escolhas, criando um modo particular de dizer e perceber a realidade (SCHWARTZ, 2007a). Da experiência do usuário, principalmente, de seu encontro com as propostas conceituais e atitudes a serem desenvolvidas, já surgem possibilidades interiores que podem ser delineadas e, aos poucos, realizadas de uma maneira gradual:

É que o nosso trabalho não é somente técnico, não vale somente o meu saber, tem que ter o outro lado que envolve muito da cultura, é um processo lento (...) Você conversa, a pessoa não faz, depois volta e você fala, até que um dia a ficha cai e o paciente começa a fazer a parte dele. Há uma troca: o saber médico e a atitude do paciente e mesmo seu saber - que também vai mudando. Porque enquanto ele não compreende, não muda de atitude. (M Marta)

Nessa relação, o profissional deve, então, criar condições para a construção da autonomia do sujeito - mesmo que uma autonomia relativa, porque vai sempre depender do seu entendimento e, ao mesmo tempo, da sua potência, naquele momento, para influenciar em um dado contexto ou situação (CAMPOS,

2006). A autonomia do usuário passa a ser concebida e exercitada como um processo para a compreensão e o exercício do poder sobre a própria vida:

Consulta de uma mulher, 46 anos em crise de depressão. Comentário da médica depois que a usuária sai:

Está vendo, esse é um caso em que a relação é valiosa. Ela chegou aqui mal podia se expressar, com idéias de suicídio. Mas criou um vínculo tão bom comigo, tem aderido às sugestões, começou a participar do grupo de convivência daqui e sempre pergunta se eu vou estar lá. Aprendo com ela a dureza da vida porque sua história é cheia de sofrimentos (...) Eu também sou mulher, quero casar, ter meus filhos, mas não sou dessa geração dela, tenho valores diferentes, mas avalio o seu sofrimento (...) E ela vai mudando um pouco seus hábitos, saindo de casa um pouquinho mais. Vai trazer uvas no grupo de amanhã, já saiu pra comprar as uvas e está achando isso uma tarefa importante! e pra ela é; é o recomeço ! É um aprendizado lento pra ela, mas é um caminho. (M Regina – DC Consulta médica 02/04/2007)

Assim, é imprescindível que o ato assistencial esteja pautado num diálogo guiado por uma postura indagadora da parte do profissional, na qual os usuários possam se expressar a partir do vivido. O usuário, ao falar sobre suas questões, pode resgatar seu papel no processo saúde-doença-vida e melhor compreender a relação entre suas capacidades e limitações reais, ou seja, pode aprender mais de si:

Eu acho que todos nós adquirimos conhecimento com o usuário tanto nas queixas (...) na vivência cultural, ele tem sempre uma coisa que está passando pra gente. Porque o tratamento depende dele, se ele não fizer, nenhum de nós vai fazer por ele; é ele que sabe mais de si. Por isso a troca humana é muito rica. (M Célia)

Nessa perspectiva, Ayres (2004, p. 85) atribui ao Cuidado “o estatuto de uma categoria reconstrutiva”. É no trabalho vivo, em ato, que se pode integrar os diferentes saberes e necessidades e, numa elaboração conjunta entre trabalhador e usuário, promover a ampliação das representações simbólicas naquilo que lhes oferece mais sentido. O Cuidado é, portanto, esse encontro terapêutico: “o saber que se realiza aqui (se deixarmos) é sabedoria prática, um tipo de saber que não cria objetos, mas constitui sujeitos (...)”. É, portanto, nos pequenos detalhes do processo assistencial que se cria um jeito possível, ao usuário, de reconstruir as velhas práticas e assumir, aos poucos, o auto-cuidado:

Eu acompanho o caso do Sr. João tem tempo. Ele é muito simples, como já foi ajudante de pedreiro mexe com isso e cada vez que volta aqui o pé tá sujo, o curativo sujo, mas antes era muito pior (...) porque é o sustento dele. Agora você viu, veio todo limpinho. São pequenas coisas, mas que eu tenho que negociar. Então eu combinei que eu faço o curativo e ele mantém o pé limpo. Pode parecer pouco, mas isso faz diferença, você sabe que faz. (E Laura)

Na atividade do cuidado, esse encontro pode tomar diferentes dimensões, pois o diálogo é, também, uma forma de cuidar. Nessa direção, segundo Faïta (2007, p.167) dizer, ao contrário do que todos pensam, não é uma coisa simples, porque a linguagem é uma ação e permite uma atuação direta sobre as pessoas:

Tem um rapaz que fala: - Sandra, preciso falar com você entre 4 paredes. E eu digo: - Procura pela enfermeira da sua equipe e ele diz: - Não, tem que ser você mesmo, só você pode me ajudar! É a confiança que ele tem. (AE Sandra)

A confiança do usuário tem um destino certo, dirige-se àquela trabalhadora que demonstra estar atenta às suas questões, no sigilo ético das quatro paredes. Seu depoimento traduz a eficácia das relações, por meio da intervenção dialógica, na qual o sujeito se sente acreditado, acolhido e mais aberto para as gestões referentes à sua vida e saúde.

Falamos, assim, do Cuidado enquanto uma arte, na qual a profissional usa os saberes da experiência e a linguagem como ingredientes essenciais para sua criação. Consideramos, portanto, que o trabalho e seus saberes, a linguagem e a vida estão intimamente relacionados, não podendo ser concebidos de forma independente das vivências humanas e de um processo constante de reelaboração e transformação do estabelecido.

5.2.6 Saberes e valores: reconstruindo modos de ser e de estar no trabalho do PSF

A partir do PSF, algumas trabalhadoras encontraram um novo sentido para a sua atuação, ressignificando as tarefas cotidianas e modificando sua postura frente a elas.

Conforme mostrado acima, as profissionais conseguem dar ao cuidado a dimensão da acolhida; criam modos de estabelecer vínculos com os usuários, conhecer as subjetividades que envolvem a vida, a saúde e a doença construindo com estes uma relação de confiança e envolvimento. Trocam-se assim, os saberes da teoria e os da vida, numa pedagogia que poderíamos chamar 'da solidariedade', ou 'da compaixão', que se instaura no interesse genuíno pelo outro, criando vínculos de confiança mútua, contribuindo para que os usuários superem suas próprias barreiras, possibilitando-lhes estar de maneira menos angustiada:

Cuidei durante mais de uuum ano de um curativo de pé diabético (...) O Sr. João estava esperando o médico pra amputar o pé - pro cê ter uma idéia - e enquanto não saia, eu fui fazendo o curativo (...) Tinha vez que não ia todo dia. Mas dele, cheguei a fazer até no sábado porque ele às vezes ele tinha que fazer hemodiálise na sexta (...) E a partir dali o ferimento foi secando, devagar (...) Aí ele olhava pra mim e pro alto, apontando o céu, querendo dizer: - Graças à Deus! e agradecia, pegava na minha mão pra agradecer. Então isso não tem nada a ver com o que está no curso, isso é mesmo a experiência. (AE – Júlia)

Já aconteceu de passarem mal e ligarem pra minha casa no final de semana. Pensei: - O que eu posso fazer? Mas eu fui lá porque eu sei que ela é sozinha e preoquepei – e se fosse sério quem ia socorrer? E acabou que era sério, e eu chamei a UPA da casa dela. Preoquepei e até que acabei dando uma solução né? (risos) (ACS – Berta)

A compaixão significa colocar-se incondicionalmente ao lado do outro, sem qualquer tipo de julgamento quanto à situação que ele está vivenciando, sem nenhum outro sentimento que não seja o de propiciar alívio à situação na qual aquele ser se encontra, numa relação que facilita ao sujeito o enfrentamento da dificuldade:

Vou te dar um exemplo, a gravidez na adolescência da Maria. Você viu aquela menina nascer, aí chega a mãe dela e diz: - Oh Sandra, ce viu? minha filha grávida, como vai ser? (...) E você, como já tem muita vivência, pode dar uma palavra pra que ela possa aceitar a situação, sem você ficar criticando, e aproveita pra orientar que não pode deixar de vir nas consultas... Acaba que vou participando da vida deles, vejo a confiança deles, a segurança de estar falando. (AE Sandra)

Essa confiabilidade é fundamental para a assistência em saúde, pois é preciso levar em conta tudo o que está em jogo nessas relações - os elementos facilitadores, os dificultadores - cuja natureza e intensidade não podem ser antecipadas ou prescritas, pois que jamais se aproximam do previsível, mas são essenciais, porque fazem parte da vida desses sujeitos:

Uma mãe que chega apavorada na sala de vacina, o que você faz? Você primeiro acalma, conversa, porque aí ela vai confiar no profissional e vai ficar mais fácil. Porque pra você é só a vacina, mas e a mãe? Ela tá é apavorada, coitada! (AE Nilma)

O que eu aprendo no trabalho? Aprendo que: Será que essa pessoa está precisando de consulta mesmo? Às vezes ela está precisando de um toque, uma conversa. Quantas vezes você conversa e a pessoa vai embora mais aliviada, desabafa, e fala que está indo melhor! (AE Júlia)

Assim, em diferentes circunstâncias, a trabalhadora deixa de lado o trabalho prescrito e lança mão da sua *herança pessoal*, caminhando para além da queixa primária que levou o usuário ao serviço, mostrando que a saúde tem diversas facetas e que nem sempre o corpo físico é o alvo a ser atingido e sim o corpo existencial:

Eu gosto muito de conversar, de levar uma esperança, não sei como você vai me escutar, mas gosto de levar um lado espiritual, porque a fé ajuda muito. Gosto de apostar nessa esperança, que a coisa vai melhorar. Se a pessoa esta ruim, às vezes eu penso: será que é justo eu ficar levando esperança? E digo: É justo porque ele vai morrer mais alegre, porque quem tem esperança tem mais alegria. Se você perde totalmente a esperança, você perde o sentido da vida, toda a motivação e vai ficar totalmente infeliz. Até na hora da morte tem que tentar algo de bom pra pessoa. Tem casos que as pessoas não lhe dão essa abertura, mas se tiver essa abertura....(AE Júlia)

A descrição da auxiliar de enfermagem remete às dramáticas particulares vivenciadas pelas trabalhadoras, a cada dia; por vezes lidando com a vida e outras vezes com a proximidade da morte, gerando, a cada momento, novos questionamentos e novas escolhas. São oportunidades de fazer valer ali “suas próprias normas de vida, suas próprias referências, através de uma síntese pessoal de valores” (SCHWARTZ, 2007b, p.197). Verificamos, assim, pelo depoimento acima, que, por trás da vida profissional, há toda uma visão de mundo, da vida, de valores e de fé que permeia as atitudes da trabalhadora, mostrando uma coerência pessoal nas escolhas feitas. Mostra, também, o respeito para com a liberdade do outro, só se manifestando quando percebe que ‘tem essa abertura’.

O vínculo criado nessa relação do PSF permite uma ação direta junto ao usuário e suas dificuldades, além de ampliar o leque de atuação das trabalhadoras, recriando os significados atribuídos ao trabalho, dando novos sentidos para que elas possam reconstruir sua trajetória abrindo-se para diferentes formas de atuar:

Devido essa experiência nossa agora com o PSF, a troca entre os profissionais (...) vejo que você não pode parar nunca senão você vira uma máquina, fazendo sempre a mesma coisa. Agora eu não sou mais máquina de jeito nenhum, agora eu paro mesmo pra reunião de equipe, pra discutir, porque eu estou participando mais, eu tô com uma porta aberta que é uma melhoria pra mim, pro meu conhecimento e é muito bom, melhora a qualidade de vida no trabalho. (AE Sandra)

Pra mim, eu amo o PSF, porque me dá a possibilidade de ajudar mais (...) O PSF veio pra me facilitar, agora eu até posso sair dentro do horário do serviço pra atender os pacientes da minha equipe. Acho que meu trabalho tem mais valor porque é mais completo, ficar só no procedimento restringe a gente. Porque é uma obrigação, continua sendo um trabalho, mas você se achega mais ao usuário, conhece mais a casa, como vive, você pode sempre dar uma ajuda a mais. Eu sou remunerada pra isso, mas podia ficar só na técnica. (AE Júlia)

Nesse sentido, a construção da estratégia de saúde da família indica outros modos de vivenciar o cotidiano em saúde e sinaliza para o rompimento com as formas mais tradicionais do trabalho. De diversas maneiras, e atendendo às diferentes necessidades, as trabalhadoras se utilizam de suas potencialidades e dos recursos institucionais na recriação dos espaços, o que se traduz em satisfação com os novos saberes, além de apontar para a efetivação de novas formas de

organização do trabalho:

Desde o início o PSF é uma forma de aprendizado muito grande e você aprende uma forma diferente de trabalho. Antes a forma era muito só a técnica: tinha o clínico, o pediatra etc, e a referência era só o médico. A enfermagem, quando muito, tinha um procedimento pra fazer (...) Hoje você acolhe, escuta, vê se o caso dele precisa do médico e com isso você aprende muito (...) O usuário me ensina muito trazendo esse leque enorme de problemas que eu estou acolhendo e vendo o que é da minha parte pra resolver e o que não é, eu vejo como eu vou encaminhar, e cada caso vira um caso novo. (AE Nilma)

Essas trabalhadoras encontram assim, um estímulo diferenciado que as impulsiona contra todas as dificuldades do meio e as restrições das condições oferecidas:

Eu acho que realmente a gente está sobrecarregada, mas se você não fizer por onde, ter sua agenda comprometida com o grupo, com a visita, aí você não faz meeesmo!!! Aí a demanda vai te engolir mesmo (...) você tem que escolher o que vai fazer (...) Como o grupo de caminhada que nós estamos assumindo. Se não pegar não vai! Então a gente tem que estar envolvida, se a gente não fizer um esforço a gente não consegue, sabe? Eu acho que tem muito do Centro de Saúde, tem muito da estrutura, mas tem muito que é da gente meeeesmo! (E Laura)

Diante do depoimento, percebemos que a trabalhadora assume para si a responsabilidade de fazer diferente. Para Critelli (1996), o ser não é dado ao homem como algo pronto, mas como um feixe de possibilidades. Desse modo, só buscam novos sentidos e novas ações, as trabalhadoras que conseguem ter consciência dessas possibilidades, encontram novas saídas e sobre elas se dedicam dando muito de si mesmas.

Nessa perspectiva, a maioria das profissionais enfatizou que, com o PSF sentem-se mais úteis, aproveitam melhor as situações de cuidado e valorizam a sua atuação:

Estou feliz com meu trabalho porque me sinto mais útil. É uma coisa que pesa muito é que a população que eu atendo está satisfeita com o meu atendimento. Eu sinto que eles gostam de mim como pessoa e como profissional, eles já estavam acostumados comigo. (M Marta)

O depoimento da médica aponta que na nova relação há espaço para compartilhar aspectos da vida pessoal, uma postura muito diferente do distanciamento preconizado no ensino da medicina à época de sua formação.

Constatamos, assim, que o conjunto da biografia da trabalhadora, com os seus aspectos familiares, sociais e mesmo as dificuldades enfrentadas na vida, contribui para a estruturação de um grupo de valores que a leva a priorizar alguns dos componentes da sua atividade. Ela aproveita da sua vivência e compartilha as experiências, como salienta a profissional:

No PSF (...) você pode colocar coisas que você aprendeu não só no curso, mas o que você aprendeu no dia a dia, na sua vida, quando você passou uma fase difícil, o que você fez pra superar aquela situação, acaba sendo uma troca (...) A gente aprende com tudo. Ao mesmo tempo que eu levo ajuda, levo fé, às vezes, tem dia que sou eu que volto cheia. (AE Júlia)

Nesse aspecto, para Dejours, quando há reconhecimento pelo trabalho realizado, a percepção do trabalhador é que

também meus esforços, minhas angústias, minhas dúvidas, minhas decepções, meus desânimos adquirem sentido. Todo esse sofrimento, portanto, não foi em vão; não somente prestou uma contribuição à organização do trabalho, mas também fez de mim, em compensação, um sujeito diferente daquele que eu era antes. (DEJOURS, 2001, p. 34)

Pode-se depreender, a partir da afirmação, que a identidade e o reconhecimento do trabalho constituem-se como um suporte para a saúde, sendo possível conviver com um sofrimento 'normal', como visto anteriormente, responsável por estabilizar a identidade e a personalidade da trabalhadora.

Assim, ancoradas na dimensão transformadora do cotidiano, na sua forma mais simples e sutil, as profissionais se voltam para sua maneira de ser e estar no trabalho. E por acreditar que vale a pena esse 'dar de si mesmas', percebem que é no trabalho em saúde que podem se realizar, descobrindo neste o seu dom:

Entrei aqui com 19 anos, você não sabe o que quer da vida e a partir do meu trabalho eu vi que, mesmo com as dificuldades, a área da saúde é pra mim. Fiz o Curso de Auxiliar de Enfermagem e fiz o 1º período de Enfermagem; parei porque não consegui pagar. Eu gosto de lidar com o ser humano, gosto de escutar as pessoas. O que a gente recebe de pagamento nem é apenas em dinheiro. E pra mim, o bom foi descobrir qual o meu dom! e nunca tinha pensado nisso. (ACS Carol)

Constatamos que as auxiliares de enfermagem e ACS, por estarem em contato mais direto com a realidade da população, não têm como ficar imunes às limitações e aos apelos do usuário. Percebemos que a reação oscila entre a construção de defesas individuais e coletivas e a mobilização psíquica em direção à compaixão (DEJOURS, 2003). Algumas ACS são tocadas pela vida do outro, numa atitude repleta de sentimentos:

Tem paciente que você vai na casa e é difícil de sair, porque ele fica todo feliz só de ver uma pessoa pra conversar, que vai ouvi-lo. Aí você conversa, às vezes a pessoa chora e você também chora.
– AH Chora! (ACS – Vilma)

A percepção do sofrimento alheio provoca um processo afetivo que é indispensável para a tomada de consciência do sujeito e seu crescimento. Embora carregado de tristeza, o depoimento traduz uma vivência solidária, o compartilhamento dos diferentes momentos de vida do outro. Trata-se do trabalho-vida, da vida de sujeitos envolventes e envolvidos, onde o valor humano é posto em primeiro plano:

Acho que nem tudo nessa vida é material, tenho sim que ganhar o meu salário, preciso disso pra sobreviver, mas isso não é tudo. Tem muita coisa que é mesmo pelo valor humano. Nossa vida é muito valiosa e aqui a gente lida é com a vida humana. (AE Nilma)

O problema do outro é que me fortalece, me ajuda. É um trabalho que ajuda você a ver que o ser humano sempre é capaz de se superar - quem não consegue fazer uma coisa de um jeito, arruma outro. (ACS Carol)

Os valores estão presentes, a todo momento, e diante da imprevisibilidade, reside a possibilidade de a profissional manifestar o seu modo de

habitar o mundo. Algo nada mecânico, onde o uso que a trabalhadora faz de si, se traduz em dar de si mesma:

A gente defende os pacientes da gente mesmo! Porque a gente conhece, sabe como é dura a vida deles, já passamos por isso. Como na semana passada, uma mãe adolescente não tinha dinheiro pra levar a criança pra UPA (...) Acabei pedindo dinheiro pra Fulana e ela disse que daria, mas falou um monte no meu ouvido. Olha, se fosse pra mim, eu não pegaria, eu nem pediria, mas era pra criança. Aí quando me perguntaram o que tava acontecendo, eu desabei [caiu em prantos] porque eu também tenho filho e, por coincidência, naquela semana a minha menina também tinha adoecido e a gente gastou um dinheirinho com ela e se fosse o caso de eu precisar? e se fosse minha filha? Até então eu não tinha tido esse problema do emocional, eu sou forte, mas esse dia eu não consegui controlar. (ACS Edna)

Assim, no trabalho em saúde, a ajuda ao outro implica em transgredir o interdito: a trabalhadora, motivada pela empatia e compaixão, acaba pedindo auxílio para a usuária. E novamente 'transgride', caindo em prantos. Para Dejours (1992), o espaço do trabalho é reconhecido, de modo geral, como próprio às racionalidades, ficando as emoções e sentimentos reservados ao espaço da vida privada. Contudo, o ser humano é um só e não tem como separar um e outros. Nessa direção, a trabalhadora 'sempre forte' sente ter perdido o controle, por extravasar o sentimento contido até então, fruto da confluência de emoções do trabalho e da vida.

Finalizando esse capítulo, afirmamos com Critelli que o que dá autenticação às coisas e as faz ser plenamente reais na existência do Ser, expressa-se por meio de suas emoções, na forma como ele é tocado ou *afetado* pelas coisas e pelos outros. A existência do homem no mundo é sempre uma existência *emocionada*. Em suas palavras:

As emoções falam de coisas diferentes e, às vezes, até contraditórias em relação àquelas do pensamento. Nossas emoções revelam o nosso mais efetivo envolvimento e entendimento de nossa situação no mundo (...) Através das nossas emoções é que o nosso ser ganha sentido. (CRITELLI, 1996, p. 94-5)

Para a autora, conforme o modo de sentirmos as coisas, podemos perceber como temos sido nós mesmos. O modo de sentir é único, é singular. Assim, os sentimentos das trabalhadoras tornam-se um substrato para a elaboração de uma identificação com o trabalho, uma possibilidade de realização de si mesmas e de acolhida do outro, uma forma para que se sintam vistas, ouvidas e vivas - na vida e no trabalho.

Capítulo 6

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa tem a intenção de contribuir para a discussão do trabalho em saúde como um lócus formador do ser humano, na medida em que dá visibilidade às diferentes possibilidades de construção, aquisição e mobilização dos saberes presentes no trabalho dos integrantes das ESF. Por meio dela, buscamos também, pensar a reorganização do processo de trabalho no atual modelo, como possibilidade de construção de saberes e de recriação dos sujeitos. Assim, reservamos a esse capítulo, uma retrospectiva e articulação das principais sínteses deste estudo.

Todo trabalhador traz em si um conjunto de saberes e valores que são manifestados nas relações consigo mesmo, com o mundo e com o outro. Ao mesmo tempo, essas relações vão conformando um arcabouço de conhecimentos e experiências, provocando comportamentos, afetos e emoções; uma bagagem própria ao profissional em seu modo de pensar e agir. Nesse espaço de relações em que se desvelam as diferentes objetividades, abriga-se a produção de subjetividades. A partir desses conceitos, foi possível reafirmar a construção histórica da subjetividade, o que permite uma visão, tanto do trabalhador de saúde como do usuário, como seres históricos e sociais, que modificam a si mesmos, o meio e o outro no processo das relações sociais.

Nesse sentido, o modo de operar os serviços de saúde é definido no encontro entre quem produz e quem recebe, ou seja, a produção é singular e se dá no próprio ato fundado numa intensa relação interpessoal. Ao produzir um ato de saúde, o trabalhador convoca seus saberes e valores, relacionando-os às necessidades e expectativas do usuário, às suas próprias, bem como aos limites da situação. A forma como ele pensa o problema de saúde e como ele pensa que deve abordá-lo interfere diretamente no resultado que pode alcançar. A ação, portanto, não é casual, mas o resultado de escolhas intencionalmente realizadas.

A partir daí, esse modo de ação passa a estar contido em um saber-fazer; um saber que não esgota nunca sua recriação na atividade, por mais que esteja inserido em uma técnica ou mesmo em uma tarefa prescrita passo a passo. É nesse processo que ocorre a abertura de cada um ao novo, numa relação na qual o trabalhador revê suas concepções, definindo para onde dirige sua ação. O trabalho vivo em ato é, portanto, a potência instituinte para a mudança da assistência. Chamamos a atenção para esse dado, pois é no micro-espço de trabalho, em especial na micro-política que ali se opera na gestão da atividade, que o trabalhador define as possibilidades de produção de novos comportamentos, novas posturas, novas subjetividades (MERHY, 2002; SCHWARTZ, 2000).

Assim, uma das características essenciais do trabalho no PSF é a dimensão relacional. A interação terapêutica estabelece-se a partir de, e em torno das necessidades e interesses dos envolvidos: usuários e profissionais, numa relação intersubjetiva, mediada pela linguagem. A demanda do usuário está potencialmente infiltrada nos diálogos no decorrer do cuidado, contudo, verifica-se que é a fala do profissional que conduz e dirige a narrativa. Devemos lembrar, portanto, que a linguagem no trabalho não é neutra, ela é, de modo geral, muito mais desenvolvida e facilitada para os trabalhadores do que para a população. A linguagem carrega em si a expressão do poder-saber e reitera o desequilíbrio das relações sociais.

No diálogo com o usuário, o profissional vai procedendo a recortes, a escolhas, criando um modo particular de dizer e perceber a realidade. Assim, a depender da forma como ele conduz essa relação, pode ou não criar condições para a construção da autonomia do sujeito. O cuidado assume, portanto, o estatuto de uma categoria reconstrutiva, pois é nesse encontro que se integram os diferentes saberes e necessidades, abrindo espaço para a constituição de sujeitos mais responsáveis pela própria vida (CAMPOS, 2000; AYRES, 2004).

Pudemos constatar, também, que as trabalhadoras conformam em si saberes constituídos de forma sutil, na esfera do próprio corpo, a partir do - e para o trabalho. Na área da saúde, são diversas as competências práticas necessárias à execução do cuidado. As profissionais desenvolvem, por meio da atividade, as habilidades físicas, a destreza manual, a ampliação dos sentidos: audição, tato, visão e olfato, num exigente 'uso de si por si', um reajustamento indefinido que leva

em conta a sua corporeidade, bem como o real do corpo do usuário, sua anatomia, seu problema de saúde, sua condição de colaborar ou não com o procedimento.

Os saberes engajados no corpo da trabalhadora antecipam-se à consciência e à simbolização do ato em si; são saberes da experiência que dificilmente podem ser explicitados, porém são imprescindíveis para a eficiência do cuidado. Nessa direção, vários sujeitos deste estudo deram ênfase ao 'olho clínico' da auxiliar de enfermagem, à sua capacidade em identificar problemas apenas com um olhar, tanto mais perspicaz quanto maior a experiência 'criada no cuidado' diário. Ressaltamos ainda, que as competências práticas mostram-se de forma mais acentuada no trabalho das auxiliares de enfermagem, possivelmente em função das limitações de sua formação, mas também porque são as responsáveis pela execução dos cuidados de enfermagem. Essas competências resultaram da vivência concreta das situações de renormalização da atividade, que não implica apenas na capacidade cognitiva, mas na globalidade do corpo-si que foi se constituindo no mundo-vida do trabalho.

Quanto à habilidade adquirida com a informatização do trabalho, verificamos que a aquisição do novo conhecimento revela-se, para a auxiliar de enfermagem, um passo a mais em direção ao seu crescimento. Essa competência refletiu-se em outros âmbitos de sua vida, tornando-se assim, uma vitória para a trabalhadora que conquistou, à custa de seu empenho, o domínio de uma tecnologia até então inacessível.

Essas profissionais declararam, também, que o uso da informática, ao mesmo tempo em que facilitou a execução das tarefas, representou um aumento da carga de trabalho, devido, entre outras coisas, à complexidade e às limitações do sistema informacional, bem como à falta de equipamentos suficientes para a realização de diferentes tarefas.

As limitações do trabalho estão, de alguma forma, sempre presentes em todos os setores e tipos de trabalho desenvolvidos. Assim, buscamos neste estudo, analisar as conseqüências advindas das condições e da organização do trabalho, enfrentadas no cotidiano da saúde pelas trabalhadoras.

Nessa perspectiva, pudemos verificar que o início do PSF, em Belo Horizonte, diferenciou-se da realidade das pequenas cidades, uma vez que sua implantação se deu a partir de um serviço já existente sob outra lógica assistencial, à qual tanto os trabalhadores quanto a população já estavam habituados. Esse fato

gerou dificuldades na reorganização do trabalho, bem como nas relações com os usuários.

Ao aderirem ao PSF, todas as profissionais entrevistadas declararam esperar muito mais do novo modelo do que aquilo que tem sido efetivado até o momento. A maioria revelou que o processo de implantação ocorreu de forma abrupta, sem o suporte necessário da SMSA e sem preparo suficiente das trabalhadoras envolvidas.

O fator mais citado pelas profissionais como dificultador do trabalho foi o aumento da demanda do serviço pelo número cada vez mais crescente de usuários, o que exigiu um empenho muito maior, tanto físico quanto intelectual, além do desgaste e das agressões verbais nos enfrentamentos junto à população – que exigia um atendimento mais resolutivo. Também a falta de recursos materiais e de recursos humanos foi declarada como obstáculo à concretização do Programa conforme seus propósitos.

Nesse sentido, pudemos perceber pelos relatos, que há um desgaste maior da trabalhadora no controle da atividade que ela não chega a realizar. Segundo Clot (2006), o real da atividade industriosa abrange também o que não se pode fazer e o que se busca fazer sem conseguir. Assim, a atividade impedida devido às condições não oferecidas pela organização afeta às integrantes das ESF, na medida em que elas não têm como atender às demandas cruciais dos usuários. Nessa direção, o nó crítico do Programa continua sendo a busca pela atenção especializada e mesmo, a falta de medicamentos que a população, de modo geral, não tem como comprar.

O conflito gerado na relação entre o que a profissional espera realizar e os limites do trabalho pode gerar conseqüências para o seu modo de ser e de estar no trabalho, como também em alguns casos, para a sua saúde.

Diante das revelações apreendidas neste estudo, verificamos que, embora essas condições do trabalho atinjam de alguma forma todas as profissionais das ESF, quem se encontra em situação de maior desgaste é a auxiliar de enfermagem. A maioria dos sujeitos ouvidos, inclusive os de outras categorias, assinalou que essa profissional não foi preparada para o novo modelo e teve o seu trabalho duplicado à medida que foi assumindo atividades do PSF e mantendo as demais tarefas que já desempenhava. Além disso, a estratégia de saúde da família

vem requer um envolvimento participativo da trabalhadora, contudo, em função das condições de trabalho oferecidas, fica como uma exigência a mais, o que preserva a essência de um trabalho opressivo.

Podemos depreender que, na reorganização da assistência à saúde, o trabalho da auxiliar de enfermagem permanece como um trabalho explorado, reiterando assim, o aproveitamento do capital sobre as novas formas de trabalho – que nessas condições, torna-se desqualificador e fonte de sofrimento e dor para algumas trabalhadoras.

Vale notar que a análise da categoria sofrimento no trabalho surgiu a partir dos dados empíricos que evidenciaram essa vivência por parte de algumas auxiliares de enfermagem e ACS, alvos mais suscetíveis diante dos conflitos enfrentados, o que não significa que outras profissionais não se encontrem em situações similares.

Envolvida em arbitragens conflituosas, a trabalhadora mobiliza toda sua capacidade para dar conta da situação real, e, uma vez deparando-se com as restrições impostas, não sendo possível redefinir a atividade, busca evitar o sofrimento psíquico por meio de atitudes defensivas. Nessa luta, quando a profissional já lançou mão dos mecanismos defensivos possíveis, pode surgir o sofrimento patológico, com conseqüências graves para a saúde da trabalhadora. Alguns sujeitos deste estudo mostraram encontrar-se no limite de suas capacidades físicas e psíquicas, na tentativa de equacionar os conflitos profissionais e pessoais.

Assim, prazer e sofrimento inscrevem-se numa relação subjetiva da profissional com o seu trabalho. Segundo Schwartz (1998), ao se verem limitados em suas ações, os trabalhadores lançam mão de um outro domínio, que muitas vezes lhes escapa à consciência, um tesouro que consiste no seu campo de experiências passadas, que se alinham a seu favor na busca de soluções - e as encontra.

Desse modo, algumas profissionais revelaram que, apesar das dificuldades encontradas, abrem brechas para novas posturas, fazendo uso de si num investimento físico e psíquico constante, um esforço para transformar as dificuldades e o sofrimento em substrato para uma identificação com o trabalho e um caminho para a sua realização. Constatamos assim, que há uma relação dialética

entre a construção de defesas individuais e coletivas e a mobilização de saberes do e no trabalho em direção à renovação deste.

Reconhecendo, pois, que a gestão da atividade tem a potência de modificar os sujeitos e os padrões dominantes de subjetividade no trabalho, não podemos deixar de advertir quanto à necessidade urgente de que essas trabalhadoras sejam ouvidas, não somente no nível local de trabalho.

Nos serviços de saúde, de modo geral, podemos verificar uma cruel banalização da dor e do sofrimento, tanto dos trabalhadores quanto dos usuários, manifestada na apatia burocrática ou na omissão dos órgãos gestores, freqüentemente justificada por argumentos como a insuficiência de recursos financeiros e as políticas de saúde ainda pouco resolutivas. Nesse contexto, a trabalhadora é quem vivencia essa realidade, sua visão é única, seus olhos são singulares e o que ela vê a faz agir. Diante da ineficiência do serviço público, em alguns casos, a profissional busca contornar a situação, fazendo um uso de si ampliado, por vezes, esgotando suas potencialidades físicas e psíquicas, na tentativa de solucionar ou minimizar o problema do usuário. Entretanto, esse modo de se investir no trabalho, na maioria das vezes permanece invisível aos gestores que, via de regra, não valorizam todo o empenho realizado.

Constatamos, portanto, que a organização do PSF é elaborada e discutida, em cada um dos níveis hierárquicos, a partir da noção que os gestores têm do trabalho, sem que um consiga vislumbrar as dificuldades e a racionalidade que rege a prática dos demais. Assim, a problemática vivenciada pelas trabalhadoras para a realização das atividades cotidianas permanece silenciada, de maneira que elas continuam a buscar respostas para si e para os usuários, sem encontrá-las.

Dejours (1992) assinala que a organização do trabalho é um compromisso negociado entre quem o organiza e quem o faz. A organização evolui e se transforma, sendo necessária, para isso, a criação de um espaço de deliberação no qual as pessoas possam falar e se escutar, para que a transformação do trabalho ocorra. Sinalizamos, portanto, a relevância de iniciativas que permitam a confrontação de opiniões entre gestores e trabalhadores – estes últimos representados por integrantes de todas as categorias profissionais - para

que cada um possa contribuir com sua parcela no processo de discussão e reconstrução do trabalho.

É importante salientar, também, a necessidade de uma otimização das políticas de saúde para que estas venham contribuir, urgentemente, na consolidação de um trabalho mais efetivo e integrador, atendendo às propostas do SUS, permitindo uma assistência integral ao ser humano em todas as suas necessidades de saúde. Avaliamos a urgência dessas políticas como subsídios de sustentação para a ação dos gestores, gerentes e trabalhadores das unidades de saúde, a fim de garantir as condições necessárias ao desenvolvimento do trabalho, com um suporte organizacional facilitador ao desempenho das trabalhadoras.

Ressaltamos assim, como Campos (1999), que as condições de trabalho na saúde determinam uma questão social e moral, pois não se trata apenas da exploração da mão-de-obra, mas de como esse trabalho, que se propõe resolutivo, oferece ou não condições de ser conduzido para esse objetivo. Afinal, o que está em jogo são vidas humanas: tanto a dos usuários, como a das trabalhadoras envolvidas. Enfatizamos ainda que todas as ações que abram espaço para a livre expressão dos trabalhadores ganham um novo olhar, à medida que possibilitam a transformação de situações de trabalho, ou mesmo, mudanças na relação entre os trabalhadores e destes com a sua atividade.

No trabalho, portanto, se por um lado, de acordo com as suas condições e organização predomina sua face causadora de frustração e sofrimento, por outro lado, pode gerar uma potência pedagógica e terapêutica, capaz de construir e mobilizar saberes e valores e produzir autonomia, tornando-se fonte de prazer.

Nessa direção, a Estratégia de Saúde da Família, ao propor uma mudança radical no processo de trabalho, possibilitou, de modo geral, a otimização das capacidades das trabalhadoras e potencializou o papel terapêutico por meio da criação de vínculo, aproximando os profissionais e os usuários e as profissionais entre si, colocando as últimas numa relação de interdependência.

Todos os sujeitos que participaram deste estudo reconheceram o trabalho como fonte de aprendizagem, como também a importância dos saberes dos demais integrantes da ESF com quem compartilham as dúvidas e inseguranças presentes no cuidado diário e aquelas relativas à organização do processo de trabalho. Assim, enfrentar o desafio do novo modelo abriu possibilidades de

aprendizagens diversas, de mudanças nas atitudes e mesmo no modo de enxergar o outro, que passou a ser parceiro no trabalho, na medida em que uns auxiliam os outros na solução dos obstáculos emergentes.

Nessa relação, embora cada trabalhador contribua com suas competências singulares, com uma visão própria do problema trazido e uma função específica, a relação entre os diferentes saberes ultrapassa esses limites, levando as profissionais a buscarem nas colegas, o apoio necessário para a complementação de sua competência teórica ou prática. A colaboração mútua é um fator essencial na produção do cuidado o que permite, no coletivo de trabalho, renormalizações na sua organização, facilitando o desempenho das atribuições diárias e, ao mesmo tempo, gerando relações de confiança e solidariedade. As profissionais moldam assim, diversas maneiras de prestar o cuidado e, mesmo, de perceber as múltiplas dimensões do ser humano.

Essa troca de conhecimentos permite a ampliação das competências das trabalhadoras que, de forma muito sutil, vão adquirindo cada vez mais segurança e autonomia para o desenvolvimento das atividades industriais. Nesse sentido, devemos ressaltar a contribuição das enfermeiras, que foram largamente lembradas pelos demais membros da ESF, como alguém muito importante no processo ensino-aprendizagem que se estabelece no 'aprender fazendo' do cotidiano na saúde.

Também o trabalho educativo grupal foi apontado como um meio efetivo de aprendizagem, por meio de uma relação mais informal que aproxima as profissionais da realidade do usuário, facilitando a compreensão sobre o mundo-vida da população. Na atividade grupal, os usuários encontram espaço para falar sobre si, sobre seus saberes e sobre as estratégias utilizadas para driblarem as dificuldades. Ao sentirem-se ouvidos, os participantes passam a valorizar mais a atividade, ratificando as deliberações no conjunto dos envolvidos.

O conhecimento da realidade vivenciada pela população mostrou-se como um fator decisivo para a mudança de postura das trabalhadoras na atenção à população, uma revelação declarada em todos os depoimentos tomados. A maioria das profissionais revelou que não tem como ficar imune às limitações e aos apelos dos usuários. Constatamos assim, conforme Dejourns (2003), que as reações das trabalhadoras oscilam entre a construção de defesas individuais e coletivas e a

mobilização psíquica em direção à compaixão. Elas são, freqüentemente, tocadas pela percepção do sofrimento alheio, num processo afetivo manifestado por meio de suas emoções. Trata-se do trabalho-vida, da vida de sujeitos envolventes e envolvidos, para quem o valor humano encontra-se em primeiro plano; a existência destas trabalhadoras no trabalho é sempre uma existência emocionada.

Logo, pudemos com este estudo, demonstrar que a recriação dos sentidos do trabalho foi determinante para um reajustamento das profissionais em seu cotidiano, mobilizando saberes e fazendo valer o valor pessoal dado à sua atividade. Assim, a partir do PSF, algumas trabalhadoras conseguem dar ao cuidado a dimensão da acolhida, criam modos de estabelecer vínculos com os usuários e com o coletivo de trabalho, de conhecer as subjetividades que envolvem a vida, a saúde e a doença, construindo com eles, uma relação de confiança e envolvimento.

Nessa relação, trocam-se os saberes da teoria e os da vida, numa pedagogia que poderíamos chamar 'da solidariedade' ou 'da compaixão', que se instaura no interesse genuíno pelo sujeito, criando vínculos de confiança mútua, contribuindo para que o outro, seja ele o usuário ou a trabalhadora, superem suas dificuldades, possibilitando-lhes estar de maneira mais estável.

A cada dia, por vezes lidando com a vida e outras vezes com a proximidade da morte, as profissionais vão arbitrando entre os novos questionamentos e fazendo novas escolhas. São oportunidades de fazer valer ali as suas próprias normas de vida. De diversas maneiras, portanto, e atendendo às diferentes necessidades, as trabalhadoras recriam os espaços trabalho, o que se traduz em satisfação com os novos saberes e no reconhecimento da importância destes saberes para a realização da proposta assistencial no PSF.

Assim, finalizamos o relato dessa pesquisa na certeza de que, diante dos objetivos propostos, muito ainda está por ser elaborado. Contudo, não é no sentimento de falta que a concluímos, mas na expectativa da continuidade de um estudo apenas iniciado. Apresentamos aqui uma visão panorâmica dos saberes e valores desvelados no cotidiano do trabalho em saúde, como se tomássemos de um caleidoscópio visualizando alguns quadrantes que, ao retornar, já se modificaram.

Esta tese, portanto, não se encerra com estas considerações finais, mas abre espaço para outras investigações mais focalizadas, que permitam uma melhor apreensão das atividades distintas do setor saúde. Estamos certas de que, a cada

pesquisa e a cada pesquisador, novas e diferentes dimensões dos saberes e valores no trabalho em saúde serão descortinadas. Isso significa, para nós, considerar a importância do trabalho e sua influência em todos os âmbitos da vida. Apostamos, assim, em uma abordagem que considere os aspectos subjetivos do trabalhador, seus saberes e valores, enquanto elementos fundamentais de reconstrução individual e coletiva no trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. *O saber de enfermagem e sua dimensão prática*. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1989. 128 p.

ALMEIDA, M.C.P. *et al.* O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva. In: ALMEIDA, M.C.P; ROCHA, S.M.M. (Org.) *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997. p. 61 – 112.

ALMEIDA, M. *et al.* (Org.) *A educação dos profissionais de saúde na América Latina: teoria e prática de um movimento de mudança* São Paulo: Hucitec, Buenos Aires: UEL, 1999. 183 p.

ALONSO, I.L.K. O processo educativo em saúde na dimensão grupal. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 8, n.1 p. 122-132, jan. 1999.

ALVES, D.B. *Trabalho, educação e conhecimento na enfermagem: uma contribuição aos estudos sobre força de trabalho feminina*. Salvador, Ed. UFB. 1997. 206 p.

ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre a metamorfose e a centralidade do mundo do trabalho. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1995. 155 p.

ANTUNES, R. *Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*. Campinas: Boitempo, 2000. 331 p.

ARANHA, A.V.S. O conhecimento tácito e a qualificação do trabalhador. *Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, n. 2, p. 12 – 29, ago./dez. 1997.

ARANHA, A.V.S. Trabalho, subjetividade, educação. *Outras falas*, Belo Horizonte, n. 3, p. 55 – 66, ago. 2000.

ARANHA, A.V.S. Relação entre o conhecimento escolar e conhecimento produzido no trabalho: dilemas da educação do adulto trabalhador, *Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, v. 12, n. 1, jan./jul. 2003.

ARROYO, M. Revendo os vínculos entre trabalho e educação: elementos materiais da formação humana. In: SILVA, T.T. (Org.) *Trabalho, educação e prática social: por uma teoria da formação humana*. Porto Alegre, 1991. p. 163-216.

ARROYO, M. Pedagogia das relações no trabalho. *Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, n. 2, p. 61-67, ago./dez. 1997.

ARROYO, M. As relações sociais na escola e a formação do trabalhador. In: FERRETI, C.J. *et al.* (Org.) *Trabalho, formação e currículo: para onde vai a escola?* São Paulo: Xamã, 1999. p. 13 – 41.

ARROYO, M. Escola e trabalho: desafios e oportunidades na construção de uma política pública de formação profissional em saúde. 1º Fórum Nacional do PROFAE: *Relatório Geral*. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. p. 64 – 80.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 8, n.14, p.73-92, fev.2004.

BARROS, M.E.B. *et al.* O desafio da humanização dos/nos processo de trabalho em saúde: O dispositivo PFST. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Org.) *Trabalhador da saúde: Muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí/RS: Ed. Unijuí, 2007, p. 99-121.

BELO HORIZONTE. *A Atenção Básica de Saúde em Belo Horizonte: recomendações para a organização local – versão preliminar*. Secretaria Municipal de Saúde, 2006a. 162 p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. Caracterização dos Distritos Sanitários. Disponível em: <http://portal2.pbh.gov.br/pbh/index.html>. Acesso em 30 ago. 2006b.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? In: *Interface – Comunic. Saúde, Educ.*, v. 9, n.17, p. 389- 394, mar. ago, 2005
<http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>

BENEVIDES BARROS, R.; BARROS, M.E.B. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (Org.) *Trabalhador da saúde: Muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí/RS: Ed. Unijuí, 2007, p. 61-71.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei nº 775 de 06 de Agosto de 1949. Dispõe sobre o ensino na Enfermagem no País e dá outras Providências. Brasília, *Diário oficial da União*, 07 Ago. 1949.

BRASIL. Conselho Federal de Educação. *Resolução n. 07 de 18 de abril de 1977*. Institui a habilitação de Técnico de Enfermagem e de Auxiliar de Enfermagem ao nível do ensino de 2º grau, Brasília: Conselho Federal de Educação, 1977.

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986*. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. Brasília: *Diário oficial da União*, 25 jun.1986.

BRASIL. Congresso Nacional. *Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: *Diário oficial da União*, 19 set. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Agente Comunitário da Saúde. Brasília, 1991. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/sgtes/visualizar_texto.cfm?idtxt=23761991. Acesso em 22 nov. 2005

BRASIL. Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia de reorganização dos serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a. (Cadernos)

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996*. Dispõe sobre os aspectos ético-legais de pesquisa em saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 1996b.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria 1262/GM de 15 de outubro de 1999*. Institui o Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde, 1999a.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CEB n. 04/99* de 8 de dezembro de 1999. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para a Educação Profissional de Nível Técnico da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação n. 04. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 1999b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento Atenção Básica. *A implantação da Unidade de Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 44p. Caderno 1

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas da Saúde. *Guia prático do Programa Saúde da Família*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a. 128p.

BRASIL. Conselho Nacional de Educação/Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES n. 03, de 7 de novembro de 2001*. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem e Medicina. Brasília: Conselho Nacional de Educação, 2001b.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 10.507 de 10 de julho de 2002. Cria a profissão de agente comunitário de saúde e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da União*. 11 jul. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Avaliação normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: monitoramento da implantação e funcionamento das equipes de saúde da família: 2001-2002*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde/Ministério da Educação. *Referencial curricular para curso técnico de agente comunitário de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. *Saúde da Família: avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos: síntese dos principais resultados*. 2.ed. atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde*. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Regulação, 2006b. Disponível em:
http://w3.datasus.gov.br/DATASUS/datasus.php?area=361A3B366C1D464E4FG10HIJd3L1M0N&VAba=1&VInclude=../site/din_sist.php&VSis=1&VCoit=464&VI=Regulacao. Acesso em 02 mar. 2008.

BRASIL. Congresso Nacional. Lei n. 11.350 de 05 de outubro de 2006. Regulamenta o exercício profissional do Agente Comunitário da Saúde. Brasília: *Diário Oficial da União*, 2006c.

BRITO, J. *Saúde, trabalho e modos sexuais de viver*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999. 200 p.

CAMPOS, C.R. *et al.* (Org.) *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. 334 p.

CAMPOS, F.E., BELISÁRIO, S.A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface - Comunic. Saúde, Educ.*, Botucatu, v.5, n.9, p. 133-142, 2001.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência das mudanças: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C. (Org.) *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-88.

CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOKO, R. (Org.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997, p. 229-266.

CAMPOS, G. W. S. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v.4, n.2, nov. 1999. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n2/7121.pdf>. Acesso em 22 nov. 2007.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*. São Paulo: Hucitec, 2000. 236 p.

CAMPOS, G. W. S. *Saúde Paidéia*. São Paulo: Hucitec, 2003. 185 p.

CAMPOS, G. W. S. Humanização na saúde: um projeto em defesa da vida? *Interface – Comunic. Saúde, Educ.*, Botucatu, v. 9, n.17, p. 398- 406, mar. ago, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a16.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2007.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S *et al.* (Org.) *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 53-92.

CAMPOS, R.; MACHADO, L. Subjetividade do trabalho. In: FIDALGO, F.; MACHADO, L. *Dicionário da Educação Profissional*. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos Trabalho e Educação – NETE, Faculdade de Educação da UFMG. 2000, p. 318-19.

CECÍLIO L.C.O. Autonomia *versus* controle dos trabalhadores: a gestão do poder no hospital. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 4 n. 2, p. 315-29, nov. 1999.

CENTRO DE SAÚDE SÃO JOÃO. *Caderno de atas*. Acesso em 12 jun. 2006.

CHARLOT, B. *Da relação com o saber*: elementos para uma teoria. Porto Alegre: Artes médicas sul, 2000. 93 p.

CLOT, Y. *A função psicológica do trabalho*. Trad. Adail Sobral. Petrópolis: Vozes, 2006. 223 p.

COSTA, F. Manifesto contra o trabalho: introdução a uma crítica ontológico-política. Disponível em: <http://www.vespanet.com.br/eulerc/criticamct.htm>. Acesso em: 27 out. 2004.

CRITELLI, D.M. *Analítica do sentido*: uma aproximação e interpretação do real de orientação fenomenológica. São Paulo: Brasiliense, 1996. 140 p.

CUNHA, D.M. *La formation humaine entre le concept et le expérience du travail*: éléments pour une pédagogie de l'activité. 2005. 495 f. Tese Doutorado - Université de Provence, UP, França, 2005.

CUNHA, D. M. A formação humana entre o conceito e a experiência de trabalho: elementos para uma pedagogia da atividade (resumo). *Laboreal*, Portugal, v. 2, n. 1, p. 42-44, 2006a. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112265165517591>. Acesso em: 22 nov. 2007.

CUNHA, D.M. Notas conceituais sobre atividade e corpo-si na abordagem ergológica do trabalho. In: *Associação Nacional de Pós-Graduação e Pesquisa em Educação – ANPED*, 30., Caxambu: ANPED, 2006b. Disponível em: <http://www.anped.org.br/reunioes/30ra/trabalhos/GT09-3586--Int.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2007

DEJOURS, C. *A loucura do trabalho*: estudo de psicopatologia do trabalho. 5. ed. amp. São Paulo: Cortez – Oboré, 1992. 168 p.

DEJOURS, C. *A banalização da injustiça social*. 3. ed., Rio de Janeiro: Editora FGV, 2001. 158 p.

DEJOURS, C. *O fator Humano*. 4. ed. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2003. 104 p.

DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. *Psicodinâmica do trabalho*: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho. São Paulo: Atlas, 1994. 145 p.

DEMO, P. *Pesquisa: princípio científico e educativo*. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1997. 120 p.

DINIZ, M. *O método clínico na investigação da relação com o saber de quem ensina: contribuição para a formação docente*. 2005. 284 f. Tese (Doutorado em Educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2005.

FAÏTA, D. A linguagem como atividade. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.) *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Trad. Jussara Brito *et al.* Niterói: EdUFF, 2007. p. 161-188.

FERNÁNDEZ G.; CLOT, Y. Entrevistas en auto-confrontación: un método en clínica de la actividad. *Laboreal*, Portugal, v.3 n.1, p.15-19, 2007. Disponível em: <http://laboreal.up.pt/revista/artigo.php?id=37t45nSU547112298>. Acesso em 15 out. 2007.

FEUERWERKER, L.; ALMEIDA, M. Diretrizes Curriculares e Projetos Pedagógicos: é tempo de ação! *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, v. 56, n. 4, p. 351- 2, dez. 2003.

FIDALGO, F.; MACHADO, L. *Dicionário da Educação Profissional*. Belo Horizonte: Núcleo de Estudos Trabalho e Educação – NETE, Faculdade de Educação da UFMG. 2000. 415 p.

FONSECA, T.M.G. De mulher a enfermeira: conjugando trabalho e gênero. In: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. (Org.) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 63-75.

FONSECA, T.M.G. *Gênero, subjetividade e trabalho*. Petrópolis: Vozes, 2000. 213 p.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Trad. Roberto Machado. 6. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1986. 295 p.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS H. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2004. 288p.

FRANÇA, J.L. *et al.* *Manual para normalização de publicações técnico-científicas*. 8.ed. rev. e aum. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2007. 255 p.

FRANÇA, M. No princípio dialógico da linguagem, o reencontro do *Homo loquens* com o ser industrial. In: FIGUEIREDO, M. *et al.* (Org.) *Labirintos do Trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo*. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 115-131.

FRANCO, T.B.; MERHY, E.E. Programa de Saúde da família: contradições de um programa destinado à mudança tecno-assistencial. MERHY, E.E. *et al.* (Org.) O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 55-124.

FRANCO, T.B. *et al.* O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.15 n.2, abr./jun. 1999. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1999000200019&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 08 ago. 2005.

FREIRE, P. *Educação e mudança*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1979. 79 p.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985. 220 p.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 8. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1998. 165 p.

GUEDES, R.M.A. *A incompatibilidade entre a natureza da atividade do auxiliar de enfermagem e a organização do trabalho: o caso da distribuição de medicamentos*. 2003. 129 f. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) - Escola de Engenharia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2003.

HIRATA, H. *Nova divisão sexual do trabalho: um olhar voltado para a empresa e a sociedade*. São Paulo: Boitempo, 2002. 312 p.

KUENZER, A.Z. Sob a reestruturação produtiva, enfermeiros, professores e montadores de automóveis se encontram no sofrimento do trabalho. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v.2, n. 1, p. 239-265, mar. 2004.

LOPES, M.J.M. O sexo do hospital. In: LOPES, M.J.M.; MEYER, D.E.; WALDOW, V.R. (Org.) *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p. 76-105.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M.E.D.A. *Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

MARX, K. *O Capital: crítica da economia política*. 10. ed. São Paulo: Difel, 1985, 279 p. vol. I

MATUMOTO, S. *et al.* Supervisão de equipes no Programa de Saúde da Família: reflexões acerca do desafio da produção de cuidados. *Interface - comunic., saúde, educ.*, Botucatu, v.9, n.16, p.9-24, fev.2005.

MELO, C.M.M. *Divisão social do trabalho e enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1986. 96 p.

MENDES-GONÇALVES, R. B. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde*. São Paulo: Hucitec, 1994. 278 p.

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

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface-comunic, saúde, educ.* Botucatu, p. 109-116, fev. 2000.

MERHY, E. E. *Saúde, Cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002. 190 p.

MERHY, E.E.; FRANCO, T.B. Por uma composição técnica do trabalho em saúde centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. Apontando mudanças para os modelos tecno-assistenciais. *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec, 1998. 269 p.

MINAYO, M.C.S. (Org.) *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 20. ed. Petrópolis: Vozes, 2002. 80 p.

MOROSINI, M.V. *et al.* O agente comunitário de saúde no âmbito das políticas voltadas para a atenção básica: concepções do trabalho e da formação profissional. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 5 n. 2, p. 261-280, mar. 2007.

NOUROUDINE, A. A linguagem: dispositivo revelador da complexidade do trabalho. In: SILVA, M. C. S.; FAÏTA, D. (Org.) *Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*. São Paulo: Cortez, 2002. p. 17-30.

ONOCKO CAMPOS, R.; CAMPOS, G.W.S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S *et al.* (Org.) *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 669-687.

PAIM, J.S. Saúde da Família: espaço de reflexão e de contra-hegemonia. *Interface, Comunic, Saúde, Educ.*, Botucatu, v.5, n. 9, p. 143-6, ago. 2001.

PEREIRA, R.M. *Pedagogia do lar oficina: produção, mobilização e aquisição do conhecimento no trabalho a domicílio das costureiras faccionistas de Divinópolis*. 2004. 218 f. Dissertação (Mestrado em educação) - Faculdade de Educação, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Rev. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 103-109, nov. 2001.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, educação e saúde*, Rio de Janeiro, v. 1 n.1, p.75-91, mar. 2003.

PIRES, D. *Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil*. São Paulo: Annablume, 1998. 253 p.

PIRES, D. A estrutura objetiva do trabalho na saúde. In: LEOPARDI, M.T. *et al.* *O processo de trabalho em saúde: organização e subjetividade*. Florianópolis: Papalivros, 1999. p. 25 – 48.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde. *R. Bras. Enferm.*, Brasília, v.53, n.2 p. 251-263, abr./jun. 2000.

PIRES, D. *et al.* Organização do trabalho em enfermagem: implicações no fazer e viver dos trabalhadores de nível médio. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v. 2 n. 2, p. 311-325, set. 2004.

SANTOS, E.H. *Le savoir em travail: léxpérience de développement technologique par les travailleurs dune industrie brésiliene*. 1991. 443 f. Tese (Doutorado Ciências da educação) - Université de Paris VIII, Paris, 1991.

SANTOS, E.H. Trabalho prescrito e real no atual mundo do trabalho. *Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, n. 1, p. 13 –27, fev.jul.1997.

SANTOS, E.H. O sujeito nas relações sociais e formativas. In: FERRETI, C.J. *et al.* (Org.) *Trabalho, formação e currículo: para onde vai a escola?* São Paulo: Xamã, 1999. p. 43-62.

SANTOS, E.H. Ciência e cultura: uma outra relação entre saber e trabalho. *Trabalho & Educação*, Belo Horizonte, n. 7, p. 119-130, jul.dez. 2000a.

SANTOS, E.H. A produção do saber e sua legitimação política. *Outras falas*, Belo Horizonte, n. 3, p. 67 – 74, ago. 2000b.

SANTOS, R.M. *et al.* Circunstâncias de oficialização do curso de auxiliar de enfermagem no Brasil: estudando as entrelinhas da lei 775/49. *Rev Latino-am Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.10, n. 4, p. 561-70, jul.ago. 2002.

SANTOS-FILHO, S.B. Um olhar sobre o trabalho em saúde nos marcos teórico-políticos da saúde do trabalhador e do Humanizadas: o contexto do trabalho no cotidiano dos serviços de saúde. In: SANTOS-FILHO, S.B.; BARROS, M.E.B. (org.) *Trabalhador da saúde: Muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí/RS: Ed. Unijuí, 2007, p. 72-96.

SCHERER, M.D.A. *O trabalho da equipe no programa de saúde da família: possibilidades de construção da interdisciplinaridade*. 2006. 230 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

SCHWARTZ, Y. A penumbra da vida e os recentramentos do ser vivo. In: SCHWARTZ, Y. *Expériencce et connaissance du travail*. Paris: Ed. Sociales, 1988. Cap. 14 Trad. Daisy M.Cunha; Jurema R. Lopes (mimeo) s.p.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e Valor. *Tempo social*. Rev. Sociol. USP, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 147-158, out.1996.

SCHWARTZ, Y. Os ingredientes da competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 19, n. 65, dez.1998. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73301998000400004. Acesso em: 08 ago. 2005.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e uso de si. *Pro-posições*, Campinas, v. 1, n. 5, p. 34 – 50, jul.2000.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e saber. *Trabalho e Educação*, Belo Horizonte, v.12, n. 1, p. 21 a 34, jun. 2003.

SCHWARTZ, Y. Ergonomia, filosofia e exterritorialidade. In: DANIELLOU, F. (Coord.) *A ergonomia em busca de seus princípios*. São Paulo: Blücher, 2004. p. 141-180.

SCHWARTZ, Y. Entrevista. *Rev. Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, v.4 n.2, p. 457-466, set. 2006. Disponível em: < <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br/>> Acesso em out. 2007.

SCHWARTZ, Y. A linguagem em trabalho. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.) *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Trad. Jussara Brito *et al.* Niterói: EdUFF, 2007a. p. 133- 150.

SCHWARTZ, Y. Trabalho e uso de si. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.) *Trabalho e Ergologia: conversas sobre a atividade humana*. Trad. Jussara Brito *et al.* Niterói: EdUFF, 2007b. p. 191- 206.

SCOTT, J. Gênero uma categoria útil para a análise histórica. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 20, n. 2, p. 71-99, nov.1995.

SÈVE, L. A personalidade em gestação. In: SILVEIRA, P.; DORAY, B. *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade*. São Paulo: Vértice, 1989. p. 147-178.

SILVA, M. C. S.; FAITA, D. (Org.) *Linguagem e trabalho: construção de objetos de análise no Brasil e na França*. São Paulo: Cortez, 2002. 240 p.

SILVEIRA, P.; DORAY, B. *Elementos para uma teoria marxista da subjetividade*. São Paulo: Vértice, 1989. 208 p.

TEIXEIRA, R.R. Agenciamentos tecnosemiológicos e produção de subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, 2001. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100004. Acesso em 12 mar. 2008.

THIOLLENT, M.J.M. *Crítica metodológica: investigação social e enquete operária*. 2. ed., São Paulo: Polis, 1985. 270 p.

VILLA, E.A. *O enfermeiro educador no mundo da enfermagem*. 2000. 103 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.

VILLA, E.A. Educação em saúde: a prática educativa no cotidiano do trabalho do profissional. In: GAZZINELLI, M.F. *et al.* (Org.) *Educação em saúde: teoria, métodos e imaginação*. Belo Horizonte: Editora UFMG, 2006. p. 43 – 51.

VILLA, T.C.S; MISHIMA, S.M; ROCHA, S.M.M. A enfermagem nos serviços de saúde pública do Estado de São Paulo. In: ALMEIDA, M.C.P; ROCHA, S.M.M. (Org.) *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez, 1997. p. 27 – 60.

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO - LIVRE E ESCLARECIDO

Pesquisa: Cuidar-educando: a relação de saberes no trabalho em saúde

O trabalho é um local formador do ser humano, uma formação que ocorre num processo interpessoal, onde os trabalhadores, pela sua própria experiência no trabalho adquirem um conhecimento contínuo sobre o seu fazer. O processo de trabalho em saúde, apresenta diversas modificações técnicas e organizacionais, levando o(a) auxiliar de enfermagem a adaptar o trabalho prescrito às condições reais de sua execução, utilizando-se dos conhecimentos teóricos e práticos e das suas experiências acumuladas mesmo fora do ambiente de trabalho. Na enfermagem pouco se conhece ou se discute sobre a trama de saberes originada no trabalho, embora, boa parte do que é realizado na assistência diária, aconteça com a contribuição dos saberes dos(as) auxiliares.

O objetivo geral da pesquisa é investigar a relação de saberes que ocorre entre os membros das Equipes de Saúde da Família (ESF) no trabalho diário assistencial, com enfoque no auxiliar de enfermagem. Os objetivos específicos são: investigar como se dá a aquisição de saberes pelos(as) auxiliares; identificar os saberes produzidos no cotidiano do trabalho do(a) auxiliar e nas relações com os demais profissionais e usuários; conhecer como o(a) auxiliar de enfermagem utiliza seus saberes na atividade prática e identificar e analisar as relações de poder/saber, advindas das relações de saber presentes na Equipe de Saúde da Família.

Assim, você está sendo convidado(a) a ser um(a) dos sujeitos do estudo, participando de uma entrevista a ser agendada de acordo com a sua disponibilidade. Serão garantidos o anonimato e o sigilo das informações e os dados coletados só servirão para fins científicos. Além disso, você poderá desistir de participar da pesquisa a qualquer momento.

Faz parte da coleta de dados, um período em que estarei presente no dia-a-dia de trabalho, observando as atividades desenvolvidas pela ESF.

Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias para o esclarecimento de dúvidas.

Pesquisadora: Eliana Aparecida Villa Telefone: 371-1812 Cel. 9618-7237

COEP/SMSA: 3277-7767 (Comitê de Ética em Pesquisa da SMSA/PBH)

COEP/UFMG: 3499-4592 (Comitê de Ética em Pesquisa da UFMG)

Como pessoa a ser entrevistada, afirmo que fui devidamente orientada sobre a finalidade e objetivos da pesquisa, bem como sobre a utilização das informações que forneci somente para fins científicos, sendo que meu nome será mantido em total sigilo. Minhas dúvidas foram esclarecidas e autorizo a realização da entrevista, a observação das atividades e a utilização dos dados coletados na sua pesquisa.

Nome do entrevistado:

Assinatura:

Belo Horizonte,

APÊNDICE B

Roteiro de entrevista com os profissionais da Equipe de Saúde da Família

Nome: _____ Idade: _____
Estado civil: _____ Filhos: _____
Função: _____

Você poderia fazer uma breve narrativa de sua trajetória profissional até aqui?

Há quanto tempo trabalha neste Centro de Saúde? e na Rede Básica?

Há quanto tempo você aderiu ao PSF e o que a motivou a aderir ao PSF?

Quais as diferenças no trabalho antes e depois do PSF?

Sobre a aquisição - produção de conhecimento

Relate como você adquiriu o conhecimento necessário para o desenvolvimento do trabalho diário?

Você considera que os trabalhadores podem adquirir conhecimento na relação junto aos demais membros da ESF? Se sim, de que maneira?

Você teria algum exemplo de construção de conhecimento na sua atividade de trabalho?

Quais os saberes você utiliza no seu trabalho diário?

Você considera que o seu conhecimento é valorizado pelos colegas?

Em que medida seus valores estão implicados na sua atividade de trabalho?

Você considera que há relação de poder entre os membros da ESF?

O seu trabalho interfere na sua vida lá fora? Se sim, de que maneira?

O fato do trabalho em saúde ser constituído, na sua maioria, por mulheres, você acha que isso interfere nas relações de trabalho?

Você está satisfeita com o trabalho que desempenha no dia a dia? Por que?

APÊNDICE D

Diário de Campo: Observação do trabalho na Recepção

Data: 20-07-2006 – das 7:00 – 11:30

São 7:15 h e desde o início do expediente, às 7:00, já se formou a fila de usuários para o acolhimento. As ACS (escaladas para essa atividade) organizam essa fila, encaminhando-os para a equipe de referência, de acordo com o seu endereço (a maioria dos usuários já é conhecida das ACS).

A enfermeira chegou, cumprimentou a todos e, observando a fila, depois de pouca conversa, se encaminhou para a sala do acolhimento, iniciando a atividade. Cada uma delas tem a mesma atitude e em pouco tempo os usuários estão sendo acolhidos. A maioria está sendo encaminhada para a consulta médica.

Os usuários que chegam após as 8 h são atendidos na recepção pela auxiliar de enfermagem que, de acordo com a demanda, separa seus prontuários para serem ouvidos pelas enfermeiras depois do acolhimento. Ao mesmo tempo, essa auxiliar separa os prontuários daqueles que estão no acolhimento enquanto vai fornecendo informações diversas aos que chegam ao balcão: qual o horário de funcionamento da farmácia, como é a marcação de consulta especializada, qual o dia de atendimento da saúde mental, tipos de exame e preparos necessários (...) Ela vai orientando de forma rápida a cada um e parando de tempos em tempos para atender ao telefone - que toca insistentemente ou para pegar resultados de exames laboratoriais, guardados em um arquivo improvisado ali na recepção. (Confesso que não tenho nem como me aproximar para tirar dúvidas, pois a demanda é ininterrupta).

Enquanto isso, também na recepção, o estagiário de informática já inicia a busca, no computador, dos dados referentes aos usuários que começam a ser encaminhados pelas enfermeiras para as consultas médicas – os usuários aguardam sentados em três bancos de madeira dispostos em um hall, em frente à recepção – que por vezes chegam a ficar lotados. Os usuários que vão passar pela consulta têm seus prontuários colocados em pastas com o nome de cada uma das médicas, por ordem de chegada, sobre o balcão da recepção. Estas, por sua vez, chamam os pacientes seguindo essa ordem.

À medida que o tempo passa, o alvoroço aumenta, pois além de aumentar o número de pessoas circulando e aguardando atendimento nos corredores, a espera começa e se tornar inquietante para a maioria.

São 8:50, lá fora ainda há pessoas para a coleta de exames laboratoriais – que acontece na sala de vacina até 9 h; e também já tem várias mães com crianças aguardando, ali mesmo, o início da vacinação. A farmácia, das 7:30 às 10:00 é usada para fazer os

protocolos dos exames laboratoriais (devido a necessidade do uso do computador) e somente a partir das 10:00 inicia a dispensação de medicamentos. Assim, alguns usuários ainda estão em fila na janela da farmácia fazendo os protocolos dos exames a serem colhidos e outra fila – maior – já se forma ali, bem ao lado para a dispensação de medicamentos, sob o controle do porteiro. Ele me diz sorrindo: “- Se eu não ficar de olho, vira bagunça, porque ninguém gosta de esperar”. (São 9:20 e o sol forte castiga a todos ali na fila. Sinto-me mal com essa situação).

Alguns usuários são encaminhados ao andar superior para atendimento odontológico, psicológico, para marcação de consultas especializadas. (Não tenho como ficar aqui parada feito uma estátua e auxílio, fornecendo algumas informações e encaminhamentos).

São 9:30 e o movimento na recepção do CSSJ é intenso, são usuários para o acolhimento, para as consultas, outros no hall de espera, alguns aguardando os tratamentos prescritos a serem realizados pela auxiliar de enfermagem no posto de enfermagem, mais ao fundo.

Verifico que, a todo momento, uma ou outra profissional deixa seu posto de trabalho e busca algum auxílio junto a outra trabalhadora:

Uma ACS pede para a auxiliar de enfermagem confirmar a gravidade de um caso que lhe parece mais urgente – para antecipar o seu acolhimento - esta a acompanha, avalia a criança e vai falar com a enfermeira que logo após faz o atendimento;

Mara (enfermeira) pede para a médica avaliar um exame, considerando que não seja caso para uma consulta, esta concorda e ambas comunicam juntas à usuária que seu quadro é estável, orientam-na e agendam o seu retorno;

Dra. Regina pede auxílio à outra médica para confirmar o diagnóstico de uma criança – me aproximo, ambas fazem o exame juntas, discutem os sinais e confirmam a suspeita;

São 10:30 e o movimento continua acentuado. A enfermeira procura a ajuda da médica da equipe, discutem o caso de uma gestante e confirmam a suspeita de DEG, que exige cuidados especiais e deve ser encaminhada. Enquanto a médica faz o encaminhamento para a maternidade, a enfermeira busca o transporte e, sem consegui-lo, ambas abordam a gerente e discutem a situação. São as limitações do serviço e a gerente sai pra buscar solução: - vai telefonar ao Distrito e tentar ambulância de outro setor.

São 11:30 e a movimentação, embora tenha diminuído, ainda é grande porque neste momento são muitos os profissionais em atendimento. A ambulância chegou.

Preocupa-me a fila da farmácia que agora faz uma dobra próxima ao portão de saída do Centro de Saúde. Ao sair da farmácia, uma das auxiliares de enfermagem comenta

comigo: “- Você vai ver isso daqui a pouco porque o Captopril, que a maioria vai pegar, está acabando e só na semana que vem receberemos mais.”

O acolhimento acabou, mas uma das enfermeiras ainda atende a demanda espontânea, a outra organiza os prontuários e a terceira conversa com a médica sobre a pauta da reunião de equipe, na parte da tarde.

Agora a auxiliar de enfermagem que atende na recepção está sentada, organizando os resultados de exames no arquivo próprio. Lá fora, no posto de enfermagem ainda há usuários em atendimento: uma senhora no soro e um adolescente fazendo uso da inalação. Também a vacinação continua sendo realizada por outra auxiliar, agora já sem fila.