

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO  
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUCAS VINCO DE OLIVEIRA CAMPOS

A Estratégia de Saúde da Família em sua Micropolítica: um  
estudo de caso sobre a Humanização nos Processos de  
Trabalho

RIBEIRÃO PRETO  
2011

# LUCAS VINCO DE OLIVEIRA CAMPOS

A Estratégia de Saúde da Família em sua Micropolítica: um estudo de caso sobre a Humanização nos Processos de Trabalho

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Mestre em Ciências pelo Programa de Enfermagem em Saúde Pública.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de pesquisa: Prática, Saberes e Políticas de Saúde.

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria José Bistafa Pereira.

**RIBEIRÃO PRETO  
2011**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

#### Ficha Catalográfica

Campos, Lucas Vinco de Oliveira

A Estratégia de Saúde da Família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a Humanização nos processos de trabalho.

/ Lucas Vinco de Oliveira Campos; orientadora Maria José Bistafa Pereira. – São Paulo, 2011.

132 f. : il.

Dissertação (Mestrado)- -Universidade de São Paulo, 2011.

1 Atenção Básica à Saúde 2. Estratégia de Saúde da Família 3. Humanização 4. Processo de trabalho 5. Micropolítica.

Nome: CAMPOS, Lucas Vinco de Oliveira

Título: Atenção Básica à Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Humanização, Processo de trabalho, Micropolítica.

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Mestre em Ciências.

Aprovada em:

Banca Examinadora

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

Prof. Dr. \_\_\_\_\_ Instituição: \_\_\_\_\_

Julgamento: \_\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

## **AGRADECIMENTOS**

À Maria José Bistafa Pereira, orientadora, em sentidos mais que acadêmicos. Há um bom tempo vêm acolhendo, com ternura incomparável, meus desejos, anseios e inseguranças em todos os momentos pessoais e profissionais no meu percurso, desde a graduação.

À Cinira Magali Fortuna, que acompanhou bem de perto os processos desta pesquisa. A sua produção de vida me serve de exemplo, a sua presença me traz alegria, e é um grande presente pra mim.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, por acolher a pesquisa e o pesquisador, constituindo-se em espaço ímpar para minha formação.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pela confiança no potencial do projeto de pesquisa e o consequente apoio financeiro. Também pelas correções, alertas e críticas, bastante construtivas ao longo do processo.

Ao Núcleo de Pesquisa em Saúde Coletiva (NUPESCO), importante núcleo de formação acadêmica e cidadã da escola, grupo produtor e sempre aberto a novos integrantes, novas idéias e novos devires, no qual tive a oportunidade de debater o tanto o projeto desta pesquisa como os referenciais que o embasa.

Aos trabalhadores da unidade do Eugênio Lopes, fundamentais para a pesquisa, fundamentais para minha formação, fundamentais para a construção da saúde humanizada que almejamos. Vi em vocês amizade, acolhimento e parcerias.

Ao Grupo de Estudos de Análise Institucional, espaço raro e de bastante implicação, onde podemos

À Mariza Salomão Vinco, mãe, companheira, amiga, apoio e amor. Com você indiscutivelmente me identifico pela afirmação de seus objetivos e sua luta diária.

Ao Sérgio Arthur de Oliveira Campos, pai. Sigo suas idéias e seu carinho, sem os quais jamais me tornaria o que sou hoje.

Ao André Vinco de Oliveira Campos, irmão que me serve de espelho, me faz companhia e me faz rir da vida, pela forma divertida que a leva.

Aos meus familiares, avós, tios, primos, distantes ou próximos, mas que de alguma forma sempre estiveram por perto, e com os quais construo meus portos seguros.

À Luana Alves de Figueiredo, grande surpresa da vida, que me revela, que me desconstrói, que me faz aprender... Muito e amiúde.

Às pessoas dos momentos importantes de minha vida, indispensáveis na minha existência, companheiros, de todas (des)ordens: Tauani, Gustavo, Emiliano, Alex... E tantos outros.

## RESUMO

**CAMPOS; L. V. O. A Estratégia de Saúde da Família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a Humanização nos processos de trabalho.** 2011. 132 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

A temática deste estudo trata do trabalho cotidiano produzido em uma equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF), na perspectiva da humanização, como disposta da Política Nacional de Humanização (PNH). Foi desenvolvido junto a todos os trabalhadores de uma equipe de ESF do município de Ribeirão Preto – São Paulo, com os objetivos de mapear os modos de produção e captura dos movimentos de humanização que se constituem na micropolítica do processo de trabalho desta equipe, interpretar as práticas no trabalho da ESF considerando as dimensões constituídas nos temas fundamentais da PNH e analisar os modos de produção das realidades/subjetividades no contexto da ESF que podem ser incorporativas de humanização. Constituiu-se um estudo de abordagem qualitativa, caracterizado como estudo de caso, utilizando a cartografia como método de pesquisa. Optou-se pela observação participante como instrumento para a coleta de dados. Através das análises dos dados foi possível identificar que os processos de humanização ainda encontram resistências. As possibilidades de mudanças anunciadas pela PNH, no que tange à autonomia, criatividade, responsabilização e trabalho em equipe, encontram-se atravessadas por linhas de força historicamente instituídas, como policiamento, hierarquia verticalizada, fragmentação do processo de trabalho, primazia do saber científico, isolamento, burocratização e desarticulação política, tanto nas relações estabelecidas entre os trabalhadores, quanto entre trabalhadores e usuários. Como consequência de tais atravessamentos, estas relações constituem-se enquanto relações de poder. A partir disso, pode-se perceber, por vezes, a produção de apatia e o sentimento de desvalorização, principalmente entre os trabalhadores de nível médio, e de impotência, entre os de nível superior. No entanto, os temas fundamentais da PNH se produzem em algumas brechas da instituição. Ainda que pontualmente marcados, em espaços não considerados oficiais dentro da equipe, que nas análises foram identificados como estando do lado de fora, em guetos, observaram-se intervenções de alguns trabalhadores em que emergiam principalmente a criatividade e autonomia. Estes momentos apontam que há muita potência para a produção do cuidado humanizado no conhecimento informal, no acúmulo de experiência dos trabalhadores e nos momentos de proximidade com os usuários. Faz-se necessário, portanto, um uso dos espaços institucionais que vise a inclusão, em todo o processo de trabalho cotidiano da equipe, destes movimentos de humanização, para que seja possível, assim, articular autonomia e criatividade com a responsabilização dos seus agentes, e a inserção efetiva no trabalho em equipe.

Palavras-chave: Atenção Básica à Saúde, Estratégia de Saúde da Família, Humanização, Processo de trabalho, Micropolítica.

## ABSTRACT

CAMPOS; L. V. O. **Family Health Strategy in its micropolitics: a case study about Humanization in work processes.** 2011. 132 p. Dissertation (Master's degree) – Ribeirão Preto's Nursing School, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

The subject of this study regards the daily work performed by a team in Family Health Strategy (FHS), in the perspective of humanization, as provided by the Humanization National Policy (HNP). It was carried out by workers of a FHS team from the region of Ribeirão Preto – São Paulo, aiming to map out the ways of producing and capturing the humanization movements that are established in micropolitics of this team's work process, to interpret the FHS' work practices considering the dimensions founded in the HNP fundamental subjects, and to analyze the modes of production of realities/subjectivities in the FHS' context that may incorporate humanization. A study of qualitative approach was carried out, which was characterized as a case study, using cartography as a research method. Participant observation was used as a tool for data collection. Through the data analyses it was possible to identify that humanization processes still find resistance. The possibilities for change announced by the HNP – those that regard autonomy, creativity, responsabilization, and team work – are crossed by lines of force that are historically instituted, such as monitoring, vertical hierarchy, fragmentation in work process, primacy of scientific knowledge, isolation, bureaucratization, and political disarticulation, both in established relations among workers and among workers and users. As a consequence of such intersections, these relations stand as power relations. Hence, what can sometimes be seen is the feeling of apathy and belittling, especially among high school leveled workers, and that of powerlessness among workers with higher educational level. However, the HNP's fundamental topics are produced in some gaps of the institution. Although accurately pointed out, in settings that were considered to be unofficial inside the team, which were identified in the analyses as being outside, in ghettos, some workers' interventions were observed from which mainly creativity and autonomy came out. Those moments show that there is a lot of power for the production of humanized care within informal knowledge, in the workers' experience accumulation and in moments of closeness to the users. It is necessary, hence, that institutional settings are used aiming inclusion along all daily team process of these humanization movements, so that it is possible, thus, to articulate autonomy and creativity with their agents' responsabilization and the effective insertion in team work.

Key words: Basic Health Care, Family Health Strategy, Humanization, Work process, Micropolitics.

## RESUMEN

**CAMPOS; L. V. O. La estrategia de salud de la familia en su micropolítica: un estudio de caso sobre la Humanización en los procesos de trabajo.** 2011. 132 p. Disertación (Máster) – Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

La temática de este estudio trata acerca del trabalho diario producido en un equipo de Estrategia de Salud de la Familia (ESF), en la perspectiva de la humanización, como dispuesta de la Política Nacional de Humanización (PNH). Se desarrolló junto a todos los trabajadores de un equipo de ESF del municipio de Ribeirão Preto – São Paulo, con los objetivos de mapear los modos de producción y captura de los movimientos de humanización que se constituyen en la micropolítica del proceso de trabajo de este equipo, interpretar las prácticas en el trabajo de la ESF considerando las dimensiones constituidas en los temas fundamentales de la PNH y analizar los modos de producción de las realidades/subjetividades en el contexto de la ESF que pueden incorporar la humanización. Se constituyó un estudio de abordaje cualitativo, caracterizado como estudio de caso, utilizando la cartografía como método de investigación. Se optó por la observación participante como instrumento para la recolección de datos. Por intermedio del análisis de los datos fue posible identificar que los procesos de humanización todavía encuentran resistencias. Las posibilidades de cambios anunciadas por la PNH, en lo que atañe a la autonomía, la creatividad, la responsabilización y el trabajo en equipo, se encuentran atravesadas por líneas de fuerza históricamente instituidas, como vigilancia, jerarquía verticalizada, fragmentación del proceso de trabajo, primacía del saber científico, aislamiento, burocratización y desarticulación política, ya sea en las relaciones establecidas entre los trabajadores o entre trabajadores y usuarios. Como consecuencia de tales entrecruzamientos, estas relaciones se constituyen como relaciones de poder. Mediante eso, se pueden notar, a veces, la apatía y el sentimiento de desvalorización, principalmente entre los trabajadores con educación secundaria, y la incapacidad, entre los de nivel superior. Sin embargo, los temas fundamentales de la PNH se producen en algunas brechas de la institución. Aunque exactamente marcados, en entornos no considerados oficiales dentro del equipo, que en los análisis se identificaron como estando el las afueras, en guetos, se observaron intervenciones de algunos trabajadores en que emergían principalmente la creatividad y la autonomía. Estos momentos indican que hay mucha potencia para la producción del cuidado humanizado en el conocimiento informal, en el acúmulo de experiencia de los trabajadores y en los momentos de proximidad con los usuarios. Se hace necesario, por tanto, un uso de los espacios institucionales con vistas a la inclusión, en todo el proceso de trabajo diario del equipo, de estos movimientos de humanización, para que de esa forma sea posible articular autonomía y creatividad con la responsabilización de sus agentes, y la inserción efectiva en el trabajo en equipo.

Palabras-clave: Atención Básica a la Salud, Estrategia de Salud de la Familia, Humanización, Proceso de trabajo, Micropolítica.

## SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	09
1.1 Justificativa .....	29
2. OBJETIVOS.....	32
2.1 Objetivo geral.....	322
2.2 Objetivos Específicos .....	322
3. REFERENCIAL TEÓRICO .....	343
4. MÉTODO.....	39
4.1 Abordagem adotada .....	40
4.2 Campo e cenário da pesquisa e população de estudo.....	411
4.3 Técnica utilizada.....	433
4.4 Análise do material produzido .....	444
4.5 As questões éticas da pesquisa .....	455
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	476
5.1 A Chegada.....	488
5.2 Da sala de pré consulta à sala de acolhimento .....	700
5.3 Da sala da equipe à sala das agentes.....	722
5.4 O “caso” da efetivação.....	77
5.5 Casos de família - interfaces entre a rua e a unidade.....	82
5.6 Atividades em “grupo”: promoção ou programação? .....	94
5.7 Os Guetos, ou Do lado de dentro... Do lado de fora: entre relações binárias e potência criativa.....	101
6. CONSIDERAÇÕES.....	119
7. REFERÊNCIAS .....	124
APÊNDICE .....	1311



## 1. INTRODUÇÃO

A presente pesquisa, como anunciado em seu título, trata dos movimentos de humanização nos serviços de saúde, mais especificamente, suas passagens e bloqueios na Estratégia de Saúde da Família (ESF). Para realizar o delineamento deste tema, se faz necessário, inicialmente, considerar a humanização enquanto um processo, não sendo possível dizer de apenas um determinado momento histórico, ou de políticas públicas específicas nos quais o tema aparece.

É ainda importante apontar que não há uma univocidade quando adentramos o campo conceitual e operacional da humanização. No decorrer do texto, serão apresentadas várias noções que entornam a humanização, no passado e no presente. Por um lado, o conceito aparece identificado ao ideário do marketing e protocolos de programas para qualidade dos serviços, cujo *modus operandi* encontra suas bases na racionalidade administrativa, em valores de troca<sup>1</sup>, cujo foco é os resultados de programas criados, tendo a humanização enquanto tema central. Nestas vertentes, os movimentos “humanizadores” caminham sob a o imaginário de um ideal de humano, padrão, aprisionado em médias e medianas, “bom humano” que não necessariamente corresponde ao ser humano que habita concretamente os serviços de saúde, seja na condição de usuário, seja na de trabalhador.

Em outra direção, nos é apresentado um conceito de humanização, compreendido inclusive nos textos ministeriais, que desloca o tema para a problematização dos processos de produção de saúde e de sujeitos. Este conceito foi desenvolvido e trabalhado diante de um quadro crítico à não efetivação da humanização nos modelos de atenção e de gestão, culminando na necessidade de reavaliar conceitos e práticas até então nomeadas como humanizadas. Tráz em seu bojo a idéia de humanização enquanto estratégia de intervenção nos processos de trabalho, que apontem para a criação de um novo humano, desidealizado e descolado das imagens instituídas, sempre

---

<sup>1</sup> O Valor de Troca, para Marx (1968), trata-se da valorização quantitativa dada a uma mercadoria referente ao tempo em que ela é produzida, independentemente do Valor de Uso, que é a utilidade concreta que esta toma na sociedade. Em um processo de trabalho direcionado pelo Valor de Troca, o valor e a utilização dado ao seu produto é definido pelo produtor, de acordo com a sua disposição tecnológica e de mão de obra, independente da valorização e da utilidade concreta que o consumidor atribui.

mantendo enquanto tarefa a reinvenção constante do humano a cada momento e a abertura para as transformações. As transformações almejadas apontam para o fortalecimento da capacidade de autonomia em conexão com o plano coletivo, juntamente à produção de responsabilização, de redes cooperativas, valorizando as dimensões subjetivas e sociais nas relações de trabalho e na assistência. (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

Passos e Benevides (2005a) apontam para a impossibilidade de se discutir sobre a humanização no âmbito da saúde sem se considerar o modo como suas proposições estão imbricadas no processo de constituição do próprio Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil.

A conformação do SUS remete a resgatar os diferentes processos de trabalho que foram se estabelecendo na história das políticas de saúde no Brasil.

A partir destas afirmações, realizamos um breve resgate da história da saúde brasileira, para identificarmos e analisarmos os nichos, os momentos, as linhas de força que se constituem enquanto as germinações, ruídos históricos daquilo que hoje se apresenta como conteúdo atual de suas políticas. Partimos do princípio de que estas linhas de força, construídas historicamente, estão comportadas nos estabelecimentos e nas equipes de saúde, e são elas que dão conformidade às práticas de saúde que temos.

Para Deleuze (1995), as linhas de força são divididas em linhas força de sedimentação ou de estratificação, e as linhas de atualização, ou de criatividade. Baremlitt (2003) afirma que a configuração que tomam estas linhas produz a realidade que conhecemos em três níveis de superfície, a de Produção, a de Registro-Controle e a de Consumo. A primeira, Produção, é a que gera tudo o que existe, constituída por energias ainda sem orientação e por elementos materiais ainda não formados, são as intensidades, multiplicidade de possibilidades não marcadas em tempo, espaço, qualidade ou quantidade. A segunda marca a organização que Superfície de Produção adquire, suprimindo a intensidade pura da multiplicidade, do novo, para colocá-la a serviço do que se produz na natureza, na sociedade, na ordem e na reprodução. Por outro lado, a forma adquirida em Registro controle tanto se fortalece como sofre ameaças de transformação pelas novidades da Superfície de Produção. As conformações de linhas de sedimentação e de criatividade

determinam a tendência de mudança ou de manutenção. As linhas de produção podem produzir uma raspagem na Superfície de Registro-Controle, maleabilizando sua dureza. A terceira Superfície é a de Consumo. Trata-se do uso, ou do consumo, pelos agentes históricos, tanto daquilo que é produzido quanto do que é organizado.

A identificação e a análise de tais linhas que compõem estas superfícies, bem como o modo como as raspagens, os atravessamentos, as aberturas, ao longo da história, tornam-se essenciais para debater os modos como se operam as práticas em saúde.

Se antes do século XIX, o Brasil habitado por índios, portugueses, negros escravos e outros imigrantes convivia, sem regulamentação alguma, e de forma assistemática, com as moléstias como malária, febre amarela, cólera, varíola, a vinda da família real portuguesa, em 1808, transformou este quadro. A partir da preocupação com as condições de saúde na cidade e, mais ainda, com a salubridade da mão de obra, de forma que esta pudesse ser capaz de manter a movimentação financeira promovida pela realeza, os primeiros projetos de institucionalização da saúde começam a aparecer no Brasil. Como parte deste movimento, começam a surgir também as primeiras escolas de medicina, com o intuito de regular as práticas médicas, e também os primeiros estabelecimentos de saúde, iniciativa de controle das patologias consideradas nocivas à população, pelo Estado. Neste sentido, as primeiras ações de saúde que surgiram no Brasil se basearam, principalmente, em três aspectos representados pela proteção e saneamento das cidades, principalmente as portuárias, por onde passavam os produtos comercializados e exportados; a observação sistemática do ambiente, das doenças e dos indivíduos doentes, com a finalidade de controle; e, por consequência, a produção de conhecimentos acerca das doenças para o aperfeiçoamento, principalmente, das práticas que visavam seu controle (BAPTISTA, 2005).

Nesse momento podemos assinalar uma linha de força que se fará presentificada nas análises dos dados produzidos neste trabalho. O controle do Estado sobre os corpos se reproduz em diversos momentos. Conhecer o corpo para colocá-lo na ordem da lei e do controle, tal qual está presentificado em Foucault (1990), quando mostra que a história da sexualidade, na realidade, é uma história em que o corpo e o sexo foram colocados como dispositivos de

poder. E neste intuito, a medicina e as outras ciências da saúde se debruçaram em prol da economia financeira, como se repetirá em outros momentos da história da saúde.

Neste sentido, as ações de saúde neste momento da história, contando com os inúmeros mecanismos de controle do Estado, eram voltadas, portanto, para o incremento da economia, sendo que a assistência aos indivíduos doentes era apenas uma das suas consequências.

Foucault (2003) nos oferta a sua hipótese de que o desenvolvimento do capitalismo, como pano de fundo do desenvolvimento da medicina social, no início do século XIX, elegeu como objeto primeiro de intervenção das práticas de saúde, o corpo humano enquanto força de produção e de trabalho. É justamente no corpo biológico, primeiramente, onde se opera o controle sobre a sociedade, relacionando o corpo, enquanto uma realidade bio-política com a medicina, enquanto estratégia bio-política.

O autor identifica as características deste tipo de ações em saúde no modelo de medicina de Estado alemão, no começo do século XVIII, marcada pela criação de uma política médica, permeada pela noção de polícia médica programada e posta em aplicação nesta época. Esta polícia médica foi consistida de um sistema rígido e completo de observação e registro de aspectos da saúde da população do país, seus fenômenos epidêmicos e endêmicos e quadros de morbidade. Além disso, o Estado alemão voltou seus investimentos para a normalização das práticas e dos saberes médicos, com vistas ao controle dos programas de ensino. O Estado, portanto, alcança, antes da normalização das doenças e dos doentes, a normalização da própria medicina e do médico, pois o que se foca nesta etapa da formação da medicina social não é o corpo doente, o corpo que trabalha, ou seja, o corpo do trabalhador em si, mas mais ainda, de um corpo do indivíduo que constitui o Estado, germe das questões políticas e econômicas deste último. Se a preocupação acerca da saúde da população brasileira, neste primeiro momento, se voltava às práticas que assegurassem os interesses econômicos da monarquia portuguesa, era do poder do Estado que se tratava, e não da saúde individual propriamente dita. Uma das possíveis atualizações desta linha é o controle que a equipe faz de forma a proteger as normalizações e os protocolos.

Ainda pode-se identificar, concomitantemente, outras linhas atravessadas historicamente em um contexto mundial, dentro de outro direcionamento da medicina social apresentado por Foucault (2003), identificado pelo exemplo francês, em que a urbanização aparece como linha de frente das elaborações das ações de saúde. Com a proclamação da república, que coincide com a ampliação da urbanização no Brasil, isso fica mais evidenciado. Neste momento, as políticas de saúde ganham mais força, e uma das suas maiores expressões foi a reforma implementada por Oswaldo Cruz, no início do século passado, que propõe um código sanitário, com caráter e poder policial, cujo enfoque era a desinfecção dos ambientes, inclusive os domiciliares, a notificação compulsória das doenças nocivas, e ainda a vacinação obrigatória (BAPTISTA, 2005). A lógica imperiosa de controle do ambiente salutar era o da exclusão e a do isolamento dos doentes e tinha caráter de policiamento, conforme um esquema de desinfecção, purificação e boa organização sanitária das cidades. O poder político, tal qual os moldes do desenvolvimento da medicina social francesa, se pauta na vigília constante e de caráter militar da saúde dos indivíduos, a hospitalização e a medicalização que segue o isolamento como estratégia de controle (FOUCAULT, 2003).

A idéia exposta por Hardt (1996), de que a sociedade atual é marcada pelo exercício do controle não se funda mais em limites entre dentro e fora, reforça a noção de que o poder político de exercício de vigilância invade as casas e os corpos dos sujeitos, através do seu código sanitário e do poder de isolamento.

Este direcionamento pode também ser observado a partir da década de 20, momento em que foi observado um incremento desta urbanização. Marcadas pelo início da crise do comércio exterior e, por consequência, novas ações no controle das doenças são criadas, para tentar responder às exigências da qualidade dos produtos exportados. Percebe-se uma tendência de maior atenção à assistência médica individual, neste momento, na medida em que aumentavam as pressões sociais por uma maior efetividade do Estado na atenção à saúde. Regulamentaram-se, então, a criação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), que neste momento era fomentado por empresas e, portanto, de caráter privado, sendo ainda restrito a um público específico de trabalhadores ligados à exportação. A grande crise de 1929 e a

revolução de 1930 promoveram um deslocamento da economia do setor de exportação agrária para o setor industrial, promovendo o exodo rural e afastando as oligarquias cafeeiras do poder, momento em que o Estado assume mais ativamente a regulação da economia. Criam-se os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), as sementes da seguridade social no Brasil, de caráter mais amplo e com maior participação estatal no controle das decisões, operando da mesma maneira, na não inclusão de algumas classes trabalhadoras (BAPTISTA, 2005).

Revela-se, assim, o caráter deste momento da atenção à saúde brasileira, que ainda não se tratava da saúde dos indivíduos, ou de qualquer indivíduo, mas o que ocorria era a garantia de saúde apenas ao cidadão regulamentado pelo Estado, daqueles pelos quais o Estado se interessa e reconhece como beneficiadores do seu crescimento econômico.

Ainda apoiado nas teses de Foucault (2003), podemos colocar que esta função reguladora do Estado ainda tinha outra finalidade. O autor coloca que o incremento da urbanização tráz, como consequência imediata, uma grande variação e dissipação de poderes, dentro de um emaranhado de heterogeneidades territoriais. No exemplo do Brasil, bancários, ferroviários, trabalhadores rurais, marítimos, profissionais liberais, apesar de conviverem no mesmo espaço, não dispunham da mesma força política e econômica. Quem tinha mais poder e dinheiro, podia se organizar melhor e tinha melhores condições de pagar mais pela sua seguridade social. Criam-se dissimetrias de poder mais dispersas, mais complexas, demandando do Estado um aparato político mais eficaz no controle da sociedade. As movimentações de maior participação do Estado brasileiro no controle de decisões e financiamento do setor saúde não fogem a estas consequências. Ainda, com o crescimento da industrialização, a complexidade da realidade urbana aumenta. O deslocamento da economia, antes de caráter eminentemente agrário, para a indústria, coloca os centros urbanos não somente como espaço de comércio e circulação de produtos, mas também de produção. Surge a partir de então uma grande massa de operários, proletariado que demanda atendimento dos serviços de saúde, aumentando, assim, as tensões políticas no espaço das cidades.

Este processo, no Brasil, ocorre a partir da década de 50, momento em que a industrialização toma a frente da economia brasileira, baseado em uma ideologia desenvolvimentista. Começa a tomar forma uma atenção à saúde proeminentemente hospitalar e de caráter especializado, com ações e políticas de saúde isoladas e referentes a problemáticas específicas, na medida em que surge a necessidade de se responder às demandas das pressões das diferentes classes (BAPTISTA, 2005), dentro de uma cidade que não estava mais restrita ao seu caráter comercial, mercantil, mas que agora contava com um expressivo aumento do número de operários. Estas pressões sociais também são expressão do aumento da disparidade entre grupos pobres e ricos, advindos do processo de urbanização. Ao passo que tal ideologia desenvolvimentista configura-se nesta época, gerando riquezas e mobilizando uma maior quantidade de recursos, foram-se criando os primeiros fóruns de discussão sobre o direito a saúde, base do SUS que se apresenta hoje, pois se criava a necessidade de melhorar o nível de saúde da população para que este desenvolvimento ocorresse de forma efetiva. No entanto, a lógica do modelo de saúde ainda mantinha separados as ações de saúde pública, que começava a apontar para a relação entre pobreza, doença e desenvolvimento, e o sistema previdenciário.

Com o golpe militar de 1964, intensifica-se a lógica hospitalizante do sistema de saúde. Com o incremento dos setores privados e a inserção de uma maior parcela da sociedade nas contas da previdência, o governo unifica os IAPs, criando o Instituto Nacional da Previdência Social (INPS), causando grande insatisfação entre os contribuintes que usufruíam dos IAPs mais ricos, pois agora toda a riqueza acumulada seria distribuída igualmente entre todos os contribuintes (BAPTISTA, 2005). Este movimento teve como consequência o deslocamento de boa parte da antiga clientela de alguns IAPs para os hospitais, gerando grandes filas e demoras nos atendimentos, algo que perpassa ainda hoje os serviços de saúde, mesmo aqueles que não são primordialmente voltados para o pronto atendimento, mas acaba sendo atravessado por sua lógica.

Em alguns momentos, nas análises deste trabalho, tal lógica aparece, como é retratado na organização das filas para atendimento médico, passando antes pela sala de pré consulta, que cumpre, por vezes, a função de apenas

registrar sinais vitais, ou seja, dados clínicos de preparo para o atendimento médico. Este esquema de atendimento ainda nos coloca diante de outra linha que atravessa ainda alguns atendimentos observados, o da hierarquização e a da divisão técnica do trabalho, marcas típicas do modelo hospitalar da década retratada, de forte cunho capitalístico. Isto se dá na medida em que o atendimento do usuário fica circunscrito nas funções pré definidas daquilo que, naturalizadamente, cada categoria de trabalhador é responsável. Na prática, na sala de pré consulta, poucos detalhes da queixa são expostos, sendo função do médico tratá-las.

Ainda nesta análise, mais uma vez nos remetemos ao controle dos corpos e sua conseqüente docilização (FOUCAULT, 1990). Há toda uma estruturação de poder articulada e atravessada no corpo de quem se apresenta como representante das queixas, ao corpo do trabalhador da sala de pré consulta e ao corpo daquele que está dentro do consultório.

É importante discernir aqui que não se trata de um docilizado e outro não, que um detenha de fato o poder e outro não, como aparentemente nos mostra uma realidade histórica em que o médico manda, o auxiliar obedece e o usuário aceita. Todos aceitam, em certa medida, pois todos estão “encarnados” e docilizados pela prática naturalizada que insiste em nos colocar, a cada um, na sua devida função, na trama do poder, onde um triunfa mais ou menos sobre o outro, colmatando as possibilidades inventivas de se realizar um atendimento que considere a vida que se apresenta em sua forma concreta, real. Referendando esta afirmação, Foucault (1990, p. 104), afirma que “o poder não é algo que se adquira, arrebate ou compartilhe, algo que se guarde ou deixe escapar; o poder se exerce a partir de inúmeros pontos e em meio a relações desiguais e móveis”.

Verificar-se-á, nas análises, que um dos véus que se coloca nesta dimensão real, é o jogo entre os humores e as piadas que se fazem no cotidiano de trabalho da equipe estudada. Manifestações de bom humor do lado de quem historicamente ocupa profissões menos valorizadas, como os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), e auxiliares vêm reforçar a naturalização destas posições e funções. Paradoxalmente, estas manifestações vêm apontar para a violência destas fixações. O psicanalista Jaques Allain-Miller (1998) pode dar uma interessante contribuição, neste

sentido, quando diz do homem, ou melhor, do lado masculino, que se coloca como brincalhão, piadista, para esconder-se da ineficácia de seu triunfalismo em relação ao outro. Triunfalismo que Guatarri, (1981), destacando entre parênteses o “falismo” que compõe a palavra, diz ser necessário abandonar para desburocratizar os modos de ser, o que pode ser uma saída para a rigidez hierárquica da saúde. Falismo faz referência à ordem, à lei, ao programa, ao pouso eterno em uma vida miticamente salutar e de acordo com os protocolos.

Seguindo na história da saúde, o Brasil da década de setenta é atravessado por uma crise econômica estrutural, que contextualiza a crise do sistema de saúde, marcada pela incapacidade deste frente à intensificação da deterioração da condição de saúde da população e déficit de recursos. Na primeira metade da década de oitenta, o processo de redemocratização da sociedade brasileira ganha força e, concomitantemente, o Movimento da Reforma Sanitária, enquanto movimento instituinte, trava lutas pela transformação do sistema de saúde (SILVA; LIMA, 2005). Ficaria evidente a necessidade de uma transformação que transcendesse a uma simples reforma administrativa e financeira para que as modificações no setor saúde fossem efetivas, principalmente a partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde de 1986, onde é aprovada a criação de um Sistema Único de Saúde (SUS), descentralizado e separado da previdência social. (SCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005).

O SUS, enquanto materialização deste movimento pela transformação do sistema de saúde, é inscrito na Constituição Federal de 1988, tornando a saúde um direito de cidadania de todo brasileiro e dever do Estado. Sua criação representa uma transformação da assistência, que visa agora à ênfase na prevenção de doenças e a promoção da saúde juntamente com o cuidado e com o controle de agravos, fazendo contraposição ao modelo curativista, privatista e fragmentado, predominante nas práticas em saúde (SILVA; LIMA, 2005).

Para viabilizar essa mudança, era necessário que o SUS se consolidasse efetivamente, garantindo que tais direitos constitucionais fossem assegurados em meio a toda a crise de financiamento por que passava a saúde. Nesse processo de construção, o Ministério da Saúde (MS), então, coloca como pauta política a viabilização de uma proposta para a Atenção

Básica à Saúde (ABS), na tentativa de garantir respostas às necessidades da população e cobertura assistencial adequada (CORBO; MOROSINI, 2005). A ABS, que fora do Brasil é denominada Atenção Primária à Saúde, tem suas origens no Reino Unido, mas é catalogada como doutrina universal na conferência de Alma Ata em 1978, onde é formulada, pela Organização Mundial da Saúde, uma de suas mais conhecidas definições:

A atenção essencial à saúde, baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias tornadas acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente de seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte integral do sistema de serviços de saúde do qual representa sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da comunidade. Constitui o primeiro contacto de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema nacional de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. (*World Health Organization, 1978, apud MENDES, 2002*).

A ABS é estabelecida como estruturante das diretrizes da política nacional de saúde brasileira. Justifica-se a adoção da denominação Atenção Básica para a APS no Brasil pela necessidade de se construir uma identidade institucional própria, diferenciando a interpretação de APS enquanto política de focalização e como atenção primitiva à saúde. Neste contexto, portanto, rompe-se com tal concepção redutora deste nível de atenção (TESTA, 1987 apud CONASS, 2004). Neste trabalho adotar-se-á a terminologia reconhecida nacionalmente, ABS.

Mendes (2002) aponta que no Brasil, no decorrer da história das suas políticas de saúde, foram criadas várias propostas impulsionadas pelo movimento de reforma sanitária. Uma delas foi a criação do Programa de Saúde da Família (PSF) em 1994, pelo MS. Podemos considerar que o movimento de reforma sanitária possibilitou uma raspagem da superfície rígida dos modos de fazer saúde. No entanto, verificamos que as forças instituídas dos modos mais tradicionais ainda encontram-se em vigência em várias ações nos serviços, como poderá ser explicitado nas análises deste trabalho.

Este programa é concebido com o objetivo de alterar as bases e os critérios da organização da prática assistencial, centrando a atenção na família, ampliando a compreensão do processo saúde/doença, pensando as intervenções para além das práticas curativas. Pautado inicialmente enquanto política focalista, ele vem assumindo lugar de grande importância para este processo de reorganização da atenção à saúde no país, segundo o MS (PEREIRA, 2008). Sua implantação, portanto, é caracterizada como uma expansão qualitativa na busca pela mudança do modelo de atenção à saúde tradicional, muito voltada ao modelo médico-hegemônico que, paradoxalmente, continua ainda vigente na atenção básica.

Com a Portaria nº 648 de 28 de março de 2006, o MS estabelece a Política Nacional de Atenção Básica e, com ela, adota o PSF como estratégia para a implementação da ABS, adotando-a como política nacional oficial, com o intuito de reorganizar a assistência à saúde no país. Passa ainda a considerar a Saúde da Família enquanto estratégia e não mais como programa, modificando a sua nomeação para Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Para Morin (1997) estratégia e programa são diferentes meios para o enfrentamento de um desafio. O programa consiste em um sequenciamento de ações que visam sua execução em um ambiente estável e invariável. Por isso, estas ações, pré estabelecidas, encontram suas limitações ao se depararem com realidades complexas, que impõem condições variáveis e imprevisíveis. A estratégia, por outro lado, permite a criação de ações que possam incluir a imprevisibilidade e as incertezas próprias de um cenário complexo, ou seja, possibilita o acompanhamento dos processos de maneira singular. No entanto, é possível se utilizar de ações programadas na estratégia, inclusive, deve-se estabelecer compromissos, mas não há limites definidos para isso.

Considera-se que o PSF avançou de programa para estratégia devido em parte pelo acúmulo de discussão e experiências acerca dos referenciais propostos em sua construção. As experiências que se deram a partir de diversos referenciais que subsidiavam as ações em vigilância, programações em saúde e os processos de trabalho podem ser concebidas mais enquanto estratégias do que enquanto propostas de modelos ou de programas (GIL, 2006).

Corbo e Morosini (2005) colocam a ESF como um processo potencialmente instituinte de mudanças na atenção, resgatando os princípios do SUS e da ABS na busca pela transformação das práticas predominantes apresentadas pelos modelos de assistência hegemônicos. No entanto, Franco e Merhy (2003) apontam limites desta proposta para a finalidade a que se destina, mesmo reconhecendo que ela pode constituir-se enquanto território de novos fazeres e saberes e da produção do cuidado em saúde.

Campos (1997) discute que um dos desafios que se coloca para a ABS é a de se responsabilizar pela resolução de 95% dos problemas de saúde de ao menos 80% da população, sendo esta a condição essencial para a efetividade do sistema público de saúde, inclusive financeiramente. Para atingir essa finalidade, é necessário que as equipes que compõem esse nível de atenção operem tanto na dimensão da saúde pública como também nas dimensões da clínica e do acolhimento, sendo somente a primeira valorizada. Portanto, as dimensões da clínica e do acolhimento, mais voltadas para aspectos relacionais e do cotidiano do trabalho, ainda tem sido menos estimadas.

Na mesma direção, Trad (2006) aponta que, no processo de construção do SUS, os investimentos se voltaram predominantemente para questões jurídicas que visavam à regulamentação da gestão e da descentralização da atenção, aspectos mais voltados para a dimensão da saúde pública. São recentes, portanto, os esforços para enfatizar aspectos relacionais e sociais, que também envolvem uma redefinição das práticas de saúde mais próxima do cotidiano do trabalho.

Neste sentido, é recente também um olhar sobre a micropolítica do processo de trabalho enquanto espaço de mudanças efetivas.

A partir disso, pode-se observar que os avanços conquistados na organização dos serviços e sistemas de saúde brasileira convivem ainda com práticas contraditórias. De fato, houve melhorias significativas dos níveis que correspondem a alguns princípios transversalizantes do SUS, tais como universalidade, equidade, integralidade e controle social. No entanto, verifica-se que há fortes atravessamentos de linhas instituídas, duras, que marcam a história da saúde, como a fragmentação das relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários do serviço. Neste processo,

evidencia-se a automatização dos contatos, a dificuldade na criação de vínculos, o descomprometimento profissional e, portanto, a inviabilidade da produção de uma saúde digna para todos, definida como direito constitucional (BRASIL, 2004).

Faz-se pertinente ressaltar que o princípio da integralidade perpassa vários, senão todos os outros princípios que direcionam o SUS. Portanto, a identificação das melhorias sobre a integralidade, conforme apontado no texto do MS, deve ser tomada com cautela, pois as dificuldades na criação de vínculos, a fragmentação e o descomprometimento já são, por si só, indicadores de que a integralidade, no geral, ainda se encontra bastante capturada.

Sá (2001) traz ainda que os profissionais de saúde se defrontam, diariamente, com um mal-estar frente à valorização excessiva da dimensão econômica e da modernização, bem como com a intensificação da produção e do individualismo, que se impõem na vida social e nas dinâmicas das organizações. Ocorre, então, nos serviços de saúde a banalização do sofrimento, a desvalorização da vida, apatia burocrática, o corporativismo, omissão, falta de ética e de respeito, não somente na relação profissional e usuário, mas também entre os profissionais.

Frente a este cenário apresentado, o MS cria, em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), enquanto política pública, com o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção à saúde e de gestão, e também estimular a solidariedade entre gestores, trabalhadores e usuários do sistema, na busca pela produção de saúde e produção de sujeitos. A Humanização é tomada enquanto política transversal, contendo um conjunto de princípios e diretrizes que podem se traduzir nas práticas de saúde, operando nas relações estabelecidas no âmbito das organizações. Seus norteadores são a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção em saúde, fomento da autonomia, protagonismo e da co-responsabilização destes, e o trabalho em equipe (BRASIL, 2004).

Benevides e Passos (2005a) afirmam que a temática da humanização se colocou presente em vários momentos históricos no Brasil. Desde os anos 60, a luta pela humanização nas práticas de saúde já se anuncia nas investidas do movimento feminista, entornando as discussões pela melhoria da qualidade da

atenção à saúde da mulher. Além disso, a humanização é tomada enquanto um movimento de mudança da atenção nos anos 70 e 80, época que coincide com o processo de criação do SUS, e com o qual o primeiro se confunde. Nos anos 2000, ela também é retomada na XI Conferência Nacional de Saúde (CNS), que levou como título “Acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social”. Ainda, o Programa Nacional de Humanização da Atenção Hospitalar (PNHAH), de 2000 a 2002, é implantado com o intuito de criar comitês de humanização nas instituições hospitalares, cujo enfoque era a melhoria da qualidade da atenção a usuários e trabalhadores. Além do PNHAH, uma série de outros programas foram criados, cuja temática, ainda que de maneira não direta, e mesmo considerando os diferentes enfoques, tinham uma amarração com a humanização. Todas essas investidas vão conformando o campo da humanização, deixando cada vez mais evidente a estreita relação que vai se construindo entre a humanização e a qualidade na atenção e na satisfação do usuário.

No entanto, estes autores também colocam que este movimento pela humanização encontra, nos anos 2000, um paradoxo. Ao mesmo tempo em que sua origem se deu em meio a tentativas de transformação do modelo de atenção à saúde instituído, outro quadro instituído se apresenta como seu próprio resultado. O conceito de humanização toma, a partir daí, um caráter sintomático. É compreendida, portanto, enquanto aquilo que os autores chamam de conceito-sintoma, ou seja, uma noção cujo funcionamento se mostra mais paralisante e reprodutor de um sentido já dado, do que um movimento de transformação dos aspectos instituídos. A humanização, ela mesma, produz formas instituídas, que se traduzem em ações fragmentadas e imprecisão conceitual. Como dito anteriormente, os vários programas que surgem tendo a humanização enquanto linha de frente, denotam o caráter segmentado que ela adquiriu, cada qual com foco em um público ou área específicos (humanização na saúde da mulher, do parto humanizado, da criança, do idoso, no hospital, etc). Aparece ainda atravessada por imagens dogmáticas identificadas a slogans de caráter mercadológico e de desempenho produtivo, tais como o “foco no cliente” e a garantia de Qualidade Total dos serviços. Outra consequência colocada é que as práticas “humanizadoras” acabaram sendo associadas ao exercício de algumas profissões específicas,

como a psicologia e a assistência social, contradizendo sua diretriz de política transversal, distanciando-a da sua força emancipatória (BENEVIDES; PASSOS 2005b).

Puccini e Cecílio (2004) colocam que o movimento pela humanização representa uma busca pela melhoria da qualidade da produção e da prestação dos serviços em saúde. Porém, apontam para a necessidade de desvinculação do conceito com o compromisso meramente mercadológico, técnico ou burocrático, ou ainda com uma normatização institucional que referenda a busca exclusiva pelo desempenho produtivo. A intenção humanizadora, para os autores, se traduz em diferentes caminhos que apregoam uma crescente valorização das interrelações e da dignidade humanas.

Ribeiro, Pires e Blank (2004) apontam como dificultadores do trabalho em equipe, um dos norteadores da PNH, a burocratização e a pouca consideração das subjetividades de usuários e trabalhadores. Para Figueiredo (2001), as dimensões sociais e subjetivas presentes no trabalho em equipe e nas práticas da atenção são geralmente sobrepostas por lógicas calcadas no modelo biomédico, caracterizado pela objetivação e racionalização, burocracia, hierarquização e centramento na doença. Em outras palavras, as forças que carregam um potencial de mudança do modelo de saúde são ainda colmatadas pela superfície dura do modelo tradicional.

Ao se voltar para o campo das interrelações, a PNH se constitui enquanto um investimento em aspectos do processo de trabalho que se dão no espaço micropolítico, considerando que a macropolítica se materializa localmente, no trabalho em equipe, nas rotinas, nos atendimentos, no convívio, revelando a importância dos elementos sociais, subjetivos, afetivos deste contexto. Concorde-se com Fortuna (1999), que compreende o trabalho em equipe de saúde como uma interrelação de pessoas, onde os conhecimentos, expectativas, sentimentos e saberes se dão no interjogo para a satisfação de necessidades, tanto do usuário quanto dos trabalhadores.

Passos e Benevides (2005a) apontam que este trabalho das equipes de saúde são atravessados por um ideário de humano que não condiz com o humano concreto que se apresenta na condição de usuário. Contradizendo o que propõe a PNH, no sentido de considerar as subjetividades e

singularidades, o atendimento que se materializa trata uma figura ideal de humano, um “bom humano”, que serve às práticas normalizadoras e protocoladas, e que pouco ou nada tem a ver com o humano concreto. Os programas de humanização correm constantemente o risco de serem capturados pela normatividade balizada por qualquer modelo de humano, seja aquele que corresponda à média, à incidência, à distribuição populacional. É nesse sentido que se faz necessária uma outra proposição para operacionalizar a humanização tal qual um movimento transformador. A partir de uma desidealização daquilo que é humano, ou seja, da não identificação do humano com algo que esteja para além daquilo que ele realiza, um retorno à dignificação e afirmação do que é concreto (Passos; Benevides, 2005b), coloca-se posto um desafio fundamental: redefinir o conceito de humanização a partir do reencantamento do concreto que implica numa reconstrução dos modos de fazer, uma transformação nos processos de trabalho. Entende-se este concreto (VARELA, 2003), como oposição ao abstrato, ao geral, ao generalizado. O mundo concreto se difere do mundo cartesiano em que, a partir das generalizações, cria-se uma prontidão para a ação pautada em uma suposta totalidade, verdades universais. O concreto está ligado ao micro, micromundo, microidentidades, sem ligações que garantam uma coesão entre si, na singularidade de cada um, não são representáveis em regras gerais.

Franco e Merhy (2003) fazem uma reflexão semelhante sobre o processo de trabalho na ESF, sobre as limitações e contradições materializadas localmente, no contexto real das práticas das suas equipes frente ao conteúdo das suas diretrizes, que se apresentam mais enquanto prescrições, lista prévia de ferramentas e resultados que devem ser compreendidos na finalidade de transformar o modelo assistencial. O autor discute como o caráter prescritivo do Programa (no texto, ainda é utilizado este termo), ainda que estipule que as transformações do modelo assistencial dependem, principalmente, da reorganização do processo de trabalho, não dá conta de alcançar os resultados em saúde anunciados, restringindo os movimentos da equipe à utilização da lista de ferramentas, como se o seu seguimento pudesse garantir tais resultados, e o movimento de cada membro às suas atribuições específicas e bem definidas. Não há, portanto, uma mudança na lógica regente do modelo atual, que equipara as soluções para os

problemas de saúde de uma população ou de um indivíduo aos diagnósticos e exames, ou seja, o processo de trabalho propriamente dito permanece inalterado, técnico e racionalizado.

Trazer os serviços de saúde para mais perto da vida dos usuários em espírito de autoconfiança e autodeterminação, como é proposto na definição da APS de 1979, implica primeiramente em diminuir a distância subjetiva entre os atores da saúde, na busca de um maior entrelaçamento das relações de usuários, trabalhadores e equipes. Além disso, é necessário incluir as dimensões sociais e subjetivas não somente na prestação da atenção à saúde em si, como também nas relações no trabalho entre os membros da equipe, em um caminho que percorre indissociavelmente a assistência e a gestão. Em uma equipe altamente racionalizada e hierarquizada, por exemplo, pode ocorrer a captura da autoconfiança, a autodeterminação, ou ainda, a autonomia, a criatividade e a co-responsabilização, consagrando a lógica instituída.

Excluir as dimensões da subjetividade e que perpassam processo de trabalho tem, como efeito, o adoecimento de equipes de saúde pela produção serial de impotências diante de contingências que estão para além dos apelos, por vezes excessivamente carregados de ideologia, do discurso que caracterizam as políticas de saúde no Brasil (SÁ, 2001). Minayo (2001) evidencia o papel criativo e produtivo da subjetividade na construção do mundo social.

As diretrizes da ESF, enquanto potência transformadora da prática assistencial e da organização dos serviços, estão incluídas nas dimensões enunciadas pelos propósitos a que se dispõe a PNH, na medida em que anuncia princípios de respeito ao outro em sua alteridade e singularidade, cuidado ético e construção de relações de responsabilidade de volta ao cenário da assistência (CORBO; MOROSIN, 2005). É a partir desta idéia que surge a motivação para realizar esta pesquisa em uma equipe de ESF.

Os elementos dispostos nas bases da constituição da ABS e da ESF podem ser operacionalizados nos rumos da satisfação das necessidades de saúde de uma população por meio, principalmente, da criação de vínculos através do acolhimento, o que caracteriza um determinado modo de produção em saúde. O modo de produção será determinante no processo de trabalho

que se materializa no cotidiano da equipe, nos atendimentos, no convívio entre os trabalhadores e também na satisfação de suas próprias necessidades, produzindo subjetividades e revelando a dimensão do trabalho vivo.

É o trabalho vivo que possibilita de fato a realização de um projeto, na medida em que nele estão contidos os elementos de criatividade, intencionalidade e autonomia do trabalhador envolvido. No processo de trabalho, tudo aquilo que já está instituído, já está dado como produto/meio do trabalho, tais como os instrumentos e a matéria prima, como protocolos, técnicas para procedimentos e os materiais utilizados nestes, é considerado trabalho morto, que pode ter um caráter capturante do trabalho vivo, no que tange a autonomia e a criatividade do trabalhador, por forças que já estão instituídas (MERHY, 2002).

Ainda vigora, nos processos de trabalho em saúde, um modo de fazer que gera equipes hierarquizadas, desvitalização do trabalho, atendimento focado nas demandas sobre as doenças (MISHIMA, 2003). Pereira (2008) aponta que apesar de o surgimento da ESF ter se dado em meio a projetos direcionados pelo SUS e que visavam sua efetivação, esta organização assistencial ainda se configura e orienta os serviços de ABS com práticas curativas, com intervenções de caráter individual e medicamentoso. Configura-se, portanto, uma realidade diferente daquela compromissada no arcabouço teórico da PNH, em que as singularidades são capturadas pelas forças reprodutivas de um modelo fragmentado, curativista e hierárquico.

Franco e Merhy (2003) apontam ainda as contradições presentes na própria elaboração da proposta para a ESF, onde os aspectos clínicos são colocados apenas enquanto uma função subsidiária aos aspectos epidemiológicos. Em alguns textos governamentais publicados pelo MS permanece uma dicotomia entre a clínica e a epidemiologia, onde a primeira é correspondente ao mundo liberal e individualista e a segunda é a que seria de fato a competência para atuar junto ao SUS.

Esta separação, ou ainda, esta sobreposição de uma dimensão pela outra faz prevalecer no discurso e potencialmente nas práticas de saúde os aspectos racionalizadores, numéricos, de um conjunto de indivíduos que não necessariamente são considerados enquanto implicados em uma coletividade, e que, portanto, não teria como contribuir no enfrentamento das questões de

saúde de uma população que se apresenta nas suas mais múltiplas realidades singulares, o que se configura como o desafio para os serviços atualmente. Serviços estes que, por sua vez, também se compõem singularmente e não são espelhos dos postulados sistemáticos que propõe de antemão sua organização.

As próprias dimensões de autonomia, co-responsabilização e, mais explicitamente, a da criatividade pressupõem mais a singularidade e o acaso, enquanto fonte de sua produção, por se tratar de algo situacional, imprevisível e novo, do que aquilo que já se sabe e que pode ser previsto e alocado como parte de um sistema. Concordamos com Baremlitt (2002), que considera o caráter imprevisível e novo, o Acaso<sup>2</sup>, enquanto os geradores da transformação e da novidade nos sistemas.

As transformações enunciadas pelas diretrizes supracitadas evocam questões diretamente referentes ao convívio social estabelecido no âmbito do trabalho em saúde e presentes no trabalho em equipe, ou seja, na sua micropolítica, sendo necessária, portanto, a reflexão, investigação e o mapeamento das diferentes realidades e subjetividades geradas no interjogo das forças cuja função é a de reproduzir o sistema instituído, prevalente, e aquelas forças que podem produzir novos fazeres em saúde. Tal necessidade se dá diante de um contexto no qual verificamos os esforços dos diversos atores sociais para a solidificação das diretrizes do SUS e da ABS, como por exemplo, o surgimento da PNH, ao mesmo tempo em que alguns autores oferecem reflexões acerca do trabalho em saúde que vem ainda se conformando, onde a produção de co-responsabilização, autonomia e criatividade dos sujeitos implicados no desenvolvimento de projetos coletivos na saúde, ou seja, a produção de relações humanizadas, não se concretiza de modo satisfatório.

Faz-se necessário realizarmos uma distinção mais pormenorizada entre aquilo do que trata a PNH, enquanto política pública, daquilo que se tratam os princípios da ESF, APS, e do próprio SUS. Embora o movimento pela humanização na e da saúde se confunda com a própria construção do SUS, a

---

<sup>2</sup> O Acaso, no Movimento Institucionalista, se define pela aleatoriedade e imprevisibilidade, caracterizando, nos processos, a possibilidade da transformação e a produção do novo (BAREMBLITT, 2002).

humanização em si não deve ser tomada enquanto mais um princípio do Sistema Único. Enquanto política pública a PNH, apesar de possuir seus princípios, tem um compromisso que está para além somente da orientação das práticas, mas com a efetivação de tais princípios. Implica em uma interface entre o plano das experiências concretas, sem, no entanto, ser capturada pela compartimentalização específica de cada um de seus aspectos, e aquilo que a orienta (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

Diante das proposições apresentadas, os questionamentos que dão delineamento a esta pesquisa são: O cotidiano de trabalho de uma equipe de ESF materializa diretrizes de transformações enunciadas na PNH? Em quais movimentos? São produzidas neste contexto realidades que incorporam a humanização?

### **1.1 Justificativa**

A humanização enquanto conceito também apresenta contradições, e a análise de sua materialização impõe que seja identificado aquilo que paralisa as transformações e também aquilo que não cessa de se inscrever como movimento instituinte (BENEVIDES; PASSOS, 2005a).

Além disso, as considerações acerca das potencialidades e das limitações da ESF são variadas e as análises não seguem uma univocidade. O cenário apresentado evidencia a necessidade de pesquisas que abordem a materialização cotidiana das propostas e projetos que buscam re-direcionar as práticas de saúde. Esse estudo se debruça sobre a temática da humanização no contexto da estratégia da saúde da família. Considera-se relevante a compreensão da micropolítica do processo de trabalho para o desenvolvimento da humanização do trabalho, bem como os elementos que governam a direcionalidade do trabalho, buscando movimentos com potência para a mudança nos modos de produzir saúde, pois,

ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada. (MERHY, 1997, p. 72).

Vieira e Cordeiro (2005) apontam, como resultados de sua pesquisa envolvendo intervenção psicossocial em uma equipe de saúde de PSF, que estes profissionais consideram o relacionamento e a falta de comunicação entre os membros da equipe como um dos principais problemas a serem enfrentados em uma unidade de saúde. A presente hierarquização no cotidiano e a culpabilização individual pelo fracasso demonstram as persistentes fragmentações no serviço. Além disso, o estudo identifica que a equipe opera em uma modalidade de organização do trabalho em que sua qualidade se pauta por seu resultado final, pelo cumprimento da tarefa proposta, em detrimento das relações interpessoais que permeiam este processo, o que acaba empobrecendo de significados a atividade produzida pelos profissionais. Portanto, as situações vivenciadas no trabalho pelos agentes envolvidos, as relações interpessoais, enfim, os processos enquanto temas da produção de subjetividades, são elementos importantes para se pensar a dinâmica de uma equipe ou instituição e as características do trabalho desenvolvido.

As vivências e observações em experiência de Iniciação Científica em uma unidade de ABS, estágio em Núcleo de Saúde da Família no município de Ribeirão Preto – SP, durante dois anos, a participação no Pólo de Educação Permanente, também em Ribeirão Preto, e a experiência de ensino no nível técnico na área da saúde, foram fóruns que imergiram o pesquisador na temática em questão. Somado a isto a produção encontrada na literatura, tornou-se necessário analisar e interpretar a produção da humanização do trabalho a partir de um enfoque “de dentro das organizações de saúde” (MERHY, 2002).

O movimento desta pesquisa realizar-se-á a partir desta proposição de Merhy, “de dentro”, onde o pesquisador acompanhará os processos, os acontecimentos, engajado a eles, junto ao processo de trabalho em um serviço de saúde. Assim, na perspectiva em que esta pesquisa será realizada, o ato de pesquisar não pode ser separado do ato de intervir, pois a própria inserção do pesquisador já o coloca implicado no campo estudado, modificando o seu cenário (PASSOS; BARROS, 2009a), o que dimensiona a dinâmica da interpretar e analisar mais enquanto produção em conjunto com o objeto estudado ato de abertura das formas de composição da realidade (BARROS, KASTRUP, 2009).

---

## OBJETIVOS

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 *Objetivo geral***

- Mapear os modos de produção e captura dos movimentos de humanização que se constituem na micropolítica do processo de trabalho de uma equipe de ESF.

### **2.2 *Objetivos Específicos***

- Interpretar as práticas no trabalho da ESF considerando as dimensões constituídas nos temas fundamentais da PNH;
- Analisar os modos de produção das realidades/subjetividades no contexto da ESF que podem ser incorporativas de humanização.

## REFERENCIAL TEÓRICO

### 3. REFERENCIAL TEÓRICO

Na construção do referencial teórico, foram apresentados debates de alguns autores sobre temas que embasam a PNH. Além disso, também serão discutidos alguns elementos conceituais trabalhados pela micropolítica do processo de trabalho e pela Análise Institucional, dos quais esta pesquisa pretende se aproximar.

O levantamento bibliográfico foi realizado em três bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Web of Science* e *Pubmed*. Os descritores utilizados foram: atenção primária à saúde, programa saúde da família, trabalho, humanização da assistência.

São apontados, como alguns dos objetivos pelos quais se define a Humanização, a melhoria das condições para a efetuação do trabalho do profissional com dignidade, de forma que este possa participar como co-gestor do seu processo de trabalho, levando-se em conta seus desejos, necessidades e interesses, enfim, a valorização de sua subjetividade. Além disso, constituem-se como diretrizes da PNH, a viabilização da participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde e a promoção de atividades de valorização e de cuidados voltados para a promoção da saúde e melhora na qualidade de vida do usuário (BRASIL, 2006).

Deslandes (2004) mostra que o termo “humanização” vem sendo bastante utilizado no âmbito da saúde. Porém, o conceito de humanização não possui uma definição clara, sendo normalmente associado à forma de assistência que combina a valorização da qualidade técnica do cuidado com o reconhecimento dos direitos, da subjetividade e da cultura do paciente, e, também, do reconhecimento do profissional e do diálogo dentro das equipes e entre equipes. A noção de humanização remete a um conjunto de iniciativas que visam resgatar, para a saúde, a democratização das relações no atendimento e no trabalho, a melhoria da comunicação entre profissionais e usuários e a valorização das expectativas dos pacientes e dos próprios profissionais, enquanto sujeitos do processo terapêutico.

Em seu trabalho sobre a análise do discurso oficial sobre a humanização do sistema hospitalar - que, para Teixeira (2005), o conteúdo analisado é também válido para a atenção primária à saúde - Deslandes (2004)

evidencia que falar em humanização não implica em afirmar que as práticas em saúde eram desumanizadas ou não feita por humanos, compreendendo afirmativamente quatro eixos de sentido para o tema, a saber: humanização enquanto oposição à violência física, psicológica e simbólica; melhoria da qualidade do atendimento prestado, com articulação entre avanços tecnológicos e bom relacionamento; melhoria das condições de trabalho para os profissionais; e por fim, a ampliação do processo comunicacional, da escuta e troca de informações, cujas carências freqüentemente imputam, ao profissional, desgaste e sofrimento psíquico, enquanto a assistência ao usuário se compromete.

A Política Nacional de Atenção Básica define, como uma das características do processo de trabalho das equipes de ESF, a implementação da PNH (BRASIL, 2006). Para tanto, faz-se necessário conhecer este processo de trabalho, que inclui uma finalidade, tecnologia, instrumentos, processos e o sujeito da ação, que influirão diretamente na produção das ações de saúde destas equipes.

Merhy (1997) considera o trabalho não como uma atividade de caráter apenas operativo, mas como uma práxis que evidencia o processo de produção mútuo entre homem e mundo, tendo como finalidade a satisfação das necessidades sociais. Para o autor, o que está em jogo em um processo de trabalho é a elaboração de um projeto que vise à produção de um objeto que atenda a estas necessidades através da transformação de matéria prima pela força de trabalho e o uso de certos instrumentos.

Força de trabalho é o consumo de energia para a obtenção das transformações, que superam as determinações naturais, o que caracteriza o trabalho humano. É composta por energia intelectual e mecânica (o pensar e o fazer), sendo a primeira controladora da segunda. O pensar e o fazer podem ser divididos dentro da constituição mental dos processos de trabalho. Em uma perspectiva capitalista, o homem pode ser reduzido à dimensão do fazer, tomado apenas como força de trabalho, mercadoria ou recurso, o que acaba afastando-o do seu reconhecimento no e do seu trabalho, pois há uma apropriação distinta entre as condições do processo de trabalho e o resultado deste (SÁ, 2006).

O pensar também é constituinte do trabalho humano, pois dá certo sentido à busca pela realização do projeto. Como parte deste pensar, as concepções do trabalhador sobre homem e mundo se desdobram em um “recorte interessado” deste (MERHY, 1997, p. 81). A produção do objeto pensado não se garante apenas pela união dos elementos citados anteriormente; é necessário certo modo de organizar o processo, que se constitui em saber tecnológico do trabalhador. O autor classifica as tecnologias em saúde em dura, leve-dura e leve. A tecnologia dura engloba instrumentais complexos como equipamentos para tratamentos, exames; a tecnologia leve-dura abrange os saberes profissionais, bem estruturados como a clínica, a epidemiologia e outros saberes.

Merhy (2002) refere que, num trabalho de serviço, como a saúde, o consumo do produto se dá em ato, ou seja, no momento em que é produzido - trabalho vivo em potencia. A tecnologia leve se produz no trabalho vivo, em ato, em um processo de relações, no encontro entre o trabalhador da saúde e o usuário, envolvendo o campo das relações de vínculo, de cumplicidade, aceitação, falas e escutas que criam a responsabilidade em torno de um problema a ser resolvido.

O pensar ou o agir no interior dos estabelecimentos de saúde, na sua micropolítica, são definidos como o lugar de uma possível transformação no sistema de saúde para um novo patamar produtivo, sendo o próprio ato o lugar estratégico para uma transição tecnológica, como por exemplo, a mudança necessária para a efetivação da humanização enquanto diretriz para o trabalho em saúde. As subjetividades dos agentes em saúde são produzidas na dimensão micropolítica e cotidiana do trabalho, e é nela que estão contidas as questões-chave do fazer em saúde: o que é feito, como, para que, para quem, por que e como serve. É nessa dimensão também que se tem potencia de operar com o trabalho vivo em ato (MERHY, 2002).

No trabalho vivo em ato estão atravessadas singulares formas de desejo, que, para Guattari e Rolnik (1986), dão consistência justamente a esta noção de micropolítica. Abrahão (2005) entende a micropolítica como “o estudo das linhas de segmentarização que atravessam indivíduos e grupos [...] imbricadas umas nas outras, são imanentes”, permitindo acoplamentos,

negociações, carregando a possibilidade de descaptura do agir humano das lógicas que o amarram e o contêm.

Para Merhy (1997), o modo como o trabalho vivo é operado coloca-se inevitavelmente diante de uma discussão no campo da subjetividade humana, pois os processos de trabalho passam pelas necessidades, intencionalidades, desejos, concepções, enfim, das singularidades de cada ator inserido no âmbito de uma organização. O autor argumenta que, nos processos de trabalho em saúde, as decisões sobre a atuação se dão em espaços de autonomia do trabalhador.

Estas decisões podem estar pautadas em movimentos, em forças de transformação da realidade instituída, bem como de manutenção das formas instituídas. Baremlitt (2002), em seu compêndio de análise institucional, discorre sobre estes temas.

O autor define as instituições como entidades abstratas que regulam a produção e reprodução da vida em sociedade. A formação das sociedades compreendem, no mínimo, as instituições de linguagem, relações de parentesco, religião e divisão social do trabalho. Tais entidades, ainda que possam ser registradas, encontram sua realização, ou seja, sua materialização nas organizações. Tomando como exemplo, a saúde enquanto instituição, podemos entender que ela se materializa na organização Ministério da Saúde, ou, em um nível menos complexo, uma unidade de saúde, como uma ESF. A uma unidade menor ou menos complexa, dá-se o nome de estabelecimento. A organização, portanto, está composta de unidades menores denominadas estabelecimentos. Tais estabelecimentos dispõem de equipamentos, ou seja, pequenos dispositivos técnicos ou uma grande maquinaria. Este esquema apresentado só adquire movimento através de agentes, que são os seres humanos que podem operar nessa montagem. Por sua vez, os agentes é quem protagonizam as práticas que carregam a potência de transformar a realidade. Por fim, tal esquema se configura em instituição – organização – estabelecimento – equipamento – agente – práticas. Esta divisão se faz mais para fins pedagógicos do que retratam o real, pois, na verdade, estes elementos se fundam um no outro, são imanentes uns aos outros, e estão em processo.

Em uma instituição, distinguem-se duas vertentes, chamadas de intituído e instituinte, sendo que a primeira é o resultado da segunda. Na vertente instituinte, há uma atividade permanentemente transformadora, crítica e revolucionária daquilo que está instituído, este tendendo ao congelamento e estagnação. A mesma lógica vale quando falamos em organizado e organizante em uma organização.

Ainda no exemplo da saúde, instituição onde insere-se esta pesquisa, podemos tomar os trabalhadores da saúde enquanto agentes, que realizam práticas. Práticas que podem ser da ordem da produção de um novo fazer, instituintes, que implicam, por exemplo, na materialização das diretrizes da PNH, ou que podem ser da ordem da reprodução dos fazeres já instituídos, que aprisionam o trabalhador em cristalizações do processo de trabalho e inviabiliza a produção de relações humanizadas.

Campos (1997) compreende que a fixação do trabalhador em fragmentos do processo de trabalho esvazia seus atos de sentido, burocratizando o trabalho e ocasionando desestímulo. Se o profissional não se sente sujeito ativo nas trajetórias de suas intervenções, perde de vista os elementos estimuladores de sua criatividade e tende, então, a não se responsabilizar pelo que produz. O trabalho em saúde, para que sua qualidade seja assegurada, pressupõe a autonomia - na medida em que está sempre sujeito a imprevistos e prescinde da criatividade - mas também a capacidade de responsabilização pelo outro. Este autor observa que a produção de autonomia e responsabilização é freqüentemente dificultada pela tendência de cristalizações de formas de representar e significar entre os distintos sujeitos, dentro de uma instituição ou equipe. São estas produções e cristalizações os objetos de investigação da presente pesquisa.

## MÉTODO

## 4. MÉTODO

### 4.1 Abordagem adotada

O presente estudo constitui-se em uma pesquisa com abordagem qualitativa que, para Minayo (2004), aborda questões referentes ao universo de significados, motivações, concepções, valores e atitudes, correspondendo a um espaço mais profundo das relações e dos processos, que não podem ser reduzidos à operacionalização e controle de variáveis.

A escolha desta abordagem se dá em função das próprias características do objeto de estudo, que é o campo do trabalho em saúde, no qual as relações cotidianas produzem a subjetividade dos trabalhadores (CAMPOS, 1997), sendo aquelas produtoras de novas realidades ou reprodutoras de lógicas instituídas (MERHY, 2002). Além disso, Puccini e Cecílio (2004) entendem que a compreensão da complexidade do fenômeno da humanização não pode ser reduzida a fatores isolados.

Foram selecionados alguns elementos do Estudo de Caso enquanto estratégia para a realização desta pesquisa. Para Martins (2006, p.9), esta estratégia “é própria para a construção de uma investigação empírica que pesquisa fenômenos dentro do seu contexto real [...], com pouco controle do pesquisador sobre os eventos e manifestações do fenômeno”. O Estudo de Caso é caracterizado por grande flexibilidade. No entanto, é possível elaborar um roteiro prévio das ações a partir das questões iniciais, podendo-se distinguir em quatro fases: a delimitação da unidade-caso, coleta de dados, análise e interpretação dos dados e redação do relatório (GIL, 1995).

Acompanhado a característica de flexibilidade da estratégia do estudo de caso, nos aproximaremos do método da cartografia como orientador deste trabalho. Este método sugere primeiramente uma inversão do próprio termo método (*meta-hodos*), que significa estabelecer um caminho para o alcance de metas pré estabelecidas. Pressupõe uma orientação na qual o pesquisador traça suas metas no percurso, no caminho, ou seja, o caminho se dá como condição para o aparecimento da meta (*hodos-meta*). Implica, portanto, em um mergulho na experiência, em que o saber emerge do fazer, pois considera-se, nesta proposta, que uma pesquisa se realiza na coemergência de efeitos de

objeto, de sujeito e de conhecimento. Não há, portanto, uma separação entre estes elementos e, na medida em que são efeitos produzidos e não estão dados a priori, também não se separa o ato de pesquisar do ato de intervir. A própria inserção na experiência de pesquisa já é, por si só, uma intervenção (PASSOS; BARROS, 2009a) Além disso, a pesquisa em saúde se coloca diante de práticas que se fazem necessariamente no encontro de sujeitos.

Portanto, nosso objeto de estudo exige um novo sentido para a questão do rigor metodológico, pois implica em um procedimento que possa apreender a dimensão subjetiva destes encontros, nas suas maneiras de expressão (PASSOS; BARROS, 2009a). O estudo de um caso não pretende identificar padrões que possam ofertar regras gerais e homogêneas, mas considera, na singularidade do caso, a composição de sua face coletiva como índice de qualquer outro caso (PASSOS; BARROS, 2009b).

Vale ressaltar que não se trata de abrir mão do planejamento da pesquisa, mas de trabalhar em uma perspectiva que não reproduz o método científico tradicional de representar objetos, mas sim de acompanhar os processos de sua produção, da produção do conhecimento e do próprio pesquisador (BARROS, KASTRUP, 2009) pois “não se trata de uma pesquisa sobre algo, mas uma pesquisa com alguém ou algo” (ALVAREZ; PASSOS, 2009, p.135),. Esta proposta impõe que as fases preconizadas pelo Estudo de Caso, embora distintas, sejam tomadas em um modo de fazer que implica na dissolução de seus limites, inclusive considerando que o observador é também produtor da realidade no território que habitará, bem como dos dados que serão trabalhados.

#### ***4.2 Campo e cenário da pesquisa e população de estudo***

O campo escolhido para realização do presente estudo foi o município de Ribeirão Preto, onde os pesquisadores trabalham. A cidade de Ribeirão Preto está localizada no nordeste do estado de São Paulo, a 313 km da capital. Possui 504.923 habitantes numa área de 642 Km<sup>2</sup>. A população distribuída por sexo no ano 2000 correspondeu a 261.891 mulheres e 242.032 homens. Em 2000 o índice de desenvolvimento humano populacional (IDHM) foi de 0,855. A taxa de mortalidade infantil por 1.000 nascidos vivos em 2003 foi de 8,94 e a mortalidade

geral por 1.000 habitantes foi de 6,11 (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO, 2008).

A rede básica do município de Ribeirão Preto está constituída por 46 estabelecimentos de Atenção Básica distribuídas em 28 UBS, sendo que 20 destas UBS alocam 24 equipes de agentes comunitários de saúde (EACS), 13 USF, com 23 equipes de saúde da família e 05 UBDS. A identificação de USF se refere à equipamentos de estrutura física, podendo comportar mais de uma equipe. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO, 2008).

A implantação da Saúde da Família se deu em Ribeirão Preto, oficialmente em agosto de 2001, sendo sete equipes qualificadas junto ao Ministério da Saúde. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO, 2008).

O Distrito de Saúde Oeste, definido como cenário desta pesquisa, comporta uma UBDS, 9 UBS e 12 equipes de ESF, alocadas em oito USF, contendo uma população adscrita de 150.020 habitantes. Cada equipe de saúde da família deste Distrito é composta, em média, de dez a doze trabalhadores, entre agentes comunitários, médico, enfermeiro, auxiliares/técnicos de enfermagem, escriturários, vigia, dentista e ACDs. A população desse estudo constituiu-se no conjunto de trabalhadores da unidade de Saúde da Família estudada.

Estas USF e, particularmente, as equipes de ESF, se constituem enquanto campo de atuação da Universidade de São Paulo (USP). Esta vinculação foi definida a partir de um convênio estabelecido entre a Prefeitura de Ribeirão Preto e a USP. No quadro das equipes de ESF, em cinco delas, a Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP assume responsabilidade pela coordenação das atividades assistenciais, de ensino e pesquisa, de acordo com diretrizes da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Estas equipes foram excluídas deste estudo por já se constituírem como campos de estudos e intervenção para várias outras pesquisas e estágios vinculados à USP, sendo que pouco se conhece, portanto, as realidades das demais equipes. Por este motivo, faz-se pertinente a realização desta pesquisa em uma equipe que não tem o seu gerenciamento diretamente vinculado à universidade.

O local escolhido para a realização desta pesquisa é uma dentre estas 12 equipes de Saúde da Família que se localizam no Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto. Como critério de seleção, adotamos que a equipe a ser estudada fosse aquela que há mais tempo estivesse trabalhando em conjunto com os mesmos trabalhadores.

Realizamos um preparatório para a entrada em campo de pesquisa. Entramos em contato com a coordenadora da ESF do município, que nos remeteu à coordenadora equipe que atendia ao critério de seleção adotado. Deste modo, a apresentação do projeto se deu no dia primeiro de setembro.

### ***4.3 Técnica utilizada***

Será utilizado neste trabalho a observação participante. Na observação participante, o pesquisador observador torna-se parte integrante da estrutura social do caso estudado e realiza a coleta/produção dos dados na relação face a face com os sujeitos da pesquisa. Portanto, o pesquisador não é apenas um observador passivo, podendo inclusive assumir funções e participar dos eventos que estão sendo estudados dentro de um Estudo de Caso (MARTINS, 2006).

Alvarez e Passos (2009) consideram a pesquisa como uma experiência singular e implicada, na qual o pesquisador coloca-se ao lado do campo do seu estudo, se disponibilizando à experimentação, incluindo-se naquele território, habitando-o e cultivando-o.

Nesse sentido, na pesquisa cartográfica, é necessário que o observador se guie pelo ato de cuidar do território que será habitado por ele, o campo de pesquisa desconhecido até então, acompanhando os processos, transformações e as mudanças dos seus próprios pontos de vista. Entende-se o cuidado como forma príncipe e inseparável do ato de conhecer. Para isso, o pesquisador deve sempre estar atento em garantir a possibilidade de abertura dos pontos de vista solidificados, advertido de não se fechar nas definições, hipóteses e soluções diante dos problemas que vão surgindo no caminhar da pesquisa, mas de dar passagem àquelas mudanças, de forma que sua

identidade se dissolva na experiência do pesquisar (PASSOS; EIRALDO, 2009).

O pesquisador realizará a observação acompanhando as atividades diárias, sejam elas coletivas ou individuais, dos trabalhadores da Unidade de Saúde da Família selecionada para o estudo, fazendo uso do diário de bordo. Embora, tanto o Estudo de Caso quanto método cartográfico não preconizem um tempo determinado para a realização desta etapa, foi estabelecido um prazo de dois meses para as observações, de acordo com a viabilidade de realização da pesquisa.

#### ***4.4 Análise do material produzido***

O movimento de pesquisar na cartografia não se caracteriza pela realização de um sobrevôo pelo cenário da pesquisa, observando os objetos para depois representá-los, alocá-los em conceitos e definições dadas, como proposto no método científico tradicional, mas de redesenhar, mapear o contexto e as conexões nas quais o objeto se encontra. A análise e a interpretação dos dados se inserem neste mapeamento, que tem como pano de fundo, a Política Nacional de Humanização.

Não foi realizado um planejamento para a produção da análise do material desta pesquisa. Para Fortuna (2003), no método da cartografia, analisar é fazer uma bricolagem e se processa incessantemente. Bricolagem no sentido de tratar-se de um texto que coloca referências, idéias, imagens e memórias lado a lado, compondo-se, não buscando a sobrecodificação, ou seja, a representação dos objetos, e sim a multiplicidade que vivificam a experiência de habitar o território que se constitui enquanto o campo da pesquisa.

Não fica do lado de fora deste texto as intuições, os pré-conceitos, bem como as aberturas à escuta e à sensibilidade do pesquisador, sempre seguindo a ética cartográfica de incluir a implicação do pesquisador nos processos acompanhados junto à equipe estudada, na perspectiva da produção de subjetividade do pesquisador, enquanto corpo que afeta e que é afetado. Esta perspectiva, para Fortuna (2003), não acompanha o modo cientificista e hegemônico de produzir ciência.

Ressalta-se que no método catográfico, a produção de sentidos da análise, que não esconde seu caráter de intervenção, é realizada juntamente aos trabalhadores, fazendo o cartógrafo abandonar a idéia de que exista um pesquisador separado do seu objeto de pesquisa (FORTUNA, 2003). O processo de analisar também é o processo de produção de novas realidades, através de quebras, inversões, abertura, raspagem da superfície rígida, instigando as linhas de fuga, que emanam das forças instituídas, e que podem nos levar à invenção de novos viveres.

Para territorializar, pela escrita, as diferentes e caóticas vivências que se deram na unidade estudada, dos resultados e suas análises depreendem-se alguns extratos, momentos que não necessariamente seguem uma ordem cronológica, mas nos auxilia no dimensionamento da estada em campo, clareia as passagens, explicita, embora de maneira assumidamente provisória e limitada pelo tempo, os caminhos percorridos e os processos vividos.

#### ***4.5 As questões éticas da pesquisa***

As questões éticas desta pesquisa estão baseadas na Resolução número 196, de 10 de outubro de 1996 do Conselho Nacional de Saúde, uma vez que envolve seres humanos, no que compreende a produção da subjetividade na micropolítica dos processos de trabalho, suas relações interpessoais, valores e concepções (BRASIL, 1996).

O projeto de pesquisa foi submetido à avaliação e aprovação do comitê de ética em pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, obtendo aprovação. O projeto também obteve a autorização da SMS de Ribeirão Preto e foi apresentado à Equipe de Saúde da Família do Distrito Oeste selecionada para a realização do estudo. Nesta apresentação, além dos esclarecimentos e do diálogo estabelecido entre o pesquisador e a equipe, os trabalhadores da equipe aceitaram participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os sujeitos participantes não são identificados no processo de análise, sendo garantido o sigilo. Os nomes utilizados nas análises serão fictícios.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

## 5. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Seguem-se a seguir os resultados e a análise desta pesquisa. Explorar-se-ão as linhas de força instituídas e insituintes que compõem o território habitado e produzem subjetividades e realidades. (KASTRUP, 2009), caracteriza quatro variedades da atenção do cartógrafo pesquisa cartográfica. São eles, o rastreio, o toque, o pouso e o reconhecimento atento.

Na pesquisa cartográfica, o momento de entrada no campo não é caracterizado pelo conhecimento da meta a ser atingida, com atenção aberta, não na busca de focos, mas de estar sensível à pistas de processualidade. No momento da rápida sensação, um raio de afetação, a atenção do cartógrafo pode ser tomada, ou melhor, tocada, capturada. Eis o momento do toque, um tropeço na rugosidade da superfície.

O pouso é voltado já para a percepção desta rugosidade, e para uma parada no movimento. Não se trata de uma parada do movimento, mas uma percepção, um zoom que se dá naquele instante, que se organiza momentaneamente em um horizonte, em um centro. Isto prepara o pesquisador para o próximo momento, o do reconhecimento atento, que se caracteriza por nos fazermos a pergunta “o que é isto?” e logo em seguida, “vamos ver o que está acontecendo”. Significa uma saída temporária do estado de suspensão, uma vez que a cartografia propõe o acompanhamento do processo, e não a representação no mesmo, seu enquadre. Portanto, o reconhecimento atento se difere do reconhecimento automático característico das pesquisas mais tradicionais, pois este segundo se pauta pelo alvo já pré estabelecido por seus objetivos, o que compromete o acompanhamento dos processos tal qual eles se apresentam.

Estes movimentos poderão ser identificados durante vários momentos destas análises. Não seguem uma ordem, não cabe no cronos, nem na ordenação. Ocorrem em segundos, horas, dias, não há demora ou espera, ou rapidez demais, apenas afetação. No entanto, ficar atento às afecções envolve trabalho, intenção, que não se caracteriza como uma competência, mas como,

nas palavras de Kastrup (2009), em uma performance que consiste na evitação tanto do relaxamento passivo quanto da rigidêz controlada.

### **5.1 A Chegada**

Antes, explico que, para os atores que participaram deste estudo, foram dados nomes de flores, para trazer a idéia brotamento, beleza, raízes, espinhos e vida, elementos estes que marcaram meu convívio com todos eles.

Momento em que predominou o rastreio. O dia 1 de setembro foi a minha primeira ida até a unidade. Havia marcado com a coordenadora das três unidades de saúde, incluindo a USF pesquisada, para que ela me apresentasse à equipe. Como havia chegado um pouco adiantado, fiquei esperando sentado, do lado de fora, enquanto a coordenadora não chegava. Lápis e papel nas mãos, anotava algumas reflexões sobre aquele momento, expectativas, o receio de estar entrando em um lugar novo. Dos fundos do prédio, sai uma mulher e senta-se a alguns bancos de mim, para fumar. Cordialmente, ela me cumprimentou, perguntando o que eu fazia ali fora. Eu me aproximei e perguntei se ela sabia se a coordenadora já havia chegado. A resposta foi negativa, e começamos a conversar, momento em que expliquei pra ela finalidade da minha presença ali, e também em que ela se apresentou com o nome de Margarida. Contou-me que trabalha na recepção da unidade, contratada enquanto gerente administrativa pela prefeitura. Contei a ela que era psicólogo e que faria uma pesquisa cujo tema seria a humanização. Automaticamente, ela interpretou que eu fosse realizar um trabalho psicológico, como se fosse um estágio de psicologia, atendendo a população. Disse que eu iria gostar muito de estar naquela unidade, que era uma equipe muito boa, que eu iria aprender muito devido à diversidade e a complexidade dos casos que eu iria acompanhar, enriquecendo assim o meu repertório de psicólogo. De fato, há duas estagiárias de psicologia na unidade, que, por acaso, estão ali pelo mesmo estágio que eu fiz durante meus dois últimos anos de graduação, em que a ênfase era o trabalho possível da psicologia na ABS, mais especificamente, na ESF. Expliquei pra ela novamente, de outra maneira, que não se tratava exatamente de realizar atendimentos psicológicos, embora eu, enquanto estando ali dentro e me propondo a fazer parte da equipe, ainda que

por um tempo determinado, poderia ser solicitado a realizá-los. Nota-se a ênfase que ela dá à qualidade da equipe. Ela disse em vários momentos que se tratavam de pessoas muito especiais, que realizavam seu trabalho com gosto e competência, valorizando muito o caráter “acolhedor” e “humano” do trabalho realizado ali, comprovado inclusive pelo bom atendimento que ela diz ser relatado pela maioria dos usuários. Conta ainda que trabalhara em outras unidades de saúde, passando por pronto atendimentos e unidades básicas de saúde, evidenciando as grandes complicações, tanto de ordem administrativa como de ordem relacional, que encontrara. Utiliza estas características para, em seguida, comparar com a tranquilidade e a ausência de problemas “graves” que eu iria encontrar naquela USF.

Aqui, podemos pensar em certa preparação, com caráter de defesa, no sentido de dizer de antemão que, se eu estivesse ali procurando os possíveis problemas referentes à humanização, iria encontrar um ambiente salutar, sem muitos conflitos. Tão salutar quanto almejavam as escolas da medicina do Brasil colonial, sobre suas preocupações concernentes à higienização dos portos, importante veículo do comércio na época. A diferença, aqui, é que não se tratam da limpeza da sujeira bruta, germes e bactérias que espantavam os comerciantes. São outros vírus, outras doenças que podem circular e serem temidos, ligados mais à questões relacionais, “problemas inter relacionais”, que a racionalidade administrativa ligada ao marketing pessoal insite tanto em prometer curar, através de seus métodos, cursos de liderança, dinâmicas de grupo que reproduzem um circo de imagens de inteligência emocional, habilidades sociais, e toda uma gama de técnicas para promover um crescimento cujos alicerces são o da produção do capital. Técnicas estas quase exclusivamente de caráter individualista, em que o trabalho em equipe tratará de um agrupamento de pessoas que podem exercer ao máximo seu potencial individual em prol da lucratividade da empresa. Guattari (1981) coloca que os trabalhadores das instituições, no geral, acabam reproduzindo aquilo que é tipicamente burgues, a malediscência do “roubo, a preguiça e a doença”. Ou seja, tudo aquilo que escapa à ordem institucional.

O trabalho em equipe que a PNH propõe não é este, que deixa de fora o que é diferente, que quer curar o problema, mas ela quer que o problema seja incluído, na medida em que, em sua radicalidade, considera o humano

justamente naquilo que o torna humano, o conflito, o desencontro, as emoções que pouco ou nada são da mesma natureza do controle suposto da inteligência.

Ainda lá fora, ela foi me apresentando os bairros em volta, e qual era a abrangência das duas equipes da unidade, de maneira pausada e agradável. Após esta conversa, adentrei a unidade acompanhado-a, sentei-me em um banco e ela continuou seu trabalho, que, em um primeiro momento, percebi que tratava-se de atender ao telefone, organizar pastas, agendas, pedidos de exames, e uma série de outras atividades que ela própria descreve como “uma parte mais burocrática, mesmo”. Chamou-me para perto do balcão de atendimentos e começou a mostrar um pouco do seu trabalho, a organização que elaborou das pastas e do agendamento, o programa Hygia do computador, etc. O fez de maneira bastante solícita e atenciosa. A simpatia e educação que ela transmite são notáveis. Ponto importante de destacar, na medida em que eu mesmo havia me surpreendido quando, algumas horas antes desta primeira visita, liguei na unidade para confirmar o endereço. Ela explicou pormenorizadamente o endereço e como faria para chegar, dando a percepção de atenção e escuta, de que estava sendo tratado com zelo.

Em um ponto nevrálgico, como a recepção, essa atenção mais demorada do que os atendimentos ríspidos e objetivos, que visam dar a informação solicitada apenas, é bastante cuidadosa, podendo fazer diferença significativa durante todo o percurso do usuário que busca atendimento na unidade. (SÁ, 2006)

Enquanto eu esperava a coordenadora, uma agente comunitária saiu por uma porta, veio até mim, com olhares de soslaio, fazendo um semblante que, ao menos naquele momento, transmitiu desconfiança. Apontou o dedo e perguntou: “*vai fazer trabalho com o que?*”. Respondi que iria fazer um trabalho sobre a humanização na saúde da família, e que a coordenadora em breve chegaria para me apresentar para a equipe. “*Tá bom*”, disse, olhando pra baixo, virando as costas e indo embora.

A coordenadora chegou e entramos na reunião da equipe selecionada que já estava ocorrendo. As reuniões desta equipe são realizadas às 15 horas, nas segundas e quartas feiras. Cheguei em um momento em que um caso estava sendo relatado por uma agente comunitária. Eles interromperam e, em

um primeiro momento não demonstrando resistências, até com simpatia, me chamaram pra dentro da reunião. Me apresentei, dizendo que fazia mestrado na Escola de Enfermagem e tinha graduação em psicologia. Apresentei o projeto de pesquisa, explicando os objetivos, aos moldes do que estava descrito no termo de consentimento livre e esclarecido. Disse que estaria procurando os fatores que facilitam ou dificultam os processos de humanização, olhando para o trabalho da equipe de saúde. Uma das agentes comunitárias, Hortência perguntou se eu faria uma avaliação de cada um individualmente ou se a avaliação seria geral.

Inclusive, na sequência das explicações, tentei colocar ênfase que, durante a pesquisa, não estaria ali para avaliar os indivíduos, mas sim de acompanhar o trabalho juntamente com os trabalhadores dali. Trouxe inclusive um pouco da referência do método cartográfico, dizendo que não se trataria de um trabalho onde o pesquisador olharia o seu objeto de estudo de fora, olhando por cima, pois acreditávamos em uma maneira de fazer pesquisa onde a participação nos processos a serem observados era fundamental para mapeá-los. Neste momento, a mesma ACS que me abordou do lado de fora, comentou com a as demais, *“será que nós vamos pegar ele, então?”*. Esta fala, juntamente com outras que se produziram como *“nós vamos deixar você doido”*, *“você vai sair daqui enlouquecido”*, vindo de outras ACS, nos leva a uma possível interpretação desta situação, que remete à inflação do próprio problema, tornando-o grande o suficiente para que um olhar externo, supostamente avaliador, não consiga compreender nem captar, pois somente aqueles que vivenciam o problema têm propriedade para falar e saber sobre. Este pode ser um modo de tentar garantir que as maneiras de operar fixadas, cristalizadas não sofram as ameaças da mudança do que está instituído.

Pouso neste momento da pesquisa. A partir da fala de Hortência, sobre a questão sobre serem avaliados, percebi pela primeira vez algo que se repetiu durante vários momentos da minha estada em campo de pesquisa, que foi uma perspectiva quase crônica de avaliação, por parte de praticamente todos os trabalhadores. Uns mais na defesa, outros menos. Teria a universidade o caráter de avaliação e sanção para estes trabalhadores e/ou seria mais uma vez o saber da ciência analisadora do para além daquilo que se vê, típico do psicólogo? De qualquer maneira, a promessa de avaliação, aliada à promessa

de enlouquecimento do pesquisador, estará caracterizando um polo paranóico em sobreposição às possibilidades de fuga. Polo paranóico é um conceito da esquizoanálise de Deleuze (1996) e Guatarri (1981). Baremlitt (2002) caracteriza-o em contraste com o polo esquizóide, que segue as linhas de fuga do desejo, ultrapassando os muros institucionais. O paranóico se refere ao polo segregatório, fragmentário, que supõe uma soberania central. No caso, a promessa de avaliação faz, para estes trabalhadores, menção à algo imutável e verdadeiro, a maneira correta de trabalhar, que iria ser supervisionada. Um superinvestimento deste suposto correto marca esta situação.

Por outro lado, esta expectativa, e talvez a certeza de que eu também não desse conta dos problemas que veria, pode carregar ainda uma esperança, mais do que em um medo ou ameaça. Tratar-se-ia da esperança de uma mudança, ainda que sob o preço da ameaça apresentada, que fosse pra melhor, que findasse os conflitos. De um lado, o saber que sanciona, de outro, o saber que salva. As revistas de banca, desde as que estão nas salas de espera do analista, até as do cabelereiro, não mostrariam, seja pela amostra da revolução científica que traz respostas pra quase tudo, até os testes que dizem revelar seus hábitos mais íntimos, não seriam também reforços cotidianos desta salvação que, no caso específico, fica depositado no saber que se supõe na universidade ou na psico(magia)?

Mas, paradoxalmente, a equipe pede, mas se defende do pedido. Quer, mas não quer a mudança. Ao final da explicação, uma agente comunitária, Orquídea, comentou: *“acho que entendi, então você vai ser a nossa sombra?”*, sentença cuja sequência foi o riso de toda a equipe. Aqui há outra expressão de temor à fiscalização, que pode ser confundida com uma imposição de mudança de acordo com aquele saber, reforçando o que foi colocado anteriormente, um saber acadêmico, de alguém que ainda teria no currículo a especialidade de compreender e sentenciar, talvez denunciar, os problemas de ordem relacional. Habitado neste saber científico, está a aniquilação daquilo que é próprio do humano, uma irreduzível existência que se coloca no devir da fiscalização. (BARBOZA, 2009). Temor este que tem como resposta o riso, que relativiza e tira um pouco do seu peso.

Em resposta, disse que poderia, sim, ser uma sombra, mas não gostaria de ser assombração, o que também gerou risos na equipe. De alguma

maneira, ainda na mesma lógica, o passa-me um temor de ser justamente aquele que teria o poder para avaliar, a relação de poder desigual (FOUCAULT, 1990) entre universidade e população se revela atravessado nesta resposta. Se tomarmos o modo instituído de fazer pesquisa, não deixaremos de constatar a prevalência de trabalhos que têm por finalidade, às vezes não tão explícita, de avaliar com a finalidade de fiscalizar, estabelecendo critérios de qualidade padronizados para diversos assuntos, inclusive os da saúde.

A coordenadora ainda me auxiliou na explicação sobre o que se tratava ser uma pesquisa, para que serviria. O médico perguntou se os trâmites éticos haviam sido cumpridos e respondi afirmativamente. Disse que gostaria de começar as imersões e as observações ainda naquela semana, para poder ir tomando contato com a rotina da equipe. A resposta para esta solicitação foi uníssona. Como um todo, foi sugerido que eu esperasse até a semana seguinte, pois a enfermeira voltaria das férias e, assim, a equipe estaria completa e eu poderia apresentar o projeto novamente e solicitar a assinatura dos termos de consentimento. A figura da enfermeira começa aqui a ser desenhada, como aquela que detêm a autoridade e o poder das decisões importantes, a chefe da equipe (ABRAHÃO, 2005).

A equipe, neste momento, não se organiza coletivamente para uma tomada de decisão, que, no caso da imersão do pesquisador que iria observar, poderia estar representando as ameaças inerentes à avaliação. Esta situação pode revelar uma dupla vertente de movimentos da equipe. Uma se refere à finalidade de proteção, de defesa da unidade do conjunto de trabalhadores, o que ao mesmo tempo, faz emergir uma segunda, a do comprometimento da autonomia das decisões pela via da não responsabilização pela decisão a ser tomada, o que aponta para a colmatação destas duas linhas, responsabilidade e autonomia, temas fundamentais da PNH.

Uma recepção aparentemente tranquila em um primeiro momento, porém, restrita, na medida em que mesclam-se posições de defesa, de desconfiança, de paranóia, mas também colocam em cena certa descontração, e alegria. Uma das falas que carregam essa ambiguidade, foi esta fala de dois trabalhadores, uma das ACS e o médico, que comentaram, durante o momento da apresentação da pesquisa, do quanto se sentiam satisfeitos em receberem

novas pessoas na equipe, no sentido de contribuição com novas idéias e colaboração com o trabalho, mas que, ao mesmo tempo, era muito comum que tais pessoas, quando finalizavam seus trabalhos na unidade, fossem pesquisas ou estágios, não se prontificavam em dar para a equipe, em um momento posterior, um retorno daquilo que foi realizado, a apresentação do trabalho pronto, o relatório do estágio. Estes trabalhadores relataram que, por vezes, sentem-se frustrados com a ausência de um feedback. Se considerarmos as etapas do processo de trabalho, em que se diferenciam agente da produção de objeto produzido, estes relatos dos trabalhadores podem apontar para uma sensação de serem descaracterizados da sua condição de agente da produção, ou seja, de humanos, usados, reificados, coisificados, coisa a ser usada. Isto reflete a predominância dos valores de troca sobre os valores de uso que atravessam as relações nesta equipe. Quando há o valor de uso implicado, concebido nas relações, todos podem ganhar, pois confere aos encontros entre os diferentes sujeitos que compõem a realidade, uma multiplicação que se potencializa justamente a partir deste encontro. Encontros entre realidades múltiplas que podem se afetar mutuamente e produzir, assim, novas realidades. Na preponderância dos valores de troca, sempre há uma perda. Marx (1968) já alertou para a produção de mais valia, que é o motor do capital. A troca capitalística, ou seja, a produção que visa a troca, nunca é justa, pois sempre algo de trabalho a mais é extraído do trabalhador, perdido, e convertido em algo que serve a outro, ao dono, ao detentor dos meios de produção.

Outro elemento bastante presente e que apareceu neste momento foi a questão do apego. É colocado, ainda, que as pessoas que são da casa acabam ficando com uma impressão de abandono. Produz-se uma metáfora de que quando um novo membro fica um tempo e se vai, sem retornar, ficam com a sensação de ter levado embora consigo um pedaço da equipe. Como se o pesquisador consumisse este pedaço. Talvez a retomada, o retorno, tenha relevância também no sentido de construir uma sensação não de levar um pedaço, saindo da ordem do consumo, mas deixar algo positivo, afirmativo. Também não se trata de deixar um pedaço do pesquisador, de devolver o favor de ter usado a equipe na forma de uma “contribuição”, pois isto também não

escaparia à lógica do mundo das trocas, mas que essa contribuição tenha o sentido variado da multiplicação.

Este movimento pautado nos valores de troca, transmitido pelo movimento de desconfiança da equipe atravessa também o pesquisador. Faz surgir em mim a desconfiança da desconfiança, na medida em que estas falas causaram intimidação tal, que não me ocorreu questionar em momento nenhum a dependência da presença da figura de chefia. Percebe-se que, na gravação do diário de bordo, a palavra “acatar” foi utilizada diversas vezes, no que tange à experiência de receber uma fala interpretada como uma ordem, um imperativo inquestionável, bem representada por uma passagem: “*sem a enfermeira, é melhor não começar*”. Colocamo-nos, então, a refletir sobre o processo de naturalização da hierarquia na instituição, o que referenda as cristalizações das maneiras verticais de se relacionar. Disse, após as combinações, que na semana seguinte tomaria a liberdade de comparecer à unidade antes da reunião de equipe, no período da manhã, para iniciar as observações.

Não todo rompimento do contrato que pode apontar para uma vertente instituinte da ação em pesquisa, que não se limita nos limites totais da instituição a ser pesquisada. Evidentemente não está sendo proposto o desrespeito a tais limites apresentados. O que aponta aqui, é uma inversão lógica do lugar da oferta de um trabalho e a demanda pelo mesmo. Numa maneira insuítada de pensar estas questões, da qual o capitalismo se utiliza sabiamente para se inflar infinitamente, é fazer parecer que aquilo que ele oferece de para ser consumido é uma necessidade do consumidor. No entanto, a lógica capitalística sabe, de antemão, que a oferta é que gera a demanda, e não o contrário, apesar de mascarar sua pretensão. A questão é que a lógica capitalista promete uma livre circulação entre oferta e consumo, não deixando espaço para a escolha de quem consome. Tal promessa contém uma esperança de resolver o mal estar humano pela via do consumo, e não pela via do desejo. Seria a pretensão de fundir o desejo, encerrá-lo pela troca. Desejo, para Deleuze (1976), é a força sempre produtiva que permite a transformação, que não encontra seu encerramento, a não ser a sua eterna repetição da diferença. Desejar é permitir a diferença, é submeter-se à laceração dionisíaca (DELEUZE, 1976) de fazer valer a dor, o sofrimento, a inconsistência como

parte da vida, inerente à vida, não como algo a ser internalizado ou resolvido. Este personagem é comentado por Deleuze, que opõe a paixão dionisíaca à paixão de cristo. A cristandade coloca a salvação a partir do sofrimento, como causa última do sofrimento. Portanto, para ser salvo, é necessário que se internalize a dor, minha dor, inclusive colocando-a em comparação à dor do outro, para ver se sua dor é suficientemente dolorosa para garantir a salvação. Trata-se de toda uma justificativa da vida através do sofrimento e a suposição de que algo salvará. Dionísio não agia desta maneira, ele não considerava que a dor teria um fim, a não ser diante do fim da própria vida. Não que a vida seja dolorosa em si mesma, mas encarar a dor, é permitir-se a ela, e neste sentido podemos colocar em dor todos os desencontros, incompletudes, impotências que surgem no encontro com o outro em sua diferença.

Calligaris (2011), nos pergunta sobre quantos diagnósticos de depressão, uma das síndromes da atualidade, surgem não pela falta de algo, pela carência de recursos, mas sim pelo aparecimento de novos desejos, vontades de uma vida que só pode ser nova?

Quando da inversão lógica entre oferta e demanda a partir de certo rompimento do contrato, também estar-se-ia utilizando da mesma estratégia capitalista, de ofertar algo para gerar a demanda. Restaria saber, mais tarde, em que momentos esta demanda também rumaria para a promessa de “resolução” do desejo, e onde ela pode permitir a sua inclusão do mesmo.

Como citado anteriormente, o critério estabelecido para a escolha da equipe a ser estudada era aquela que estivesse a mais tempo trabalhando juntos. Como na unidade há duas equipes e o tempo de trabalho é bastante semelhante, a coordenadora indicou aquela em que a enfermeira era a mais antiga da casa. No entanto, após a apresentação do projeto, um dos trabalhadores lembrou que na outra equipe, a médica tinha mais tempo ainda de trabalho naquela unidade. A decisão posterior a estas novas informações foi de permanecer na equipe em que estava, tanto pela apresentação já realizada quanto pelas expectativas foram geradas em torno do trabalho a ser realizado com a equipe.

No segundo dia em que estive em campo, Margarida me recebe com um caloroso abraço, e me conta, com alegria, que havia ganhado um neto, e diz das inseguranças do filho em relação ao fato novo. Esta fala veio ao

encontro das sensações de estar entrando em um território novo, que ainda não estava sendo habitado pelo pesquisador. Ou seja, a minha própria presença ali, naquele momento, se tratava de uma novidade, fator que pode ser gerador de inseguranças, de ansiedade, pois se trata, por si só, uma mudança na rotina da equipe. Será que o pesquisador daria conta de sustentar esta mudança? Ledo engano, um engano comum que é atrevesado pelo instituído bastante presente nas pesquisas acadêmicas, a crença de portar, através do saber sobre a saúde, o poder de solucionar as demandas de mudança. A relação entre saber e saúde, aqui, é atravessada pelas mesmas forças do saber e do sexo (FOUCAULT, 1990), na qual a produção de discursos sobre o sexo dos indivíduos, ao longo da história da sexualidade, envolveu posições de poder em relação a ele, a vontade de saber sobre o sexo, e, conseqüentemente, a seu controle.

Margarida me apresenta à enfermeira da unidade, que me chama pra dentro da sala de atendimentos de enfermagem, para podermos conversar sobre a pesquisa. Ela pediu para que explicasse a ela o projeto, momento no qual, contaminado pelo movimento de desconfiança da semana anterior, eu quis colocar de imediato, na medida em que ia explicando, a ênfase em algumas peculiaridades do método cartográfico que caminham mais na direção da permanência em conjunto com a equipe do que de uma observação externa cuja finalidade seria avaliar. Ela, então, apresenta um pouco da história e da estrutura da unidade. Tem três anos de funcionamento. O expediente é iniciado às sete horas da manhã e encerrado às 17, totalizando dez horas de funcionamento de segunda à sexta. Como já dito anteriormente, a unidade conta com duas equipes de saúde da família, composta por um médico, uma enfermeira, dois auxiliares de enfermagem e seis agentes comunitárias de saúde cada uma. Além disso, existem trabalhadores que são comuns às duas equipes, sendo eles a gerente administrativa, o odontólogo e a auxiliar de consultório odontológico. Os trabalhadores estão presentes em diversos horários, totalizando oito horas de trabalho, fora uma hora reservada para o almoço. Estes arranjos foram feitos de acordo com preferências de cada um. A primeira hora de expediente, das sete às oito da manhã, e também o horário do meio dia e meia até a uma e meia da tarde são destinados à recepção de pacientes de demanda espontânea, a pré consulta e, se necessário, o

atendimento médico destes. O médico da equipe disponibiliza cinco vagas para os atendimentos destes usuários não agendados em cada horário. A pré-consulta é realizada em uma sala denominada sala de acolhimento. Todos os usuários que chegam à unidade em busca de atendimento, seja ele agendado ou de demanda espontânea passam pela recepção e são encaminhados até esta sala. Lá, estão presentes um auxiliar de enfermagem de cada equipe, que realizam a pré consulta. A enfermeira da equipe, ela própria, chega à unidade às sete e meia da manhã. Conta que inicia suas atividades, sejam atendimentos de enfermagem, preenchimento de relatórios, fichas de pacientes. O horário destinado às visitas domiciliares é a partir das nove e meia, pois se saíssem mais cedo que isso, não se encontraria a maioria dos usuários acordados. As agentes comunitárias fazem visitas todas as manhãs. São reservados dois dias específicos da semana para o médico e a enfermagem acompanharem as visitas, mas isso pode variar de acordo com a demanda de alguns casos. As segundas e quartas feiras acontecem as reuniões de equipe, das 15 até às 17 horas.

Foi demonstrada bastante preocupação em me detalhar a questão da demanda, da recepção e do atendimento. Logo após me dizer dos horários destinados à pré consulta, começou a me explicar como funcionavam alguns critérios de prioridade nos atendimentos, o que eles consideravam como sendo urgência ou emergência e que cada auxiliar de enfermagem tinha seu estilo próprio de atender os usuários e que cada médico tinha seu jeito de lidar com a demanda. Explica que a principal regra para priorizar o atendimento é a ordem de chegada dos usuários, e qualquer mudança deste padrão seria em função de uma real necessidade, de urgência ou emergência. Estabelecer de antemão do que se trata a necessidade vai à mesma direção do controle sobre a saúde. A partir do momento em que a equipe se coloca como portadora de um saber e de um dispositivo operacional que permita exercer este saber, no caso, o ordenamento da fila de espera, a singularidade do usuário que procura pelo serviço se encontra do lado de fora do atendimento. Fica também de fora, a linha de inclusão das subjetividades prevista pela PNH.

Estas falas de Violeta sobre as regras de prioridades e também a referência aos auxiliares encontram composições e diferenças com algumas falas de Margarida, naquele mesmo dia, em uma conversa que tive com ela.

Ela conta que, para ela, era muito difícil estar ali. Por ficar na recepção, acabava por receber todas as “buchas e bombas”, contando que por vezes ouvia xingamentos dos usuários, principalmente quando estes chegavam procurando atendimento médico, sem caracterizar um quadro de urgência ou emergência, mas não poderiam recebê-lo, seja porque haviam chegado atrasados, seja porque as vagas de atendimentos de demanda espontânea já haviam sido preenchidas. Como saída para estas situações, ela diz que apenas trata o usuário com educação, tentando não se estressar. *“A gente tem que aprender a se adaptar aos lugares que a gente vai trabalhar”*. Este aprendizado, como ela denomina, foi conquistado pela experiência de trabalho em outras unidades que eram mais complicadas do que aquela, e considera que ali era próximo ao paraíso perto destes outros locais.

Ao mesmo tempo em que ela diz do usuário, também pontua algumas características da equipe que contribuem para a criação de situações de conflito entre usuário e equipe. Diz das diferenças que cada auxiliar tinha no trato com o usuário: *“Quando eu ouço daqui a Tulipa atendendo, nossa, parece uma mãezona mesmo, agora, quando é o Girassol, parece um trator, eu fico muito incomodada com isso, porque o usuário não tem culpa de estar ali do jeito que está”*. Como exemplos, ela cita que quando um usuário não segue uma orientação da equipe, a reação do primeiro é mais “acolhedora” do que a de outro. Diz ainda que percebia por vezes uma intolerância ou indisposição do médico em relação a uma possível flexibilização da agenda, de modo que acolhesse mais usuários do que as cinco vagas pré estabelecidas para eventuais. *“Teve vez de eu chegar lá no consultório do dr. Lírio, ele quase me escurraçou de lá. Tem dia que ele chega aqui e fala, ó, quero dormir, vou dormir, tranca a porta e aí de quem for lá chamar o Lírio”*. No entanto, foi observado, durante o período de observação, que o número de usuários sem agendamento sempre ultrapassava o número estipulado, e raras vezes eles eram dispensados ou ficavam sem atendimento médico. No entanto, o trabalho em equipe, enquanto tema da PNH, fica comprometido, na medida em que esta fala demonstra um modo de funcionamento da equipe em que não há articulação ou interlocução entre os trabalhadores sobre as possíveis dificuldades inerentes ao trabalho.

As duas falas, mais do que uma descrição da rotina da unidade, pareciam estar advertindo o pesquisador cartógrafo daquilo que ele encontraria, prevenindo as supostas interpretações negativas que pudessem ser feitas. Ao me explicitar algumas regras implícitas dos atendimentos, estar-se-ia dizendo também que um possível mau atendimento aparente, tinha, de antemão, suas justificativas, fosse em relação à organização do trabalho segundo as normas estipuladas de prioridades para os atendimentos, caso um paciente pudesse ser dispensado, fossem em relação as diferentes lidas que cada um tinha com o usuário. Maneiras de escamotear os conflitos, que seguramente acontecem no cotidiano de qualquer equipe. Há falas que denotam processos de culpabilização do usuário, reforçado por cenas em que este não entra nos conformes das regras, esbravejando, ou mesmo xingando.

Em contrapartida, percebe-se que há também um movimento que possibilita apontar a responsabilidade da própria equipe sobre as situações que são geradas, a intolerância, a intransigência, fazendo serem as próprias regras aquilo que baliza as ações.

Ainda sobre este jogo de culpabilizações, interessante notar que, imediatamente após a conversa sobre a recepção que tive com Margarida, ela e Tulipa, que estava presente naquele momento, me contaram sobre o assalto que acontecera na unidade alguns dias atrás. Mostraram-me um grande furo no teto, que tinha um forro improvisado com isopor. Invadiram a unidade de madrugada para roubar equipamentos como computador, impressora, material, etc. Disseram que tinham desconfiança de quem havia roubado, pois só poderia ter sido feito por alguém que conhece o lugar, tal qual um usuário. O fato de esta fala ter sido produzida logo após relato retratando os conflitos na recepção, embora se tratando de um caso específico, podem apontar novamente para uma polarização, onde o usuário aparece como vilão, aumentando a distância subjetiva entre quem trabalha e quem usufrui da unidade.

Outra reflexão que podemos fazer a partir destas situações descritas é que elas evidenciam um serviço que funciona colocando a oferta de saúde preponderantemente a partir de valores de troca, e não tal qual um valor de uso, como é proposto por Merhy (1997). Pode-se perceber que estas culpabilizações estabelecem um tipo de relação baseado na noção de

propriedade privada e de usufruto daquilo que não pertence a quem usufrui. A unidade, de bom grado, oferece aquilo que lhe pertence e ladrão vêm pegar coisas que não são dele, o usuário vem xingar, e o mal entendido, o possível erro, têm sua justificativa e o usuário é apresentado enquanto seu co-autor. Partindo do princípio de que a saúde é um direito de qualquer cidadão brasileiro, e sua afirmação enquanto direito é um dos temas previstos pela PNH, este império do valor de troca parece ir na sua contramão, pois destitui o direito do uso, substituindo pelo merecimento do uso.

Ainda sobre a recepção, outra fala importante de Margarida nos dá a dimensão da posição contraditória que este lugar ocupa na unidade. Ela diz que se sente como se estivesse no meio de uma briga. De um lado, tendo que lidar diretamente com a reclamação dos usuários, de outro, tendo que lidar com a equipe, principalmente com as figuras de autoridade: *“aqui, eu sou um mero mortal. Na hora de comer pão com mortadela, os médicos vão até a cozinha e são muito humildes. Mas na hora do vamos ver, médico é médico, enfermeiro é enfermeiro, recepcionista é recepcionista. Mesmo a enfermagem, eles são meus chefes, então, eu tenho que me adaptar a isso”*. Como artifício para lidar com esta situação, além das outras experiências de trabalho, a religião se faz presente ao afirmar que Deus torna todos “homogêneos”, idéia que pode servir de apoio e suporte para lidar com essas contradições. Isso pode mostrar que a equipe não dá conta de se organizar de modo a compreender e re-elaborar uma situação de conflito como essa, não se responsabilizando coletivamente pelo trabalho como um todo, e acolher o conflito.

A observação do processo de trabalho, neste caso, faz ser observada uma linha de fragmentação e de hierarquização, presente inclusive na fala de Margarida, que nitidamente nos dá a idéia de que cada um trabalha dentro do núcleo de sua categoria, sofrendo ou usufruindo de suas posições de poder.

Em outra situação, Tulipa conversa no balcão com uma auxiliar de enfermagem da outra equipe. Não sabia de que caso se tratava, mas a fala marca também a hierarquização e a fragmentação: *“Desse jeito que a gente quer resolver isso, a doutora não vai gostar”*.

Estes dois parágrafos mostram como duas trabalhadoras que ocupam funções menos valorizadas na equipe, elas próprias, atribuem os lugares de poder, e o ressentimento que isso gera. Ressentimento cristão (DELEUZE,

1976), que prima pela internalização da dor de ser menor, de ser menos, como forma de sua resolução. Este jogo de atribuições de poder revela uma forma binária de organização, um pode, outro não, delimitando um eixo de poder que é suposto em alguém. Se um têm, outro não pode ter, e aquele que têm, não pode ser contrariado, tem que se manter sempre satisfeito: “*A doutora não vai gostar*”. Baremlitt (2002) nos coloca que este modo de fazer está submetido a um ponto único, sempre superior. Realidade composta predominantemente de linhas do tipo molar, estratificadas, que supõe um tronco rígido de poder, ao qual toda espécie de variedade está submetida. Do outro lado, estão as linhas moleculares, aquelas que passam por entre estes pontos fixos, que não se submetem à dimensão estabelecida daquilo que percorre, formando não um tronco de poder, mas uma multiplicidade de possibilidades em forma de rizoma, raiz sem pivô.

Ainda no período da manhã, depois de ter conversado com a enfermeira, entro na sala da equipe, onde acontecem as reuniões e onde as agentes comunitárias passam a maior parte do tempo em que estão dentro da unidade. Como consequência disso, muitas vezes a sala é considerada pela equipe como sendo a sala das agentes comunitárias. De fato, isto não está fora da realidade cotidiana dos trabalhadores, na medida em que toda a sala é organizada de acordo com o uso que as agentes fazem dela, a organização dos armários, a disposição dos lugares na mesa, o uso do computador. Outra demarcação a ser feita, que aparece também neste momento e que ficou evidenciado nos primeiros contatos com todo o conjunto de trabalhadores, mas principalmente com este grupo de agentes, é a questão do humor, da brincadeira e da piada. Aparece neste primeiro momento também como uma via privilegiada de aproximação, a partir do momento em que o pesquisador se dispôs a compor com a brincadeira, fazer parte, até certo ponto, do estado bem humorado.

O desafio que se anuncia a partir de então, é de ter cautela para que essa entrada, essa aproximação, não tome uma dimensão extensa demais, ao ponto de fazer cegar-se, alienar-se nas funções que este estado pode ter para a equipe, o que pode também estar sendo dito com a piada, que denota, na realidade, sofrimento, como por exemplo, o retorno constante do tema da diferença de salário entre elas e os demais trabalhadores, de maneira jocosa,

mas que se mostra como incômodo. Outra brincadeira que se faz é com a separação criada no estacionamento da unidade. Trata-se de um terreno onde é possível parar os carros de dois lados. Neste dia, no momento em que cheguei, com meu veículo, fui abordado por três agentes que estavam do lado de fora, se preparando para realizarem as visitas domiciliares, que me perguntaram se eu iria parar do lado dos ricos ou do lado dos pobres, que se fosse eu, pararia do lado dos pobres, pois havia mais sombra no período da tarde. Os pobres seriam elas, os auxiliares de enfermagem e a auxiliar de consultório odontológico, do outro lado, ficavam os carros dos médicos, do odontólogo e das enfermeiras. A pergunta é feita em tom de brincadeira, mas há notadamente uma carga de ressentimento sobre esta questão da divisão técnica do trabalho. Esta reflexão pode caracterizar-se como um pouso no movimento da pesquisa e o reconhecimento atento.

Conversando com as ACS nesta sala, enquanto esperava pela reunião de equipe para oficializar minha entrada no campo e oferecer o termo de consentimento livre e esclarecido para ser assinado pelos trabalhadores, acabei tomando conhecimento da situação de trabalho na qual elas se encontram. Esta situação será explorada mais adiante no extrato “O Caso da Efetivação”.

Já iniciada a reunião, fui solicitado pela enfermeria a rerepresentar o projeto para a equipe, conforme havíamos combinado na semana anterior. Explico novamente o projeto, dizendo a todos que estaria ali para acompanhá-los e participar das atividades em conjunto com eles, que a maneira que a metodologia que estava utilizando preconizava justamente a inserção do pesquisador no território a ser pesquisado. Disse ainda que ficaria aproximadamente um mês frequentando a unidade. Após este momento, disse sobre o termo de consentimento para realização da pesquisa, explicando do que se tratava e lendo-o junto com todos. A enfermeira foi a primeira a assinar o termo, dizendo que por ela, estava tudo nos conformes. Os demais trabalhadores também foram assinando, aos poucos, com os olhares voltados para ela, como quem dependesse daquela primeira ação para se sentirem autorizados a proceder, mais uma vez apontando para a suposição não só de que a sua figura de liderança e chefia, mas também para uma relação de dependência da autoridade. Um dos auxiliares de enfermagem, enquanto isso,

permanece com a folha posta sobre a mesa, olhando para ela, às vezes rindo. Recolho todas as folhas assinadas, mas ele não assina, de cara. Quando termino as explicações, ele me pergunta qual seria o meu alvo, já que toda pesquisa tinha um alvo, uma meta, dentro de um tema tão amplo como a humanização. Percebi que os objetivos do projeto podiam ainda não estar muito bem esclarecidos, não somente pra ele, mas para os demais, na medida em que ele foi o único que fez algum questionamento sobre o que iria de fato ser desenvolvido, passando por ele um movimento contrário à aceitação baseada mais na ação da enfermeira do que na reflexão. Este movimento pode estar indicando a reprodução da disputa histórica que se apresenta entre os técnicos e auxiliares de enfermagem e o enfermeiro de nível universitário, expressos aqui no que poderia ser interpretado como certa desobediência (ABRAHÃO, 2005). Ou também uma desobediência à imposição do saber acadêmico. No entanto, esta reflexão observada pode estar composta de uma linha molecular, de fuga destes instituídos, através do questionamento, da curiosidade em saber sobre a pesquisa.

Aproveitei a pergunta para colocar um pouco do que se define por humanização, de acordo com o embasamento teórico do projeto. Disse que não raramente confundia-se humanização como tratar bem e com educação o outro, ter empatia e ser caridoso. No entanto, existiam, dentro das políticas de humanização, três eixos bastantes presentes, que serviriam como balizadores daquilo que estaria sendo observado, que se tratavam da responsabilização, autonomia e a criatividade, como possibilidades da produção do cuidado e de relações humanizadas, não somente entre trabalhador e usuários, mas também entre o conjunto de trabalhadores. Este auxiliar, permanecendo ainda sem assinar a folha, coloca que uma questão como a da autonomia, por exemplo, não dava para ser medida, observada, pois se tratava de algo muito particular de cada equipe, que cada equipe sabia de si própria o que considerava autonomia. Entrando mais neste diálogo, tento esclarecer que naquilo que acontece dentro de uma equipe singular estão alguns elementos, algumas linhas que podemos identificar em outras equipes também, as resistências, as possibilidades de mudanças.

Percebe-se, a partir disso, que esses questionamentos poderiam também estar sendo atravessados por linhas de resistência. No entanto, a

explicação que fiz do projeto em relação à pergunta feita, acabou configurando-se não somente em esclarecimentos, mas também em aproximação, afetando-o de outra maneira, o que parece ter feito surgir um olhar mais interessado, mais participativo. Ele assinou o termo e me devolveu com um entusiasmo diferente do início da reunião.

No dia 13 de setembro, chego à unidade e vou para a sala de agentes comunitárias. Converso com Bromélia, que me pergunta se eu iria dar sugestões sobre a humanização para a equipe durante minha estadia ali, se era esta a minha finalidade. Coloquei que poderíamos ir conversando sobre o tema a qualquer momento que eles quisessem, mas que não sabia se se tratava de dar sugestões, tentando colocar um ponto de questionamento sobre o saber que vinha do outro. Ela me responde: *“não, mas qualquer coisinha já pode nos ajudar”*.

Em meio a brincadeiras, elas dizem que, já que eu iria fazer parte da equipe, teria que revezar junto com elas a incumbência de fazer o café. Contam-me que há revezamento entre as equipes para isso, e que é implicitamente delegada às agentes comunitárias essa “função” na unidade. Poderia tratar-se de um convite para participar daquelas funções menores, o que implica mais uma vez em divisão binária, reproduzindo a divisão de poderes entre os ricos e os pobres, que Foucault (2003) aponta como consequência do incremento da urbanização no século XIV. De certa maneira, aparece como pano de fundo um questionamento sobre a função de fazer café, talvez um protesto em relação à docilização do trabalhador. No entanto, observei, durante o período em que estive na unidade, mais especificamente na cozinha, que o café, na maioria das vezes, continuava sendo feito pelos trabalhadores “menores”.

Em outro momento, Bromélia também fala sobre esta questão, enfatizando que ela não achava que esse tipo de trabalho era função das agentes. No momento em que contavam isso, em meio a uma brincadeira, elas comentam que havia uma pessoa específica que as incomodavam muito, pois o tempo todo ia até a sala para perguntar se o café não estava pronto. Traçando particularidades desta pessoa, para dizer “sem dizer”, mas sem citar o nome. Como que em um voto de confiança, dizendo para eu não comentar com ninguém a respeito, contaram depois que se tratava de Margarida.

Interessante notar que essa fala fez referência a uma trabalhadora que ocupa um cargo que, historicamente, é também considerado de menos importância dentro de uma equipe, quando comparada ao médico e à enfermeira, por exemplo. Na realidade, toda a equipe espera pelo café, mas cria-se um problema quando esta espera é explicitada por alguém que não corresponde a imagem da suposta autoridade conferida por um cargo superior.

Neste sentido, clamar pela solução externa de um saber especializado como o de um psicólogo, cientista da universidade pública, mas que vai usufruir do espaço da unidade para concretizar um interesse próprio, e, portanto, pode devolver em moeda, mesmo que de pouco valor; o ato de alguém que rouba a unidade de saúde que o serve, a delegação dos poderes balizado por uma hierarquia atravessada nas subjetividades e nos modos destes trabalhadores se relacionarem; reproduz um mundo das trocas justas e injustas, regulado pela crença nos valores instituídos e a maldição do roubo (DELEUZE, 1976), típicos do modo de operar da máquina capitalista.

Em um outro momento, na recepção da unidade, Margarida vinha dizendo, mais uma vez, que trabalhar na área da saúde, e com aquela grande diversidade de público, exigia dela um grande “jogo de cintura”, um certo manejo, que só se vai aprendendo ao longo do tempo. Ela diz que as experiências que atravessou naquele balcão trouxeram-lhe grandes aprendizados de vida, o que se contrapõe a algumas falas anteriores que denotam apatia sobre o seu trabalho meramente burocrático e repetitivo. Vale assinalar, aqui, que quando ela descreve seu trabalho, listando as atividades que correspondem à sua função, o faz com feição de desagrado e insatisfação, transmitindo a sensação de que aquilo tudo, pastas, agendas, papéis, é pouco, pequeno, parte necessária, porém menor do que a atividade do médico e da enfermeira, por exemplo, ainda que estes também comam pão com mortadela. Porém, quando ela conta seu trabalho, escapando da simples descrição, percebe-se outro semblante, mais brilho e entusiasmo de quem se considera enriquecida na vida por aquilo que seu trabalho proporcionou. Este entusiasmo aponta para uma escapatória da internalização da dor de quem teria que se adaptar aos lugares que trabalha, a docilização adaptacionista à qual se submete, por transmitir algo de alegria da produção de vida que o trabalho traz.

Ela, aqui, pode sentir-se autora da obra do cuidado em saúde, quando se apropria do trabalho e capta os enriquecimentos que este produziu em si.

Após escutar Margarida, sento-me ao lado de Bromélia, que naquele momento estava preenchendo uma ficha. Pergunto o que ela estava fazendo, e ela responde que se tratava da ficha SUS, uma ficha de cadastramento de um usuário que está indo àquela unidade pela primeira vez, e, por consequência, seu cadastramento na rede. Ela pergunta se eu não gostaria de preencher uma, para eu aprender a fazer também, já que considerava importante todos os integrantes da equipe, inclusive os estagiários, saberem realizar aquele preenchimento, pois não se tratava de algo muito complexo, mas que ficava restrito aos ACS, e os demais perdiam a oportunidade de aprender a fazer. De fato, percebe-se ao longo do tempo que, na grande maioria das vezes em que um paciente novo chega à unidade, a agente da área em que ele mora é solicitada à realizar o preenchimento da ficha.

Estas duas situações supracitadas nos dão subsídios para outra possível interpretação, na medida em que mostra-se a face oposta da delegação de poder/saber/autoridade que atravessam diversos momentos, tais como alguns que já foram citados, responsáveis pela reprodução e naturalização das relações hierárquicas, em que cada um tem o seu lugar, seu papel e função definidos, como em um sistema de castas, lados que se opõem no estacionamento, oposição entre as categorias, oposição entre trabalhadores da mesma categoria, como um auxiliar que é melhor ou pior que outro. Outra dimensão de relações trabalho pode se abrir, a partir da exploração e da incitação de um movimento como este contido nestas falas de Bromélia, que se apresenta como um ponto de resistência à divisão exata e protocolada de cada categoria historicamente posicionada e escalonada em um crivo de maior ou menor valoração social.

Percebeu-se uma tendência desta agente comunitária e também da recepcionista, em explorar o devir estudante do pesquisador no sentido de considerá-lo na condição daquele que teria muito a aprender com a experiência de poucos ou muitos anos de trabalho, contrário à imagem de psicólogo, autoridade, portador de um saber especializado. Aqui pode não mais se tratar de uma relação de trocas, onde o pesquisador usufrui do espaço e devolve em saber, mas de um convite para uma aproximação do trabalho concreto

realizado, uma mostra de que aquilo que se faz, apesar de todos os atravessamentos, também permite a passagem de linhas de afirmação da vida que há no trabalho. Um fator que pode ter facilitado a produção desta situação, foi de que o pesquisador se colocou com disponibilidade à permanência despretensiosa, no sentido de não haver algo a priori específico para ser observado, e demorada, disposto à conversa e à própria curiosidade, ato de perder tempo com algo que, pelas vias instituídas do que significa trabalhar, do que é um trabalho mostrado e provado, não se vê.

Interessante ressaltar, sobre a conversa com Bromélia, em um primeiro momento, havia ficado nítido pra mim que a intenção daquela agente era aproveitar minha presença ali para passar o trabalho burocrático pra frente, livrar-se dele. Aparentemente, estava ali sem nada pra fazer, apenas conversando com ela e com Margarida. Não ficar a toa parece ter-se apresentado um imperativo de ordem. Merhy (2002) traz a noção de que a conversa pode ser um instrumento para a produção de cuidado, da ordem das tecnologias leves. Tecnologias leves parecem não ser caracterizadas enquanto trabalho.

No momento em que Bromélia me solicita ao preenchimento da ficha SUS, fez-se o movimento do pesquisador de poder questionar sua própria identificação com as linhas de força que constituem o plano do estabelecido, que se refere ao trabalho supostamente burocrático. Esta abertura pode permitir conversas cujo conteúdo escapa da burocracia e dos modos de relações endurecidas e separadas.

Um elemento bastante marcante, que veio à memória do pesquisador de imediato nesta situação, foi a observação, em reunião de equipe, da circulação da ata de reunião. A ata é redigida por todos os trabalhadores da equipe, em esquema de revezamento. No entanto percebe-se que, o que poderia ser um organizador, algo que facilitasse o acompanhamento do trabalho, na verdade se trata de um plus de trabalho, algo maçante que requer um esforço associado ao desprazer. Se o trabalhador destinado à redação da ata em determinado dia que acontece a reunião não está presente, esta questão fica bastante nítida, pois por várias vezes foi observado que é necessário um tempo para que alguém se responsabilize por fazê-la. Um já fez na reunião anterior, outro fará na seguinte, outro precisará ir embora mais

cedo, e pega aquele que quer resolver logo a situação. Inclusive, uma das primeiras solicitações feitas ao pesquisador pelo grupo de agentes foi de que fosse destinado um dia para eu redigir a ata também, pois agora eu faria parte da equipe. Esta demanda não teve continuidade, pois Violeta coloca em outra reunião que, como eu não estava indo todos os dias à unidade, seria melhor que a ata fosse redigida pelas pessoas que estivessem lá todos os dias, pelo acompanhamento mais próximo dos casos. Neste sentido, podemos nos questionar sobre a finalidade da ata nas reuniões enquanto instrumento. Por um lado, a redação de uma ata pode servir de subsídio para o acompanhamento do cuidado, justamente como forma de cuidado. No entanto, esta fala da enfermeira aponta para o atravessamento do controle gerencial deste instrumento, algo que deva ser acompanhado de perto, tal qual o Estado que controla a saúde em várias décadas da história da saúde brasileira, como foi descrito anteriormente.

Nesta reunião em que pude começar a observar este jogo onde a ata aparecia como balizador, Girassol acabou tomando a responsabilidade de redigi-la. Escreveu exageradamente pouco, em comparação à outras atas que observei, restringindo-se à informações pontuais e resumidas, o que endossa a impressão de que esta atividade era menosprezada, e sua confecção ficava confinada na lista de mais uma obrigação.

Algumas questões que se fizeram a partir desta situação foram: afinal, para que e a quem se destina estes trabalhos que são tidos como menores, quem deve se responsabilizar por eles? O médico está atendendo, a enfermeira precisa cuidar e coordenar a unidade, a recepcionista precisa garantir a organização da agenda, a agente precisa realizar visitas domiciliares e repassar os casos em reunião, mas, no fim das contas, porque algumas dessas atividades são consideradas mais do que as outras?

Estes relatos, seus pontos e contrapontos, podem nos dar a dimensão de que existe, concomitante à desvalorização do próprio trabalho daquelas pessoas para as quais sobra o trabalho de fazer café, ou de levar as buchas na recepção, ou a de mexer com a papelada, de redigir a ata, movimentos que apontam para outro tipo de afirmação, a de que aquelas atividades que são desenvolvidas por elas merecem uma valorização diferente e podem fazer parte

de um plano coletivo de ações, um projeto comum a toda a equipe com potência para ser materializado.

## **5.2 Da sala de pré consulta à sala de acolhimento**

Meu primeiro período de permanência na sala de pré consulta durou mais ou menos duas horas e meia, e foi no período da tarde. Importante salientar que esta sala é denominada também de sala de acolhimento. De imediato, percebe-se pouco movimento, havendo inclusive longos períodos em que a sala permanece vazia ou apenas com um auxiliar. Os horários em que a sala é mais frequentada são os que antecedem o início dos atendimentos médicos, tanto no período da manhã quanto o da tarde. Os auxiliares de enfermagem são os principais responsáveis pela realização desta etapa do atendimento ao usuário. Após realizarem os procedimentos referentes à pré-consulta, que se referem à pesagem, medida, anotação da queixa, os usuários voltam à sala de espera até o médico chamá-los. Os auxiliares, por sua vez, se envolvem em outras atividades, preenchimento de fichas, realização de procedimentos na sala de curativos, e também visitas domiciliares. Este envolvimento com as visitas, como pude observar em alguns momentos em que estava na unidade, tratam-se de algumas demandas pontuais, na casa de um usuário que necessite da realização de curativo, ou da aplicação de medicamentos.

Quem realizou a primeira “pré”, como frequentemente é denominado tanto o espaço quanto os procedimentos, que observei, foi Violeta. Atendeu uma criança de colo, pesou, mediu, sempre brincando com o bebê e sorrindo. Também dá bastante atenção à mãe, perguntando sobre os demais membros da família, respondendo dúvidas. No entanto, nota-se que a temática das conversas circula preponderantemente em torno da saúde física, dos aspectos biológicos da clínica e, principalmente, da doença. Isso se evidencia a partir de perguntas sobre a cicatrização de um machucado, a sarada de uma gripe, *“e seu irmão, como que está da perna?”*.

Ainda, em outros atendimentos, tanto conduzidos pela enfermeira quanto pelos auxiliares de enfermagem, percebe-se que alguns aspectos

relacionais, sociais ou psíquicos são abordados. No entanto, há algumas considerações que se evidenciaram sobre estas abordagens. A primeira delas é que estes tais “aspectos” são tomados enquanto partes separadas da realidade do usuário, na medida em que as perguntas dirigidas pelos trabalhadores, via de regra, seguem-se em sequência: primeiro pergunta-se sobre a queixa que levou o usuário até a unidade, depois, pergunta-se sobre o problema crônico, caso haja um e se este já for de conhecimento daquele trabalhador e/ou da equipe, tais como diabetes, hipertensão, etc.

Outra possibilidade é a abordagem de problemas psíquicos e/ou sociais, desde que eles correspondam de fato a um problema previsto pela equipe, como um estado de gravidez, de drogadição, de transtornos mentais. Por fim, pergunta-se sobre outros membros da família do usuário. Em outras palavras, as questões de saúde são definidas mais por aquilo que se refere ao conhecimento da equipe do que algo que possa ser ineditamente trazido por aquele que busca por atendimento. Demanda e resposta se fecham em um curto circuito balizado pelo hábito de buscar uma unidade de saúde para curar doenças, que por sua vez acaba por se constituir na missão príncipe da equipe. Tal circuito tem como motor uma concepção de saúde centrada no biológico, mantendo a maneira instituída de fazer saúde, que não abre para outras possibilidades, outros percursos que considere e inclua mais a singularidade de cada atendimento, em uma perspectiva de humanização. “É preciso valorizar a queixa dos usuários e decodificá-las e não considerar que são queixas não condizentes para os fóruns onde estão sendo relatadas” (PEREIRA, 2008, p. 191).

Percebem-se também contrapontos, em que algumas vezes, pouco antes de o usuário sair da sala ou quando ele está voltando do consultório médico, abre-se um espaço para que o ele possa expressar outras questões, através de perguntas menos pontuais, como “*como estão as coisas no geral?*”, “*mais alguma coisa que o senhor está precisando?*”, “*como estão as coisas em casa?*”, ou mesmo um “*que mais?*”. Ainda que alguns usuários coloquem-se apenas como representantes da própria queixa, estas possibilidades de abertura mostram-se potentes para a invenção de novos parâmetros do que significa ir bem ou mal de saúde, pois de fato outros problemas são

apresentados diversas vezes, como um casamento que vai mal, um filho que não conversa mais com a mãe, casos estes que pude testemunhar.

A diferença entre a abertura de espaço para a singularidade do usuário e a alocação de sua queixa em uma resposta “do” serviço de saúde pode ser discutida à luz da concepção de vontade em Nietzsche comentada por Deleuze (1976). O autor mostra como o tema da vontade na filosofia sempre colocou a própria vontade em função de representações de poder. A vontade de potência sempre encontrou, em outros autores antes de Nietzsche, uma finalidade específica, que tinha a ver com uma imagem aparente de poder, um desejo de dominar qualquer coisa, inclusive a própria vontade. Ao contrário, a vontade em Deleuze está sempre em um estado criador, ou seja, a vontade não deseja o poder, mas sim dá o poder, atribui o valor. Não se pode tomar o valor em si como a finalidade da vontade. Aproximando esta noção das observações, podemos dizer que não se pode submeter as vontades que atravessam os trabalhadores e os usuários implicados, no atendimento em si como a resposta para a demanda do usuário. Isto deslegitima o usuário, colocando o atendimento em si, ou seja, dentro daquilo que está previsto pelo serviço, na frente das possibilidades do que poderia ser um atendimento pautado na sua demanda singular. Neste sentido, não deixa de poder ser da responsabilidade de cada trabalhador instigar esta vontade que não encontra representações, perguntar “*como estão as coisas*” e poder encarar algo que está para além do seu conhecimento e dos protocolos do serviço.

### **5.3 Da sala da equipe à sala das agentes**

Como já foi citado, há uma sala que é utilizada para as reuniões de equipe. Mais ainda, é nesta sala que o grupo de ACSs permanece a maior parte do tempo em que está dentro da unidade. Lá existe uma estante, usada para guardar papéis da unidade e também pertences das agentes, dois murais com fotos de festas, recados, panfletos e lembretes, telefones, datas de aniversário. Há também um computador onde está instalado o SIAB e alguns aplicativos de trabalho, como editor de textos, imagens e slides, e, o mais importante, sem acesso à internet.

Os únicos lugares onde a internet funciona são a sala do médico e a recepção. Pergunto primeiramente às agentes sobre a questão. Elas respondem que antes, aquele computador tinha acesso à internet, mas que começaram a abusar, sem identificar a origem do tal abuso. Violeta também confirma a mesma história. A internet nos serve de analisador para algumas questões. A primeira é o fato da disposição do acesso na recepção, um lugar suscetível a todos os olhares, e funciona como o panóptico de Foucault (2003), que garante que os movimentos não sejam privativos. Ali, onde não há portas que escondam, não há perigo de abuso, o controle está, portanto, garantido. A segunda questão é a ostentação do lugar de poder que o médico ocupa na equipe. Ele está à margem das investigações sobre o abuso da internet e seria supostamente capaz de gerir seu próprio controle. Isso nos abre ainda para uma terceira questão: é de consenso, inclusive entre as próprias agentes, que elas não são capazes de se organizarem para que abusos não ocorram, sendo que a melhor solução escolhida foi a de exclusão da internet. Neste sentido, esta terceira questão muda a perspectiva das outras duas. Quem atribui e nomeia a questão do abuso, são as ACS, ou seja, não é o médico que funda esta divisão. Não observei o médico navegando em sites que não dissessem respeito ao seu trabalho, abusando de seu privilégio, por exemplo. São as agentes que consideram isto um privilégio. Mais ainda, não há vários médicos na equipe, mas um só. Sendo assim, o uso exclusivo de um computador poderia justificar-se apenas pelo fato de ser um médico exclusivo na equipe.

O mesmo acontece com o ar condicionado. As ACS regozizam-se do fato de possuírem, na sala “delas”, um ar condicionado, mais pelo fato de que a sala da outra equipe não possui do que pelo conforto que o aparelho pode trazer.

Enquanto instrumentos do processo de trabalho, computador e ar condicionado, acabam constituindo-se em dispositivos de poder, em que a finalidade se conforma na própria divisão de poderes. É a vontade de abusar, a vontade de ter vantagem, não a melhor maneira de organizar os atendimentos, pesquisar sobre questões de saúde, no caso do computador, ou melhorar o ambiente físico de trabalho, no caso do ar. Neste sentido, o grupo de agentes demonstra que a lida com a equipe não se abre para relações de solidariedade,

se organizando em função, mais uma vez, de quem pode mais e quem pode menos.

Estas disposições tratam-se, portanto, das atribuições de controle, de poder. Não se trata da detenção de poder, mas da sua atribuição. Esta questão que diz também sobre a divisão social e técnica do trabalho.

No entanto, estas divisões não se restringem apenas em relação às diferentes categorias. Algo que foi notado de antemão, foi que cada agente possui seu lugar fixo à mesa. Uma das primeiras frases que escutei de uma das ACS, quando estava dentro desta sala, foi: *“você está sentado no lugar de fulana”*. Elas explicam que cada uma ali tinha seu lugar, e que *“dava briga”* se uma ocupasse o lugar da outra. Tudo tem seu dono, e o roubo não é permitido. As separações evidenciam mais ainda um para a reprodução técnica e social do trabalho, adentrando uma esfera de fixação e até competição.

Pergunto sobre o motivo pelo qual elas decidiram dividir e fixar os lugares. Uma das agentes me responde *“a gente foi sentando desse jeito e acabou ficando assim”*. Outra replica: *“nada disso, na verdade, é que aqui é todo mundo doido, porque isso não tem importância nenhuma”*. Respondo que realmente parecia, concordando com a segunda. Contrapostos entre naturalização e estranhamento. Podendo tratar-se aqui de uma possível raspagem da superfície rígida destas divisões, escapada da rigidez insituída dos lugares. No entanto, esta ruptura não encontra sua possibilidade plena de se realizar, pois acaba se colmatando. Esta situação trata sobre uma questão aparentemente simples e pequena, mas que, apesar do tom mais uma vez bem humorado que entorna, por muitas é levada a sério, na medida em que foi observado que os lugares sempre são habitados da mesma maneira. Vale ressaltar que esse bom humor apresentado, não coaduna um movimento de humanização, na medida em que mais serve para suportar um cotidiano que não comporta a criatividade, do que é fruto de um trabalho permeado por linhas que produzem alegria.

Não se trata aqui de apontar este hábito em si, como gerador de um suposto problema, mas de afirmar que talvez, debruçar-se sobre algo *“sem importância nenhuma”* caracteriza subjetivamente a posição que este grupo em específico ocupa na equipe. Aquele que desempenha uma função menos importante, faz coisas desimportantes, diferente de outros membros da equipe

que se ocupam com as coisas que são sérias. Certo momento antes de uma reunião, esta divisão foi retomada, pois Violeta teria se sentado no lugar de uma das agentes: *“olha, o lugar da fulana”*, foi dito por uma delas, como que para lembrar a normativa, o tabu. Os olhares de Violeta e de Lírio parecem condescendentes, quando esta questão é colocada diante deles. Riem de boca fechada, balançando a cabeça de um lado pro outro, como um adulto ri de uma criança que sabe pouco do que está fazendo. Interessante notar que quem ri são os dois trabalhadores de nível superior, sendo atravessados aqui por sua atribuição de poder historicamente constituída de mais saber (FOUCAULT, 2003).

Não só os lugares são fixos, mas a própria sala parece fixar outro tipo de hábito do grupo de agentes. Em um dos dias que cheguei à unidade, no período da manhã, a sala estava sendo faxinada. As ACSs permaneciam do lado de fora, algumas sentadas nos bancos de espera, outras apoiadas no balcão da recepção. Orquídea me olhou, vendo a situação, e disse *“você viu? A gente fica aqui que nem barata tonta quando não tem nosso lugar, a gente fica perdida”*. Hortência complementa, dizendo *“a gente fica sentada aqui e o povo vai achar que não estamos fazendo nada”*. Aquele espaço, além de ser o lugar onde as agentes trabalham, preenchendo fichas e pastas das famílias e dos usuários, também possui uma função de abrigo para elas.

Como um totem, posta-se em cima do computador uma formiga de pelúcia, de cor amarela, logotipo de uma marca de produtos religiosos, que é uma espécie de mascote da equipe. Pergunto sobre a formiga, e Hortência responde: *“um estagiário deu isso pra gente, porque nós somos a equipe formigão. A gente trabalha, trabalha, sofre, mas não desiste nunca. O que a gente faz aqui é trabalho de formiguinha”*. A formiga é uma figura que representaria toda a equipe. No entanto, o grupo de agentes parece ter uma identificação sensivelmente maior com o brinquedo.

Violeta, em outro momento, comenta sobre a formiga, com sorriso sem muita empolgação: *“é uma idéia que motiva a gente”*. Ela não parecia estar falando de algo que legitimamente a motivava. Quando me disse isso, conversávamos na cozinha sobre a situação complicada e delicada do emprego das agentes, e o tanto que isso era por vezes gerador de frustrações e de sofrimento. Esta frase, *“trabalho de formiguinha”*, no campo do visível,

aponta para o caráter de trabalho motivado e do esforço bem empregado. No entanto, mais importante ainda, tenta ressucitar a promessa de um resultado que ainda não se viu, um reconhecimento do trabalho realizado que um dia há de se materializar. Ou seja, a figura da formiga, com sua cor viva, também mostra seu caráter de mortificação, de mito religioso que camufla o sofrimento atual e concreto, prometendo um futuro melhor. Ainda, a enfermeira-chefe-guardiã funciona como a sacerdotiza que atualiza, com sorriso tão amarelo quanto o da formiga, essa promessa diária. “*Nós temos ar condicionado, Jesus é muito bom*”, “*Nós temos nosso salário, mesmo que pequeno, olha como Jesus é bom*”, repete quase todos os dias uma das agentes. Vale advertir aqui que não se trata absolutamente de desqualificar ou desvalorizar qualquer crença religiosa, mas de como isso opera nestes contextos específicos desta equipe, a partir da necessidade identificada de se esforçar diariamente para que o trabalho seja valorizado, através de algo que transcende o próprio trabalho. Sintoma de um cotidiano apático e pouco “motivado”. Tipo de situação que apaga, colmata os esforços coletivos da equipe.

Pereira (2001) coloca que no trabalho comumente encoberto, marginalizado, predominam as tecnologias leves, trabalho vivo, sendo aquele em que se permite a produção do prazer e o amadurecimento no trabalho, pois os processos subjetivos do trabalhador na lida com outras subjetividades estão ali implicados. No entanto, quando estes processos se barram nos limites das linhas rígidas da instituição, de segregação, pode gerar a sensação de que este tipo de trabalho, por não ser reconhecido, visível, gera desmotivação. Ser visível é ser exterior, é estar no campo do olhar do outro. No entanto, a dificuldade de lidar com os imprevistos, com o sentimento de impotência, com o sofrimento, coloca a necessidade de escamotear tais aspectos da vida humana. Fazer valer as tecnologias leves enquanto ferramentas legítimas do processo de trabalho, colocá-las no campo do reconhecimento, implica em trazer a tona a própria subjetividade e suas incompletudes. Esta subjetividade, que, para a autora, é justamente aquilo que se transforma no processo de trabalho, ou seja, a matéria prima própria da assistência à saúde.

A partir disto, a formiguinha pode passar daquela que sofre, desmotivada, para aquela que pode contribuir, através da sua implicação objetiva e subjetiva.

#### **5.4 O “caso” da efetivação**

Este ano, houve um movimento político para a efetivação das ACS na prefeitura de Ribeirão Preto. Este movimento insere-se em um contexto político maior, pela desprecarização do trabalho no SUS. Intitulado DesprecarizaSUS, tratou-se de uma estratégia do governo federal, intermediado pelo entendimento do Conselho Nacional de Secretários da Saúde (CONASS), do Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMS) e do Ministério da Saúde (MS) sobre o tema da precarização, que se debruça sobre as questões relacionadas aos vínculos de trabalho no SUS que não garantem os direitos trabalhistas e previdenciários consagrados em lei, seja por meio de concurso público, seja por meio de processo seletivo, no qual enquadra-se o tipo de contrato das ACS desta unidade. Nesta estratégia, é preconizado a criação e a estimulação de espaços para reivindicações e para o debate com vistas ao combate à precarização no trabalho, identificado como importante obstáculo para o desenvolvimento do sistema público de saúde (BRASIL, 2006).

O conjunto de Agentes Comunitárias, tanto de Unidades Básicas de Saúde (UBS) quanto as de ESF, organizou-se para que este movimento fosse concretizado e, após uma grande expectativa, foi aprovada a emenda que viabilizou a efetivação. No entanto, a lei que saiu especificava que as ACS a serem efetivadas seriam aquelas que tivessem começado a trabalhar antes do ano de 2007. Este detalhe excluiu do processo de efetivação por volta de sessenta ACSs, que começaram a trabalhar nesta data ou após, como foi o caso de todas as agentes das duas equipes da unidade, inclusive porque a unidade foi inaugurada justamente em 2007. No entanto, o processo seletivo que elas fizeram se deu no ano de 2005, o que foi, para elas, um argumento a mais, que incentivou as tentativas para a conquista da efetivação.

O contexto da efetivação, mais do que certo incremento da segurança de manutenção do trabalho, ainda trás uma grande diferença de salário e de benefícios, que se traduzem em quase o triplo do valor pago atualmente. Este fato, embora pudesse servir de causa comum para uma organização tivesse por finalidade a igualdade de salário, de benefícios e de segurança, acaba por aumentar ainda mais o hiato que se produziu entre aquelas que conseguiram e

as que não conseguiram. Outro agravante relatado por elas é que, no processo desta conquista, elas próprias, que não foram contempladas pela lei, foram as que mais trabalharam pela causa. Contam que carregaram boa parte das atividades burocráticas, deslocamentos para as reuniões, organização de documentos, etc.

Algo a ser destacado é que, no decorrer de algumas vivências, ficou evidenciado que a mesma agente comunitária que me abordou no momento anterior à reunião de equipe para apresentação do projeto, com ares de desconfiança, aparece como uma figura de liderança do conjunto de agentes comunitárias neste contexto. Ela que sempre estava tomando a frente dos encontros com advogados, promotores públicos, vereadores e outros políticos, contatos com a prefeitura, enfim, todas medidas relacionadas à este processo. Inclusive, tive a oportunidade de vê-la com as normas da CLT nas mãos, tirando dúvidas das demais agentes no que tange alguns direitos que elas poderiam ter, mesmo sem a efetivação. Pode-se pensar, a partir disto, a desconfiança observada nos momentos iniciais também enquanto um movimento de proteção desta agente para a equipe, ante algo desconhecido, algo que poderia ameaçar negativamente, considerando o contexto dos constantes abalos sofridos a partir de decisões externas.

Em uma das reuniões de equipe que participei, Violeta dá o informe de que havia participado de uma reunião com Azaléia, coordenadora das unidades, para tratar de algumas questões que circundam a efetivação das ACS. Não se tratava da efetivação propriamente dita, mas da possibilidade de as agentes também usufruírem de algumas vantagens que eram reservadas apenas aos trabalhadores efetivados, como o “horário de banco”, por exemplo, que se trata de um dia no mês em que o trabalhador fica dispensado da unidade, a princípio para ir ao banco. Em um momento anterior, o grupo de agentes fez uma solicitação para que se discutisse sobre esta questão. Violeta informa que não haveria maneira de que isso se concretizasse, pois Azaléia havia sido clara em colocar que se tratava de uma ordem da SMS. Caso encerrado. A gerência aparece, no processo de trabalho, como quem define. Neste sentido, fomenta a desresponsabilização dos outros trabalhadores, em forma de cascata, pois quem obedece à ordem de cima, não tem responsabilidade sobre as ações de transformação. Neste caso, toda a energia

que os ACS podem ter para a conquista da efetivação adquire o contorno de uma das torrentes da cascata, e se anestesia, produzindo a descrença. Mas descrença em que? No que vem de cima. E o que vem de cima, se fecha no que vem de cima disto, e não se acha o limite, não se encontra o que está mais em cima de todos para salvá-los da injustiça.

Embora Violeta sempre se coloque como estando ao lado das agentes, sempre a favor e defendendo a causa da efetivação, percebe-se que as possibilidades de concretização de algo que de fato favoreça a situação das ACS fica comprometida pela escada hierárquica. De fato, parece se tratar de uma escada, com degraus altos e pouco comunicáveis, representada sequência SMS - coordenadora - enfermeira chefe – ACS. Importante ressaltar, para reforçar esta metáfora, que as próprias agentes não participaram desta reunião. Violeta diz, em um determinado momento, para se colocar diante da resposta negativa, *“eu falei, insisti com ela que eu não concordava, mas são ordens da secretaria”*. *“Ordens da secretaria”* foi uma sentença bastante marcante para o pesquisador, pois se pode transpor para situações cotidianas bastante comuns, que não exigem grandes esforços da memória, em que o funcionário qualquer, subalterno, encerra o diálogo dizendo estar apenas cumprindo ordens. Cenas que, em resumo, sugerem certa desimplicação e desresponsabilização, pois, apesar de haver um movimento de sempre estar ao lado das agentes, ele ocorre concomitantemente a um processo de naturalização da hierarquia instituída, não se questiona a ordem, e com isso, as ações, em um primeiro momento, parecem apontar para mudanças, mas acabam sendo pautadas na manutenção do que está.

Percebe-se que o grupo entra diversas vezes mais na manutenção destes elementos instituídos do que na produção de novos devires. Geram-se separações e mal-estares. Será verificado que a situação das agentes atravessa vários momentos do trabalho de toda a equipe. Toda a potência que poderia haver de articulação, mobilização e luta por direitos, é constantemente engolida pelo de desânimo e descrença.

Estes, desânimo e descrença, apareceram com bastante evidência em uma reunião que fui convidado a participar, juntamente ao grupo de agentes, desta vez contando com as duas equipes da unidade, mais as agentes das outras duas unidades de saúde sob a mesma coordenação. Todas elas na

mesma situação contratual. O motivo da reunião era discutir a possibilidade de abrirem um processo por danos morais, já que a expectativa de efetivação, motivo pelo qual elas entraram na luta pela causa, não havia se concretizado. A outra possibilidade era insistir no pedido pela efetivação propriamente dita.

No entanto, nada a favor, esta é a dimensão desta situação. Contam que a fala do presidente do sindicato é bem clara: *“Ribeirão Preto não tem vontade política, só funciona na base da pressão. Além disso, a lei não está a favor de vocês”*. Sugere que fizessem movimentações conjuntas, ocupações, como meio de *“fazer pressão”*. A pressão que se impõe sobre elas é maior e se sobrepõe à capacidade de articulação. O advogado que trabalhou no caso, por todas as agentes, inclusive sendo tido como um pivô desta conquista *“parcial”*, também não se constitui para o grupo enquanto um apoiador.

*“Muita gente já falou na nossa cabeça, não adianta nada”*, profere uma das agentes. Produz-se ali, pela maioria, a certeza de que a decisão definitivamente não estava nas mãos delas. *“O advogado que tem que ver isso, senão, só se aquele juiz maluco tiver dó da gente”*. O advogado não dá conta, o juiz é maluco, e o presidente do sindicato desanima. Quanto a elas? Dividem-se. Umam preferem o processo por danos morais, outras insistem na efetivação, e outra parte prefere *“mandar tudo pros quintos e esperar o próximo concurso”*, conforme dito por outra agente. De fato haverá um concurso para agentes em breve, e por diversas vezes eu testemunhei várias delas carregando materiais de estudo pra todos os lados. Este concurso carrega tanto uma expectativa de se fixar no trabalho e ganhar mais, como uma ameaça de *“pé na rua”*, pois elas não sabiam ao certo o que aconteceria com elas se não fossem aprovadas.

Além disso, o grupo coloca diversas vezes que estavam se sentindo *“usadas e descartadas”*. No contexto da contratação, antes do processo de efetivação, elas contam que as equipes que foram chamadas para o trabalho só o foram pois existia uma verba pública destinada para isso e que seria perdida, e era de interesse grande político não perdê-la. Depois, no próprio processo de efetivação, tiveram um papel bastante ativo, buscando informações, marcando reuniões, etc. Neste sentido, usadas pelos políticos, descartadas pelos colegas, articuladores e apoiadores. Coisificadas, processo de reificação do trabalhador.

Sempre na iminência de um fim repentino, com o processo parado, elas vão permanecendo, sem perspectivas positivas, sem investimento.

As condições de trabalho não apenas contextualizam o processo de trabalho, como o atravessam. O tema da humanização perpassa pelas condições de trabalho, na medida em que trata da inseparabilidade entre a assistência e a gestão. Enquanto política pública, a PNH recoloca a importância da autonomia e do protagonismo dos trabalhadores em cena, sendo que as bases de sustentação de sua potência emancipatória está também na inseparabilidade entre o processo de produção de saúde e o processo de produção de subjetividades. Dentro de seu campo de autonomia e protagonismo, os sujeitos/trabalhadores podem se direcionar para a reprodução dos devires passivos, no qual, no contexto destas análises, estão imergidas as agentes comunitárias, ou então engajarem-se no plano da invenção e criação de modos de operar o trabalho, tanto no sentido do cuidado, quanto no da luta por melhores condições de trabalho. Atenção, gestão e subjetividade se constituem como um enodamento indissociável que produz as realidades do campo da saúde. Constituem-se em um plano de imanência, ou seja, não necessitam de nenhuma transcendência, nenhum “para além”, nenhuma imagem de autoridade ou divindade para autenticar as suas produções. (BENEVIDES, PASSOS, 2005b). Neste sentido, portanto, esta situação de trabalho das ACS não deve ser tomada enquanto algo que depende de uma decisão totalmente externa, pois a “decisão” pela passividade, melhor, a reprodução das linhas rígidas da passividade, também já estavam sendo tomadas ali.

Momento de reconhecimento atento, aqui. Quando contada, a história toma ares de transcendência do poder. Nas falas, aparecem a dependência do juiz, que decide independentemente da força do grupo, o advogado que fica, de longe, tentando resolver o que já teve a promessa de “*sem saída*”. Até quem está perto, como a enfermeira e a coordenadora, não estão tão pertos, na medida em que participam de reuniões, nas quais também acabam por estabelecer uma relação de submissão e impotência diante das “*ordens da secretaria*”, e por fim apenas repassam as informações. Da mesma maneira, supomos que falta de “*vontade política*” não se apresenta apenas em “*Ribeirão Preto*”, como colocado anteriormente, mas em todos estes atores, os que falam

e os que são falados. Reproduções do que se impõe enquanto reconstituição do Estado-nação, cuja função é reger e disciplinar, criando, em via de mão dupla, sujeitos distantes da sua responsabilidade, da sua decisão (BENEVIDES; PASSOS, 2005b).

É da percepção de outros trabalhadores da equipe que este grupo de agentes “*não está tão empregado*”, ou “*antes você via elas o tempo todo na rua, não aqui dentro*”, excertos recolhidos durante a estada em campo. A fala das agentes também vai à mesma direção, mas sempre acompanhadas de falas, que têm como classificada representante, sentença “*mesmo assim a gente faz o trabalho com muito amor*”, e trabalham de modo que “*sempre estamos bem humoradas*”, resposta a um apontamento que fiz durante uma das visitas domiciliares: “*mas vocês estão sempre rindo!?*”. Não seria juntamente um dos desdobramentos desta configuração de poderes que prima pela soberania da norma, a produção de um trabalhador dócil (FOUCAULT, 1990), cuja aparente alegria está absolutamente descolada de um trabalho radicalmente humanizado?

Atualização das linhas da desresponsabilização, em um território onde estar ao lado ou junto não se traduz em apoio e as decisões estão nas mãos de um pai distante.

### **5.5 Casos de família - interfaces entre a rua e a unidade**

As visitas domiciliares são realizadas pelas ACSs apenas no período da manhã. Elas possuem uma cota mensal de visitas, e, via de regra, ela é cumprida. No entanto, algo a ser destacado é que mesmo não encontrando os moradores, a visita é contada. Como se trata de uma área onde uma grande parte dos moradores trabalha ou estuda, muitas das famílias não são efetivamente visitadas. Houve dias em que de quinze casas visitadas, em apenas quatro os residentes estavam presentes. Nas que ninguém é encontrado, um bilhete é deixado à porta, referendando a visita. Vamos pousar sobre algumas visitas realizadas.

Muitas vezes, as agentes saem “*em bando*”, como elas mesmas definem, e se separam no meio do caminho. É um momento descontraído, vão

rindo, brincando, apanhando frutas, cumprimentando os usuários na rua. Numa dessas idas em bando, fomos eu, Bromélia, Orquídea. Acompanho Bromélia na caminhada. Ela toca uma campainha e, após algum tempo, diz “*é, ela não está aí mesmo. Ainda bem viu.*” Me explicando o contexto de sua fala, ela conta que quando o médico está de férias, como de fato, neste momento, ele havia tirado alguns dias de recesso, ela não tinha a oportunidade de passar o caso para ele. Sendo assim, ela não pode dar os devidos encaminhamentos para o caso, supondo que a sua resolução estivesse à cargo do médico. “*Voce pensa o quê? A população não me quer, não, eles querem o doutor Lírio*”. Conta que a maioria das pessoas apenas perguntam de exames, datas e horários de consulta e “*quando que ele (médico) volta?*”. Pude presenciar alguns destes exemplos. Faz-se um coro de vozes cantando a mesma canção, que conta o mito do médico coroado príncipe do serviço de saúde.

A fala de Bromélia incrementa o ideário de que o trabalho da agente tem pouco valor, não faz diferença, senão diante de uma figura que possa referendá-lo. Fazer diferença não tem aqui apenas o sentido de trazer solução para aquilo que o usuário “*quer*”, mas se trata da produção da diferença nas singularizações dentro de um trabalho de equipe (FORTUNA, 2003), que pode quebrar o devir linha de produção do processo saúde/doença, na qual médico é médico, agente é agente, e todos em nome da homogeneidade que a hierarquia naturalizada impõe. Toda a potência do trabalho singular da agente, mais ainda, da singularidade que se constitui no encontro com o usuário, absorve-se no devir igual, no “dever ser”.

Para Fortuna, (2003, p.12), “Equipe é mistura que não se funde e deixa viver, ao lado e simples, nem *sobre* nem *sob*, apenas *com*. No entre trabalhadores/trabalhadores, trabalhadores/usuários se faz a criação do trabalho em equipe na saúde”. População quer o médico, médico quer informação para resolver o que a população pede, agente passa a informação: mais uma vez o curto circuito entre demanda e resposta sintomática, que nega o vir a ser, da ordem da diferença e da singularidade, se territorializando em relações de sobre e sub. Desta maneira, produz-se um sentido de reificação do trabalhador-agente, que serve de ferramenta morta para o funcionamento instituído, fragmentado, sub-médico, do cuidado.

Em outra visita domiciliar que participei, acompanhei Jasmim. No caminho, ela me conta que os casos que ela acompanhava não eram complicados, na maioria deles, eram bastante tranquilos. Percebi que ela já tinha, para cada família, um modo diferente de abordagem. Na casa de quem atendia da janela e raramente abria o portão, ela já permanecia do lado de fora. Da mesma maneira, entra e se acomoda na casa de pessoas com as quais parece ter mais intimidade sem muitos rodeios. Como exemplo, em uma das visitas que fizemos, uma garota que tinha dado luz a gêmeos há pouco tempo, nos atendeu à porta. Ela já vinha do histórico de algumas gravidezes que não chegaram até o fim, e os filhos se encontravam hospitalizados. Jasmim aborda este assunto. Pergunta se ela estava feliz com a gravidez, se queria ter mais filhos. Diante da resposta negativa, ela orienta sobre uso de preservativos e pílulas anticoncepcionais. Jasmim parecia ter bastante intimidade com aquela moça, e este parece ter sido o motivo pelo qual foi possível aquela conversa, que envolvia temas delicados, sofrimento da mãe por ter os filhos hospitalizados, o medo de eles morrerem, o medo de virem outros filhos. Esta conversa, enquanto instrumento de cuidado no processo, pode ser tomada em duas interpretações. Por um lado, a abordagem maneira simples e leve de um tema sofrido e complexo, pode estar sendo estabelecido como recurso com bastante potência de abertura para a produção do cuidado, pois pode tratar da construção de uma escuta acolhedora a este sofrimento, na medida em que não preso a orientações previamente estabelecidas.

No entanto, esta mesma intimidade, quando faltante, parece naturalizar o estado da relação estabelecida entre a agente e outros usuários. Para aqueles que não convidam para entrar, que possuem um histórico de pouca receptividade, ou que não tem proximidade, o diálogo basicamente é consistido de perguntas pontuais sobre temas já previstos para serem avaliados em uma visita, como informações sobre agravos de algum morador da casa, como diabetes e hipertensão, câncer, dúvidas quanto à possibilidade de consulta e resultados de exames, verificação de vacinas. Neste sentido, uma outra interpretação possível é de que a intimidade demonstrada por esta agente no caso anterior também dê vazão mais para a curiosidade pessoal que para a produção do cuidado. Por outro lado, ainda, a agente pode estar demonstrando

respeito ao limite colocado pelo usuário, não invadindo o espaço que este não quer que seja invadido.

Em uma visita a uma outra casa, havia um rapaz lavando a calçada. Jasmim pergunta se estava de férias e ele responde que estava desempregado. “*Mas e a saúde, como está?*”. Seguido por “*vai bem, tá tudo certo*”, “*e as vacinas?*”, “*tudo em dia*”, aquela visita encerrou-se ali. O tipo de abordagem descrito neste momento, revela que a finalidade da visita estava atravessada muito mais por um devir fiscalizatório e avaliativo de uma saúde voltada aos protocolos da atenção básica do que para uma concreta aproximação da realidade daquele usuário, no caso, o desemprego anunciado. De certo modo, ainda, esta grande ênfase que se dá aos questionamentos sobre a vacina, reproduz as linhas de força que estavam presentes no momento histórico da Revolta da Vacina, evidenciando o sistema de policiamento no qual a medicina social encontrava-se emoldurada (BAPTISTA, 2005). Este afastamento da realidade colmata as possibilidades de criação de vínculo, requisito essencial para o acompanhamento do usuário na perspectiva da inclusão da sua condição social e da sua subjetividade.

Da mesma maneira, não há possibilidade de criação de vínculos, e nem de outra intervenção qualquer, com os usuários que não são encontrados. A normativa de só se realizarem as visitas no período da manhã compromete a cobertura efetiva da área, cronificando uma situação que encontra na contagem numérica das visitas, seu respaldo.

Para concluir algo sobre estes tipos de abordagem, podemos dizer que as situações apresentadas estão habitadas tanto de forças fragmentárias, instituídas, fiscalizatórias, quanto de outras linhas que abrem para o cuidado, o respeito à subjetividade do usuário que coloca o limite da aproximação, usando da conversa leve como produtora de cuidado.

Continuando nossa caminhada, fomos realizar uma visita, que na realidade foi o motivo pelo qual Jasmim me convidou para acompanhá-la, pois tratava-se de um caso diagnosticado como depressão. Tratava-se de uma usuária, Rosana, que tinha tido câncer na clavícula, com metástase, e precisou retirar este osso com cirurgia. “*Estou te trazendo aqui porque ela gosta de conversar*”. A conversa fica como ferramenta morta, etapa do processo, algo

que cabe ao especialista em escutar, reproduzindo a fragmentação dos saberes e do cuidado.

A agente, de início, segue com as perguntas protocolares, do receituário de uma visita domiciliar. Parece receitado para uma visita aquelas questões. As perguntas obtiveram respostas positivas da usuária. Passado certo tempo, pergunto como ela estava emocionalmente, com todas as vicissitudes que a tinham acometido. Na realidade esta pergunta fez aparecer de cara, algo daquilo pelo qual estava se intitulando como depressão. Ela responde que estava melhor, que no começo, a lida com notícia do câncer não havia sido fácil. *“Eu tomava sertralina, até, mas agora melhorei”*. Um pequeno tempo de silêncio, seguido por *“mas na verdade, mesmo, o que está mais me incomodando é a obesidade”*.

Fora do esperado. Fora da vacina e da depressão, dogmas da visita até então, ela começa a nos contar o quanto era difícil não se sentir atraente. No entanto, o espaço “entre” usuária, agente, pesquisador, mais uma vez foi atravessado por receitas, literalmente. A conversa se direcionou para receitas de emagrecimento, pautados em conhecimentos da ciência da nutrição. Rosana participou da conversa, demonstrando certo desânimo, pois disse que tinha algumas dificuldades para seguir uma dieta. Perguntamos a ela *“mas o que exatamente te incomoda na obesidade?”*. Ela responde que se tratava da imagem, mesmo. Conversamos de outras questões a partir daí, passando pelos imperativos da boa estética, exigências de corpo perfeito incrementadas pelas propagandas televisivas, suposições de abandono da companheira, medos. A demanda, a busca de Regina, não era exatamente por um receituário de “como emagrecer”, mas se referia à lida com a questão da obesidade, da sexualidade, do fato de se sentir bem ou mal saindo de casa, ao se expor aos olhares das outras pessoas. Neste sentido, a abordagem que fizemos, ampliando o olhar que transborda a ciência das receitas, abriu novamente a perspectiva da inclusão da subjetividade, linha de abertura na qual a humanização encontra uma de suas dimensões.

Abertura é abertura para o encontro, na concretude da vida, que necessita considerar as múltiplas realidades coexistentes, na perspectiva que a linha dura da ciência, incluindo seus benefícios para a melhoria da vida dos usuários, possam se colocam lado a lado com as linhas que se abrem para o

acaso, para o novo, para a subjetividade que não se aloca nas representações científicas. Regina pode falar dela e isso tem potência para produção da vida, mais ainda, tem potência transformadora, que desloca o eixo do serviço de saúde como representante fiscal da evitação das doenças e pastor da boa saúde. A visita à Regina mostra que não sabemos o que traz o usuário antes do encontro, mas sem dúvidas pode ser mais que a mortificação que os ideais impõem. O fato de estar obesa, ao se encontrar com a receita de emagrecimento, causa um curto circuito, um fechamento em torno de um imperativo. “Sim, é errado ser obesa”. Reprodução das propagandas de alimentos de baixas calorias e de cintas que disfarçam a imagem da gordura. Não se quer apenas Becel com cereais na mesa do café da manhã, a vontade é de vida.

Outra visita que relatarei teve seu contexto em uma das primeiras idas à unidade. Em reunião de equipe, durante a passagem de casos, foi feito um pedido pela ACS que estava passando e também pela Violeta para que eu as acompanhasse na próxima visita que fossem fazer à uma família específica. A solicitação foi feita dentro de uma expectativa de auxílio, considerando principalmente o fato de eu ser psicólogo. Após o relato do caso, Violeta disse que naquele eu talvez pudesse ajudar, já que continha vários complicadores muito marcados pela dimensão do que se considerava psicológico. Isto pode apontar para a necessidade da ampliação de recursos do processo de trabalho, como por exemplo, o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que pode contar com trabalhadores de áreas específicas como a psicologia, para o preparo dos trabalhadores da equipe das ESF.

Havia uma mulher, Maria, que morava com seu filho, o qual havia tido câncer em um dos olhos e possuía uma prótese. Quando o filho adoeceu, o marido, pai do garoto abandonou a família e ela iniciou um relacionamento com outro homem, usuário de drogas e morador de uma favela próxima ao bairro. A partir desse acontecimento, o ex-marido e os irmãos de Maria iniciam uma série de ameaças a ela e ao filho, pois nenhum deles aceitava a situação de ela estar se relacionando com outro homem. Faziam constantes idas à casa onde mãe e filho moravam, jogavam pedras por cima dos muros, invadiam o espaço quando eles não estavam presentes, quebravam seus pertences, sempre com a promessa de matá-la. Em uma das visitas da ACS responsável,

Maria conta que ia comprar uma arma pra se defender e que na próxima invasão iria matar o marido, informação que causou a equipe de diversas maneiras.

O relato deste caso foi permeado de muitas especulações e diversas opiniões, muito marcadas por juízos de valor, dentre os trabalhadores. Uma parte considerava que a maior responsável pela situação era a própria Maria, na medida em que era conhecida por ser uma pessoa extremamente provocativa, “louca”, e que o próprio fato de ela estar se relacionando com um homem usuário de drogas e morador de favela já a denunciava como alguém que percorria caminhos errados do ponto de vista moral. Produzem, a partir disso, a conclusão de que ela poderia até estar no papel de vítima, mas que na verdade, também tinha sua parcela de culpa na situação. O anúncio da compra da arma também subsidia estas discussões: *“Você vê como ela é, agita tudo, provoca todo mundo, conta pra todo mundo que vai comprar uma arma, diz que vai fazer isso e aquilo, só pra aparecer, é a personalidade dela”*. Em outra fala: *“mas isso é grave, até o policial disse pra ela não avisar todo mundo, pra ela não se complicar na justiça se alguma coisa mais grave acontecer”*.

Uma das agentes, Jasmim, conhecia Maria pessoalmente. Conta que elas entraram em conflito uma vez e que não se falavam a partir de então. Jasmim conta questionou Maria sobre a situação, *“disse umas verdades pra ela, ela não gostou e não fala mais comigo. A gente quer ajudar a pessoa porque está vendo que ela está errada e acontecem essas coisas”*.

Em um determinado momento, falo pra Violeta que não estava compreendendo qual era exatamente a questão. Pergunto, ao final das contas, o que a equipe estava considerando como sendo o problema. A resposta primeira foi de que o problema estava circunscrito à questão da violência, era um caso de violência. No entanto, a fala geral era a de que não havia muito a ser feito, era uma pessoa *“teimosa”*, que não aceita as verdades e continuaria provocando a todos. Focou-se muito na pessoa de Maria, que por ter este perfil, colocava o caso em uma circulação de opiniões vagas, por vezes em tom de fofocas, que tinham em comum, todas elas, o mesmo argumento final: não há muito o que fazer.

Tulipa coloca: *“então, além de tudo, eu acho que a gente não tem muito como mexer nessas coisas de polícia, e tudo mais. Não compete à gente”*.

Como Maria, também faço, neste momento, uma “provocação”, perguntando, *“mas será mesmo que não compete à gente, enquanto equipe?”*. Sem responder, ela olha para Violeta, com uma feição que sugeria estar pedindo auxílio na resposta. Violeta, em meio a várias outras pessoas falando ao mesmo tempo sobre a competir ou não à equipe, concorda com Tulipa, dizendo que de fato casos de polícia não eram da responsabilidade da equipe. Mais uma vez, este movimento pode tanto dizer de uma proteção da equipe, enquanto grupo, como também de desimplicação, desresponsabilização sobre um caso complexo que era atendido pela equipe, delegando a responsabilidade, a competência para a resolução do caso para outra instância pública, a polícia. Não que não tivesse havido, em todas as falas de julgo moral sobre os hábitos e a personalidade de Maria, visivelmente traços de policiamento, e um policiamento arcaico, não como uma maneira de inclusão social, pelo contrário, pois algo que era diferente, fora do esperado, fora da lei, deveria pois ser marginalizado, não tinha jeito, era intratável. Mas quem sabe se um psicólogo fosse ajudar, talvez ele pudesse entender, ou cercar? Também uma forma de passar o problema pra frente, bastante parecido com os processos que envolvem a ata de reunião da equipe.

Cabe aqui uma memória do pesquisador sobre um caso relatado em uma das reuniões. Tratava-se de uma usuária grávida cujo filho iria nascer com hidrocefalia, acusado pelo Ultrassom. Houve falas bastante negativas sobre as possibilidades de existência da família, da lida com o filho que estava vindo, apesar da advertência da enfermeira de que o problema de saúde tinha tratamento. *“Ah, eu não daria conta, imagina”, “Nossa, fico com muita pena desta mãe” “Mas você não acha que ela está tranquila demais?”*. De certa maneira, enuncia-se também aqui a diferença, a singularidade que uma situação especial de saúde impõe, e a proscricção mortífera que isto toma. O diferente, mais uma vez, não tem explicação, se aloca em representações de morte. O fato de a mãe estar tranquila também é proibido, pois a situação precisa ser sofrida. Não há possibilidades de o diferente ser bem aceito.

Voltemos ao caso de Maria. Até determinado momento, Rosa, que era de fato a agente responsável pela área à qual aquela família pertencia, não tinha se manifestado. Ela coloca que ela havia conseguido criar um vínculo de amizade com Maria. Relata que Maria de fato não gostava nem de Jasmim e

nem de Violeta, pois as duas questionavam a história de Maria, no sentido de especular se era verdade ou não tudo aquilo que ela contava para a equipe. Neste sentido, atualiza-se um serviço de saúde que políca e julga, que quer saber da verdade, excluindo a multiplicidade de sentidos por meio de um esquema binário, verdade ou mentira. A psicanálise lacaniana (LACAN, 1958) contribui com uma concepção que nos interessa aqui, sobre a mentira. Quando alguém mente, é justamente esta a verdade, que ela está mentindo, pois para o inconsciente na noção psicanalítica não mente em nada, há ali somente afirmação, mesmo que pela negativa. Se mente, é porque é importante mentir, há na mentira uma função. Neste sentido, a veracidade do se encontra no aspecto factual, o que demanda cuidado dentro deste caso seriam os motivos de sofrimento que produzem as distorções dos fatos. No entanto, o que ocorre é a especulação sobre a autenticidade do que é dito, quase enquanto critério para merecimento da atenção da equipe sobre a família.

Durante este encontro, algumas vezes, fui solicitado a falar sobre o que pensava do caso, mas mais no sentido de ajudar a dar uma resposta, a chegar a uma conclusão, sobre o que poderia ser tratado como verdade e o que poderia ser mentira, de tudo o que era relatado sobre Maria. Produzi algumas falas para tentar ampliar a compreensão sobre o caso, dizendo que talvez o fato de ser verdade ou não importava menos do que saber onde e como poderíamos estabelecer uma relação de ajuda, de acolhimento para as pessoas envolvidas.

Ainda, pensando no eixo da responsabilização, perguntei se haveria a possibilidade de a equipe fazer contato com as outras pessoas envolvidas, tanto o ex-marido, como os irmãos e o companheiro atual, mesmo estes não sendo atualmente moradores da área de abrangência da unidade. Disse que esta aproximação poderia ajudar não somente a esclarecer algumas incertezas sobre a história, como também poder pensar no cuidado para além do indivíduo Maria, cujo enfoque ficava cada vez mais evidente. A resposta geral foi de que ficaria complicado acompanhar alguém de fora da área, mas que até poderiam perguntar para Maria onde eles moravam. Verificar-se-ia depois que, ao menos até o momento de finalização da minha permanência em campo, esta sugestão não se concretizou.

Ao final da reunião Violeta me pergunta se eu tinha mais alguma consideração a ser feita. Faço um retorno à provocação, de maneira a explorar melhor o que estava querendo colocar para a equipe, pois achei necessário me justificar diante das respostas uníssonas, ou mesmo da ausência delas. Digo que *“quando perguntei o “será”, não quis dizer que a equipe teria que resolver a situação de qualquer maneira, não precisavamos ir lá e comprar uma arma também para defender um lado ou outro. Estou dizendo que tem uma usuária, que tem uma questão complicada, e não acho que dá pra desconsiderar, a gente pode olhar pra essa situação aí, né”*.

Algo a destacar foi que em grande parte das investidas da equipe em direcionar a mim as questões sobre a veracidade do caso, tive momentos em que senti incomodado, pois não tinha algo pronto para responder, num processo de identificação com a profissão de psicólogo e com o saber, parte da mesma lógica de demanda e resposta por vezes curto-circuitadas para questões complexas como esta, cuja resolução necessitava mais de acompanhamento do que de encaminhamentos e respostas prontas. Mostra de que não são pessoas, indivíduos que paralizam as ações, mas as linhas instituídas que capturam, atravessam todos os espaços e reproduzem realidades, e faz perceber a importância de se estar atento a essas capturas.

Havia ficado claro que apenas Rosa parecia conhecer mais de perto a situação da família, e equipe como um todo tinham apenas cenas fixadas que diziam da personalidade de Maria, de um caso sem saída. Uma grande parte do tempo da reunião foi destinada a comentar sobre este caso, mas percebeu-se que não havia diretamente uma proposta coletiva de resolutividade, não se discutiu em equipe qual era a real necessidade daquela família. As constantes especulações, bem como os processos de desresponsabilização, podem dizer de uma resposta daqueles trabalhadores ao sentimento de impotência diante do caso, que envolvia temas incômodos, tais como violência, um caso de polícia, a loucura de alguém que não escuta adequadamente a equipe. Em outras palavras, um ser humano desencarnado de sua existência concreta, como colocam Benevides e Passos (2005b).

Esta reunião foi realizada em uma das primeiras imersões do pesquisador em campo de produção de dados. Tive a preocupação de estar invadindo demais a equipe com as intervenções e, ao final, perguntei para

Violeta o que ela havia achado da reunião. Também disse que, se necessário, ela poderia me dizer se estivesse exagerando nas intervenções. Disse, “*se a pesquisa intervenção estiver sendo intervenção demais, você pode me dar um toque*”. A afirmação se faz paradoxal na medida em que a presença do pesquisador no território já implica em uma intervenção, independente da direção que ela tome. Sendo direcionada à Violeta, denota-se um recuo diante da possibilidade de mudança, em um território que já tem um dono, onde já existem aqueles que o habitam a mais tempo, que supostamente desautorizaria o questionamento. Pode-se perceber uma sobreposição da autoridade hierarquizada, não por acaso dirigida à enfermeira, historicamente colocada como guardiã da ordem na equipe.

A resposta à colocação do pesquisador seguiu de fato o eixo de resguardo da equipe. Violeta diz “*olha, não é que a gente vai fazer o que você falar pra gente fazer, mas a gente gosta de ouvir opiniões*”. O pesquisador é tomado como alguém que tem um olhar externo ao da equipe, podendo até colaborar, no entanto, de um lugar de fora, embora próximo. Mantém-se, assim, a integridade daquele território, de certa maneira, uma manifestação que aponta para a fixação dos devires em posições rígidas. Neste sentido, podemos tomar este resguardo como resistência. No entanto, não se trata apenas da resistência à uma suposta verdade, seja ela a verdade desvelada do inconsciente psicanalítico tradicional, seja ela obscurecida pela alienante reificação das lutas de poder. É resistência às opressões, aos ataques, já conhecidos pela equipe, como diversas vezes apareceu nestas análises (ataque do usuário à recepção, envolvidos na efetivação das agentes, cobranças externas por resultados). Na tese de Fortuna (2003), há uma passagem bastante interessante sobre uma supervisão que teve com o analista institucional Jorge Bichuetti, dizendo também sobre resistências. A equipe solicita um trabalho de supervisão. Diante uma resistência inicial dos trabalhadores, o supervisor questiona se não estava se tratando ali do pedido “venham nos ajudar a nos ver, mas nos ajudem a não nos enxergar” (FORTUNA, 2003, p. 24). Esta passagem pode dizer muito da fala de Violeta, que pede intervenção com certo cálculo de distanciamento.

Pode-se perceber que a lida da equipe com a presença do pesquisador é tomada de forma paradoxal. Na mesma proporção que há um aparente

acolhimento, uma promessa de aceitação, mesclada inclusive com a solicitação para que este participasse das atividades e das discussões, atravessam o receio diante das possibilidades de mudança. A fala supracitada, juntamente com as primeiras impressões sobre as falas de Margarida logo no início da entrada do pesquisador em campo, sobre a idéia de aquela equipe ser muito boa, e que eu teria muito para aprender ali, traz a idéia de que já existe ali uma equipe boa o suficiente, e, portanto, fechada, cuja borda, o limite, se esforça para se fazer claro diante da opinião externa, mesmo que ela seja solicitada. Solicitação na qual se repete a dimensão das trocas, ou seja, a equipe cede a si e a seu espaço em troca da colaboração, que pode ser internalizada ou não, mas que sempre esbarra no modelo estratificado, nos hábitos.

Somada à situação na qual Bromélia me interpela com a pergunta se haveria um momento em que eu daria sugestões, e que qualquer coisinha serviria, percebe-se, no geral, um movimento apático, desacreditado de menos ou demais no próprio trabalho.

Fecharei este trecho com algo que percebo durante estas escritas. E a implicação do pesquisador cartógrafo neste campo? Até aqui, noto que dei bastante ênfase nas ações de aproximação e de distanciamento dos trabalhadores. Mas me disponho a comentar, ainda que em um momento “separado”, de propósito, justamente para denunciar um atravessamento da tradicional divisão entre pesquisador e objeto de pesquisa, para “desdizer aquilo (não) tudo que eu lhes disse antes”, como diria o poeta. Este atravessamento ficou marcado principalmente pelo meu receio de invadir demais a equipe. Eu pergunto apenas à Violeta sobre isso, não me ocorreu utilizar o espaço de reuniões como recurso democrático, e perguntar ao grupo se havia ali em algum lugar, ou melhor, em alguém, a sensação de invasão. A preocupação com a invasão encontrou-se atravessada pelo controle da gerência, e assim foi em vários momentos que o leitor atento poderá identificar. Mesmo onde encontrei linhas de policiamento e desresponsabilização, no caso de Maria, quando foi tratado como caso de polícia. A polícia não poderia também ser um recurso utilizável, enquanto recurso jurídico, não no sentido de policiamento, de julgamento, mas como forma de trabalho intersetorial e interdisciplinar, considerando a especificidade daquele caso, complexo como se apresentou? O reconhecimento automático da polícia enquanto um

dispositivo de intimidação foi, também a intimidação do próprio pesquisador em não ter a resposta para dar para a equipe sobre aquele caso, sob o pretexto de estar invadindo e não ter nada para devolver. Se eu não tenho a resposta, no auge da suposta sutileza falsa do saber, não seria a força bruta da polícia que teria a permissão de invadir com o poder resolutivo. Neste sentido, permaneceria o impasse que todos chegamos. Se não há uma resposta, não pode haver várias.

### **5.6 Atividades em “grupo”: promoção ou programação?**

Além das atividades de rotina, como os atendimentos e as visitas, a equipe também promove alguns grupos de encontros, com temas e públicos específicos. Um dos primeiros que tive oportunidade de participar, foi o “grupo de gestantes”. Ele vinha acontecendo mensalmente às quartas feiras, no período da tarde. Segundo Violeta, se tratava de um grupo de promoção de saúde e de acolhimento. A terceira semana das minhas observações coincidiu com o último dia de grupo, no qual haveria uma comemoração de encerramento, com salgados, refrigerantes, e também a entrega de alguns presentes e de kits para o cuidado de bebês, com sabonetes, fraldas. Os momentos que antecederam este grupo foram marcados de certa ansiedade por parte da equipe, pois não sabiam se poder-se-ia contar com a presença de todos os participantes, na medida em que a quantidade de kits não era suficiente para todos.

Violeta me avisa que este grupo aconteceria naquele dia e me chama para ajudar a resolver o modo como fariam a distribuição de kits: *“talvez você possa ter uma boa idéia pra ajudar a gente a resolver esse problema”*. Durante a discussão, na qual participamos eu, a enfermeira e o grupo de agentes, foram-se elaborando as idéias. Desde a opção de não entregar kit nenhum pra ninguém, para ninguém sair “prejudicado”, passando pela possibilidade de entregar pra algumas e tentar conseguir depois para outras, pela possibilidade do sorteio, as idéias circulavam. Mas circulavam em torno de outra coisa que não apenas achar a justa medida da distribuição, pois os indícios de irritação, a fala apressada de uns, a abstenção absoluta de outros, apontam para um mais

além, a ânsia de sanar aquilo que de “presente” passou a “problema”, da possibilidade de um encontro de produção de alegrias no encontro, caminhávamos para o cumprimento da obrigação. A necessidade de uma palavra final se interpôs, e a demanda das agentes pela solução apontou a mim e Violeta. Disse que talvez o sorteio fosse a possibilidade mais justa naquele momento, e ela bateu o martelo, dizendo que assim seria. Interessante notar que todas as frases vindas de Orquídea, uma das agentes, sempre terminavam com *“mas aí é vocês que sabem”*, indicando precisamente o movimento que estava presente não só nela, mas em nós todos, de passar a decisão de mão em mão, até cair no do mestre. Alguém, um de “vocês”, é quem sabia, o que libertava da responsabilidade por uma suposta decisão: *“eu não sei o que dizer, vai que eu falo e não dá certo depois”*, profere uma outra agente. Este espaço se mostra calcificado pela impossibilidade de participação de todos, trabalhadores, pesquisador, todos se calam diante da gestão que supostamente controla. Não houve espaço para uma pergunta simples, *“bem, como faremos com estes kits que não dá para todos?”*. Bem, o sorteio foi elencado, neste caso, fortemente atravessado pela desresponsabilização, sob a égide de uma falsa democracia, na medida em que não houve uma negociação.

O início do grupo contou com a presença de Lótus, odontólogo. Ele fez uma fala inicial, dizendo para os participantes sobre aquilo que havia sido aquele grupo. Algumas noções de promoção de saúde, de “tecnologia leve”, termo esse mesmo utilizado por ele, foram colocadas como prelúdio à apresentação de uma atividade que ele estava desenvolvendo na unidade, intitulado “Clínica do Bebê”. Neste “programa”, como é chamado, a criança começa a realizar consultas sistemáticas com o odontólogo desde bebê, visando a promoção da saúde bucal, através da criação e do fortalecimento do vínculo entre dentista e bebê. Ele conta ao grupo que ocorrem duas coisas na atmosfera do consultório odontológico, que são os problemas de saúde bucal, como as cáries, e o medo. Ele diz que culturalmente a ida ao dentista sempre foi tomada com pavor e desgosto, sempre associada à dor. Esse programa visava, portanto, habituar a criança com o consultório, com atendimentos sem dor, pois a boca estaria sendo tratada para que os problemas não acontecessem, o que entorna a noção de prevenção de saúde bucal. No

entanto, a maior ênfase desta atividade desenvolvida por Lótus, contida na sua fala, não eram os procedimentos em si, mas sim a produção de uma relação entre dentista e criança que fosse construída de outra maneira que não a habitualmente conhecida, pelo “*trauma*” de dentista, mas que seja mais “*prazerosa*”.

A consideração do medo do consultório na perspectiva da criação e fortalecimento do vínculo, não trataria apenas de inserir mais um elemento, o psicológico, fragmentado da realidade do usuário, mas tem potência para deslocar o eixo procedimental e protocolar, tão presente na formação odontológica, para a perspectiva da inclusão da dimensão relacional e, portanto, das subjetividades, em consonância com a humanização que defendemos.

Faço um complemento às falas de Lótus, dizendo que essa relação “*prazerosa*” que ele mencionava estava do lado da produção da vida, mais do que da morte, que a ida ao dentista não necessariamente tinha que ter aquela “cara” de experiência ruim. Disse também que de certa maneira, tudo o que estava sendo dito também tinha conexão com outros atendimentos do serviço de saúde, como por exemplo, o atendimento médico, no qual não só a criança, mas também o adulto, já chegam com alguma “dor”, com febre, com doença. Assim, automaticamente ela vem com a expectativa de ter um palito afastando a língua, da espetada de uma injeção para se curar. O serviço de saúde que toma o caráter curativo como orientador das suas ações carrega, por vezes, uma faceta mortífera, pois a doença vem antes, e é o motor da “ida ao médico”, ou ao dentista. A apresentação de Lótus aponta para outra direção, pois, embora as ações propostas por este programa ainda sejam entornadas pela saúde bucal, o modelo de cuidado pode não tomar a cura de um problema de saúde como seu carro chefe.

Em outro momento serão discutidas as observações dos atendimentos do dentista, os quais tive a oportunidade de acompanhar. Os momentos em que esta potência se materializa na produção de um novo cuidado, e onde este cuidado é capturado pelos protocolos.

Em contraponto à abertura, à possibilidade de construção de novas relações que o conteúdo das falas de Lótus sugeria, podemos apontar logo de início um ponto de captura do movimento de aproximação entre usuário e

odontólogo, bem como os demais trabalhadores de saúde, que se trata da própria forma como as apresentações foram se dando no decorrer do grupo.

O grupo se dispõe em roda, de modo que todos tenham a possibilidade de se entre-vistar. No entanto, a divisão que se faz claramente reproduz as divisões montadas nos alicerces habituais de um serviço de saúde, ou até mesmo de uma escola tradicional: os usuários, no caso, as gestantes, como alunos, se aglomeram em um canto, e os trabalhadores atualizando o devir professor, mestre, de outro. Via de regra, a finalidade de se dispor em roda seria, entre outras, a de facilitar a troca, a construção democrática de saberes, coletivamente, de modo que todos possam se entreolhar e que a comunicação circule de formas múltiplas, não unilaterais ou unidirecionais, reproduzindo o modelo tradicional de “dar” aula, de “dar” palestra, de transmitir informações. Durante a observação e participação deste grupo, pude perceber que a grande maioria das falas partia ou de Lótus, ou de Violeta. As participantes-gestantes, e na maior parte do tempo, distantes, eram, em vários instantes, interpeladas a realizarem perguntas, tirar dúvidas, emitirem opiniões. Porém, diante do silêncio que se estabelecia após tais interpelações, o movimento era sempre de retomar aquilo que acabou ficando com caráter de palestra informativa.

Ao final destas primeiras falas de Lótus, e dos complementos de Violeta, resgatei o conteúdo inicial, de modo a evidenciar a importância e as consequências práticas para a saúde e para a vida das participantes, numa tentativa de deslocar o caráter informativo e distante que os termos técnicos e a fala professoral parecia estar estabelecendo, e aproximar da vida concreta dos “ouvintes”. Disse que tudo aquilo que estava sendo falado sobre prevenção, promoção, outros construção de outros jeitos de cuidado, não se tratava apenas de uma questão teórica, mas que nos atingia diretamente. *“Um atendimento ruim estraga o nosso dia, um tratamento doloroso faz a gente não querer voltar mais”*. Houve alguns risos, e uma fala de uma das participantes de que aquele grupo, por exemplo, fazia muito bem, e deixava ela mais a vontade do que uma consulta. No entanto, nada mais se comentou sobre este tema. Porém este riso pode apontar para a utilização de um recurso no grupo, transversalizado por uma linha de horizontalidade, através de uma linguagem mais próxima do cotidiano concreto daquelas usuárias. Talvez o riso pudesse

ser um alívio advindo da identificação com algo que estava sendo dito, fora dos campos teóricos.

Referendando ainda estas observações, ao final da atividade, a enfermeira faz uma retomada, com as participantes, de várias dos conteúdos que foram ensinados durante os encontros, nos moldes de uma chamada oral. Pergunta se lembravam como que deveria se dar o banho, como segurava o bebê de maneira correta, fazia personagens hipotéticos de uma mãe que utilizava os produtos não indicados, parabenizando quem a corrigisse. Temas indiscutivelmente importantes do ponto de vista clínico e científico, mas que parecia não acolher a atenção de todos. Neste momento, inclusive, houve uma participação um pouco maior das usuárias, no entanto, não pode-se dizer que tal participação tenha sido ativa, pois ali o processo que parecia se desenvolver, considerando ainda as tonalidades de voz, de certa maneira, infantilizadora, pela qual as perguntas foram sendo feitas, era o estabelecimento de uma divisão entre aluno e professor, no qual o primeiro era colocado e se colocava na posição de receptor e respondente, e o segundo, avaliava os conhecimentos adquiridos.

Esta espécie de avaliação final foi permeada por exemplos concretos, tanto de casos que já tinham aparecido na unidade, como de vivências de Violeta com os próprios filhos, de momentos de erro, de lapso, acidente, etc, com certo tom de humor. Em uma dessas passagens, Hortência diz, com espanto, “*Violeta, eu não acredito que você possa ter feito uma coisa dessas*”. “*Pra você ver, eu também cometo erros*”, responde Violeta. Por um lado, a mensagem que podia estar passando era a de que qualquer pessoa, até aquela com um suposto preparo e conhecimento, estava suscetível ao acidente. Passa aqui mais uma vez uma linha de horizontalidade que se aproxima da realidade dos usuários, enquanto linha de fuga dos protocolos da ABS. Mas também, fala “*...eu também...*” pode trazer uma idéia reforçadora da separação entre o saber e o cotidiano concreto, mediado por um modelo do que seria o jeito correto de cuidar de um filho, colmatando esta linha. Isto pode desvitalizar a experiência concreta das participantes enquanto conteúdo príncipe daquele encontro, em função desta imagem de mãe ideal, movimento que se afasta de das linhas de humanização.

Além disso, podemos ainda abordar outra questão, que se desdobrou a partir destas falas sobre o cuidado do bebê, que se refere ao cuidado de si. O que disparou esta temática foram os dizeres da enfermeira que, durante o período de 45 dias após o nascimento do filho, a mulher não poderia ter relações sexuais, e que no primeiro mês, o bebê não poderia sair de casa devido ao desenvolvimento imunológico. Orientou que as mulheres conversassem com seus companheiros sobre estes impedimentos, no sentido de pedir a eles respeito a essa necessidade. Neste momento, pergunto ao grupo como elas pensavam esta questão, numa tentativa de deslocar o eixo da conversa, até então, de caráter informativo, para escutar um pouco da vivência daquelas mulheres.

De fato, o que apareceu no grupo a partir de então, para além de “como ser mãe”, a questão sobre ser mulher. As participantes começaram a conversar sobre o acesso que tinham aos companheiros, enunciaram que, enquanto grávidas, todos ao redor voltavam à atenção a elas. No entanto, a partir do momento que o filho nascia, as mesmas atenções se voltavam para o bebê, e elas acabavam ficando num “limbo”, termo utilizado por uma das participantes. Uma estagiária de enfermagem, que também participava do grupo, disse da importância do cuidado com o corpo e, mais ainda, com a feminilidade. Os conteúdos que surgiram a partir daí foram maquiagem, depilação, cortes de cabelo, passeios (que agora incluíam a possibilidade de deixar o filho sob os cuidados de outro familiar, enquanto a mãe passeava), exercícios físicos, disposição sexual. Importante salientar que a participação, neste momento, foi sensivelmente maior por parte das gestantes-mulheres.

Saiu-se da sexualidade escondida, passando à sexualidade exercida. Foi-se para além dos protocolos, não deixando sua importância de lado, mas incluindo a vida e as possíveis alegrias de ser mãe e ser mulher. Um dado interessante foi a percepção de que os próprios trabalhadores ficaram mais animados com o tema surgido, rindo, participando, dialogando, as falas não seguiram a sequência de escola tradicional onde o aluno se cala diante da explicação, mas se sobrepunham. Escuta e fala se davam ao mesmo tempo e todos protagonizavam.

Este momento do encontro, considerando principalmente o eixo da humanização que diz da inclusão da subjetividade nos espaços de trabalho, revela uma grande potência

Depois disso, logo se deu início à distribuição dos presentes.

Como forma de fomentar a participação de todos os trabalhadores da atividade, Violeta delegou às agentes, que também tinham ficado a maior parte do tempo em silêncio durante as apresentações, a missão de realizar o sorteio dos kits e de entregar os presentes, cada ACS para uma das futuras mães. Este foi um momento de grande confusão, pois as agentes pareciam ter ficado bastante atrapalhadas. Não sabiam quem ia entregar pra quem, e perguntavam pra Violeta, a todo momento, “*o que eu faço?*”, “*o que é pra fazer agora?*”. A enfermeira ia dando as coordenadas e cada agente ia entregando e cumprimentando as participantes, de maneira, às vezes, aparentemente automatizada. Podemos dizer de uma permuta entre a pouca autonomia dada e exercida, e a pouca responsabilização, pois até o trabalho de escolher o presenteado foi passado, como muitos trabalhos “passados” já foram observados. Desta maneira, pensamos que as ACS não tomaram pra si, não se apropriaram da decisão da enfermeira.

Este movimento revela que até mesmo uma atividade cuja finalidade tinha, em tese, um caráter de aproximação, do fortalecimento dos vínculos com as participantes, mediada pela despedida do grupo com um presente, fica comprometida, na medida em que a naturalização hierárquica, de obediência, da superfície em que não há autonomia o suficiente para um abraço descolado da ordenação da atividade, atravessa o espaço entre o trabalhador e o usuário, impedindo que outro tipo de relação possa ser construído, inclusive da maneira como estava proposto no conteúdo das falas de Lótus. Toda a potencialidade do grupo encontra sua colmatação nestes atravessamentos, e retorna-se à produção das mesmas relações tradicionais, subjetivamente distanciadas, que marca a separação entre o lado de dentro dos serviços, com suas normas e sua ordem, do lado de fora, a própria vida concreta de um usuário que poderia ter se encantado, se sentido de fato acolhido, com um movimento de valorização no momento da despedida, oriundo da equipe, que se pudesse fazer escutar, nas entrelinhas, algo como “você fez diferença aqui”.

Neste sentido, podemos nos questionar sobre a finalidade deste grupo, enquanto recurso do processo de trabalho, se de fato se tratava de um espaço que pudesse fomentar a produção de autonomia, acompanhando os propósitos das políticas de humanização e da promoção de saúde, não tão submetido ao modelo hegemônico médico sanitário que Foucault (2003) mostra tão presente na história da medicina social.

Encerradas as etapas de aula, chamada oral e as considerações finais, os salgados e os refrigerantes foram disponibilizados. Comemos! Da mesma maneira, caberia aqui, também, “oremos”. Talvez, uma maneira de raspar esta superfície rígida de controle e pouca autonomia, seria disponibilizar os aperitivos durante todo o grupo, deixando a cargo do desejo, da decisão, da vontade ou da fome do usuário e dos trabalhadores, o usufruto das guloseimas. Embora esta disposição também possa, diante da rigidez formal que atravessou aquele momento, cujo dogma é a obediência, inibir todas essas vontades, diante da permissão, da liberdade.

A partir do exemplo da comida, percebe-se que não basta apenas oferecer o produto, mas fomentar seu consumo, ou seja, iniciar um processo de educação para a produção de autonomia, de fato libertadora, o que pode se tornar se tornar uma finalidade do trabalho da equipe.

### ***5.7 Os Guetos, ou Do lado de dentro... Do lado de fora: entre relações binárias e potência criativa.***

Este extrato tratará de uma forma bastante presente nos modos de organização que a equipe toma. A divisão multivariada da equipe em guetos.

Em um momento, falei particularmente sobre a pesquisa com Margarida, pois ela não participava da reunião onde a maioria dos trabalhadores seria apresentada à pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) seria ofertado. Explico que se tratava de um projeto sobre humanização, e ela me conta que, pessoalmente, ela era uma pessoa que tratava a todos humanamente, algo que ela trazia enquanto pessoa. Ela diz que tinha ficado muito contente com o fato de eu ter sentado com ela para falar do projeto, pois era a primeira vez que a chamavam para “esses

*programas*”, referindo-se à minha pesquisa. Além de se referir a ela própria como alguém dotada da capacidade de estabelecer relações humanizadas, assim disse também da equipe como um todo, dando uma ênfase especialmente ao grupo de agentes comunitárias. Conta que se tratava de pessoas que trabalhavam muito e não “*enrolavam*”, não ficavam à toa no trabalho. Mais uma vez recompõe-se o cenário da divisão social e técnica do trabalho. A fala sobre ela própria, sobre não participar dos “*programas*”, e também ao enfatizar o fato de as agentes não ficarem a toa, é atravessada pela noção de separação entre o trabalho intelectual e o trabalho manual. Ao trabalho intelectual, caracterizado pela pesquisa, por exemplo, ela nunca era convocada, restando a ela e às agentes, o trabalho que aparece, que não fica na enrolação, ligado mais à atividades operacionais ligadas ao esforço físico, lembrando que ficar a toa já foi anunciado pela equipe como ficar parado, sentado, conversando, etc. Margarida, se não estiver mexendo em pastas ou anotando, estaria a toa. As agentes, se não estivessem na rua em visitas, ou não estivessem digitando para alimentar o SIAB, estariam a toa. Estes trabalhos manuais são caracterizados por ser função da ala pobre da equipe, lembrando da divisão que elas mesmas colocam.

No entanto, coloca a percepção de que a situação de contrato das agentes, conforme já esclarecido, havia afetado bastante a motivação delas para a realização das suas atividades. “*Antes disso, você não via elas aqui dentro do posto, estavam o tempo todo na rua, fazendo visitas. Agora, você acaba vendo elas a maior parte do tempo aqui dentro, na sala delas, às vezes paradas. Estão desestimuladas. Mas também, quem consegue trabalhar direito com a ameaça [de perder o trabalho] o tempo todo. Não é falta de vontade*”. Uma percepção que denota sensibilidade, inclui a dimensão de que os modos de operar o trabalho não se concretizam a partir de uma individualidade descolada das condições do mesmo. Interessante notar que o comentário de Margarida não adentra a dimensão da culpabilização, uma vez que me diz que, apesar do que estava sendo visto, da aparente apatia, “paradas” não aponta para a falta de vontade, mas mostra que o potencial de trabalho que ela um dia tinha visto, que passava por aquele grupo de agente em outros momentos, havia sido atravessado pelas ameaças, pelas condições de discrepância salarial, pelo contrato frouxo. Margarida analisa, de certa maneira, a produção

das subjetividades no trabalho, que não é simples como uma relação binária, de oposição entre o bom trabalho, ideal, e o trabalho ruim, largado, deixado de lado por falta de vontade. Pereira (2001) afirma que a subjetividade é matéria prima no processo de trabalho em saúde, pois o trabalhador que constrói o trabalho é o mesmo que se constrói a partir dele. A superação desta binaridade é uma das noções que permeiam a humanização, pois concebe realidades complexas, uma rede de forças que não necessariamente se referenciam e não se excluem.

Após esta fala, começa a me mostrar seu trabalho mais uma vez, as pastas, agendas, malotes, documentos, exames, etc, *“meu trabalho é basicamente isso daqui, não é muito mais coisa, é burocrático”*. Trabalho que é feito, mas que não dá prazer em contar, em mostrar. Motivo de inferioridade que colmata suas potências, como se receber todos os usuários, além de, como já foi dito, fazer o *“meio de campo”* entre usuário e equipe, não tivesse seu valor, devido à aparente falta de reconhecimento. Diz que teve que aprender tudo sozinha, inventar seu trabalho, pois não havia sido treinada por ninguém. Foi aprendendo o serviço no seu cotidiano, mas teve como referência apenas sua *“boa vontade”*, o que ela entendia de *“espírito de equipe”*, mas que, mais uma vez, se originava em algo que trazia apenas consigo e que veio de antes do trabalho, por características próprias. As pastas e agendas podem se constituir em um importante recurso do processo de trabalho, na medida em que são subsídios para a organização do trabalho em equipe. Se um prontuário for desviado, se a agenda não estiver em ordem, se a pasta não estiver no lugar correto, acaba comprometendo a atenção ao usuário. Portanto, tomar este trabalho de organização como apenas burocrático, apaga as possibilidades de produção do cuidado, sendo tomado pela linha de fragmentação do processo.

A análise que faz do grupo de agentes parece não se estender à análise dela própria. Além disso, volta a contar que se sentia marginalizada. Refere-se ainda ao *“gueto”*. Gueto é o “lugar” onde ela se encontrava não o lugar físico, mas sua posição na equipe. *“Eu faço parte da equipe, mas fico no gueto, se quiser falar comigo, tem que vir no gueto”*. Apesar disso, conta que tem um bom relacionamento com todos da equipe, atribuindo mais uma vez à características de sua *“pessoa”*. Estes comentários fundam um questionamento

sobre a função do “*gueto*”, se não se trataria de um espaço possível para o exercício da própria autonomia, pautando-nos no enunciado sobre a invenção do próprio trabalho, excluído, entretanto, do trabalho em equipe.

Outros guetos aparecem também, embora não tematizados por quem os habita. Girassol protagoniza uma série de situações que vestem bem esta problemática do gueto. Percebi, em diversos momentos, que ele representa uma figura causadora, ao mesmo tempo, de admiração e incômodo na equipe. Ao passo que é tido como alguém que bastante acolhedor por alguns, por outros é visto como folgado, ranzinza, “*difícil*”. Pude observar que, da equipe de enfermagem, especificamente, ele é quem menos fica dentro da unidade. Está sempre saindo para visitas domiciliares, cuja finalidade, em sua maioria, é aplicação de medicamentos ou realização de curativos. Visitas estas realizadas, algumas vezes, fora do seu horário do seu trabalho. Ao mesmo tempo, é marcado por certo distanciamento em relação à equipe. Seu horário de trabalho vai até as 16 horas, e, portanto, acaba comprometendo sua participação integral nas reuniões de equipe. Como já observado anteriormente, a redação de sua ata de reunião também fica comprometida. Porém, há um descompasso entre a questão da ata e do horário, pois, mesmo que não possa participar da reunião inteira, a fração que ele pode estar presente não é aproveitada. Suas observações na ata acabam sendo bastante pontuais, e não contemplam os conteúdos da reunião. O que nos interessa mais aqui, neste momento, é que isto se constitui em um ponto de reforço do distanciamento entre este auxiliar e a equipe, na medida em que a percepção da equipe, enunciada principalmente pelo grupo de ACS, é de que todos se esforçam, beirando o sofrimento (pois se trata de uma obrigação), para confeccionar a ata, e ele não parece se preocupar. “*Vou começar a fazer a ata que nem ele, então*”, profere uma das agentes fora de reunião.

Girassol gosta de conversar. Fala sempre de suas filhas que fazem faculdade, de suas histórias, demonstrando orgulho, de maneira alegre. Por vezes, isto também gera incômodo, pois é interpretado como “*ficar contando vantagem*”, “*contando sempre as mesmas histórias*”. Pude presenciar uma situação entre as agentes e ele, cuja origem precisa não consegui captar, mesmo tendo perguntado, e recebendo como resposta olhares e caretas que ora diziam algo como “você deveria saber” e ora prometiam um “depois a gente

de conta”. A questão é que, depois de um desentendimento até certo ponto velado, Girassol parou de frequentar a sala das agentes/equipe. Evitava conversas demoradas, ficava, utilizando-nos de um termo já posto nestas análises, “marginalizado”. Constitui-se assim, também, um gueto.

Conforme a “orientação” de Margarida, com sua fala “*se quiser (...), tem que vir no gueto*” ecoando nos ouvidos, senti necessidade de frequentar, a partir daí, este gueto. Descobriria mais tarde, que a equipe como um todo se configura como guetos, vizinhos que nem sempre se comunicam.

Sentindo-me um aventureiro antropológico, fui até o gueto de Girassol. Em uma tarde, fui até a “sala de curativos”, que parecia ser seu “habitat natural”. Que encontrei? Um trabalhador doce (não dócil), educado, paciente. Destaco três momentos, espalhados no tempo de observação.

O primeiro foi um garoto que tinha sofrido uma cirurgia de apêndice, cuja cicatrização do corte estava comprometida. O auxiliar de enfermagem faz um atendimento demorado, brinca, explica detalhadamente e com calma, para a criança, o que iria fazer, diz o que iria doer um pouco mais, mas seria mais rápido, o que iria doer um pouco menos, mas seria mais demorado, pergunta o que ele queria escolher. Conversa sobre dor, diz que não tem problema nenhum ele chorar, e pude presenciar o garoto que entrou com feição desesperada sair rindo da sala. Observei o retorno desta criança para trocar o curativo, momento no qual a tensão da primeira vez parecia ter ficado no passado.

No segundo momento, uma usuária chega com extrema falta de ar. Um alvoroço na equipe, bombas de ar, medicamentos, e a falta de ar persistia, aliados à sensação de frio e tremedeira. A outra auxiliar dizia que não sabia mais o que fazer, outro trabalhador relata que não era a primeira vez que a usuária aparecia na unidade com o mesmo problema, e que supunha que o problema fosse de ordem afetiva. Mais uma solicitação ao psicólogo, para tratar do problema não físico. Neste momento, passou pelo pesquisador um sentimento de que estava sendo solicitado para um devir domador. Tem-se a necessidade de domar aquilo que não se controla.

Quando chego à sala, Girassol está postado de pé ao lado da usuária, já deitada e com um cobertor. Ele estava com a mão na sua testa, de olhos fechados, como quem fazia, à primeira vista, uma oração. Demoradamente,

conversou bastante com ela, tratando do problema “afetivo”, que de fato muito se pareciam com os relatos sobre as crises histéricas das pacientes freudianas do século XIX. Eu, dentro da sala, soube que ela havia perdido um filho, e que desde então, as crises eram constantes. Enquanto outros trabalhadores se mantiveram distantes, foi ele quem de fato se aproximou. A distância que aparece em relação à equipe, se desloca para a aproximação da usuária. A equipe demonstrou um saber além-técnico sobre a falta de ar, atribuindo à “afetividade” a origem da crise. No entanto, Girassol é quem produz cuidado, promove escuta, fora da lógica do controle. A crise passou, a usuária voltou pra casa mais aliviada.

Curioso com a cena da suposta oração, pergunto a ele do que se tratava. Ele diz que tinha formação em acupuntura, e que aquela era um a operação de energização. Cabe destacar, operação que ninguém vê, nunca foi citada fora daquele gueto, não aparece para a equipe, parece não caber nos protocolos. Fazia-se ali uma clínica, mas uma clínica do gueto, em franca oposição à clínica tradicional, científica.

O terceiro momento foi mais pontual. Um garoto, que tinha colocado um piercing, chega à unidade e vai direto para a sala de curativos, à procura de Girassol. Em uma comunicação rápida, mais por troca de olhares do que pelo verbo, ele retira um pacote de gaze da gaveta e entrega ao garoto, que rapidamente o coloca debaixo da blusa. O auxiliar ainda adverte, “*não fala pra ninguém, hem*”. Cumplicidade e vínculo declarado entre trabalhador e usuário, mas que também não se vê, aliás, não se pode ver, feito às escondidas pois vai na contramão. Contramão de que? Da norma? Do controle de materiais? Talvez não da produção de saúde, embora possível apenas dentro daquele gueto.

Volto a Margarida, que nos brinda com outra conversa marginal. De início, conto que esta conversa aconteceu no estacionamento da unidade, fora do prédio. Ela fumava seu cigarro e fui ao seu encontro para prostrar. O tema da conversa foi religião. Conta-me que segue a doutrina espírita e me relata um caso interessante, ocorrido há algum tempo. Chega uma usuária de ambulância, desacordada, e os paramédicos adentram a unidade para atendimento. Margarida diz que escuta uma voz, que dizia para ela sair da recepção e ir ao encontro da usuária, para prestar, segundo ela, a “*ajuda que*

*ela sabia fazer*". Tal como disse, ela o fez. Pegou na mão da usuária e foi incorporada por um espírito de luz, que trabalhou na "cura" da mulher. Esta, ao retorno de sua consciência, procura Margarida e diz, nas palavras da mesma, "*Eu senti o que você fez, eu vi, não sei o que foi, mas muito, muito obrigada, você me salvou*". Margarida conta que não fica falando muito "*destas coisas*" na unidade, era "*coisa mais dela, mesmo*". No entanto, esta "*coisa dela*" revela a potência para a produção do cuidado fora dos sentidos rígidos das ações médicas, epidemiológicas, da racionalidade técnica na qual um sentido "caduco" não cabe, não se inclui.

Naquele momento, dentro daquele sentido singular, a usuária significa sua salvação. Produção de vida que acontece na carona de uma linha de fuga, do lado de fora dos sentidos instituídos do cuidado. A possibilidade deste fora, enquanto diferente, se colocar ao lado, transversalizar juntamente com as outras possibilidades de produção de saúde, vai ao encontro da perspectiva humanizadora da singularização do cuidado e da inclusão da subjetividade na sua inseparabilidade do processo de trabalho em saúde. Girassol diz para não contar pra ninguém, e Margarida diz que sua cura era coisa dela, em tentativas de fazer valer suas ações em saúde como algo legítimo. No entanto, esta legitimidade, nestas falas, só se encontra em referência à escapada de um suposto controle externo. Portanto, pode estar havendo, nas falas, uma tentativa de consistir este controle externo institucional, para fazer do gueto, também uma instituição, separada. Esta forma de organização remete às sociedades disciplinares (HARDT, 2000), onde cada lugar se define pela separação dos espaços, e mantém intactas as forças que habitam cada instituição. Deixar do lado de fora, protege uma instituição do controle da outra. Hardt coloca que a sociedade contemporânea não mais se caracteriza pela binaridade da sociedade disciplinar, pois os muros que delimitam as instituições estão cada vez mais porosos. Nestas tentativas de constituir uma instituição separada, estão atravessadas forças do Estado, da hierarquia, da fragmentação do processo de trabalho. Mapear estas forças constitui-se na possibilidade de propriamente fazer valer estes guetos, mas não no sentido de subalterno a outro grupo, como na intenção de ser tão poderoso quanto ele, mas se fazer valer na sua diferença, ao lado das outras instituições, de forma singular, já que várias delas atravessam o gueto. Vale destacar uma linha de

fragmentação bastante evidente, a da oposição histórica entre o trabalho biomédico e as práticas religiosas, que surge no triunfalismo das evoluções científicas e industriais dos séculos XIX e XX (FOUCAULT, 2003) sobre qualquer outra forma de prática. Quando fiz o estágio de psicologia da saúde, em 2006 e 2007, estas separações se apresentaram por diversas vezes. A consideração que se levava era a de uma população desabonada financeiramente, pobre mesmo, que não tinha condições de comprar algum medicamento que não estivesse disponível na rede, ou mesmo desinformada o suficiente para não aderir aos tratamentos gratuitos, o que gerava inconformação da equipe.

Ainda nesta mesma discussão sobre a marginalidade, enquanto conversava com Tulipa e Bromélia na recepção, chega um garoto com retardo mental para tomar vacina. Tulipa conta da dificuldade de lidar com suas demandas. Cada hora, ele exige receber a vacina de um trabalhador diferente. Certa vez, queria um trabalhador específico que não estava na unidade, sobrando para Tulipa o procedimento. Conta que o garoto esbravejava e esperneava. Ela sacou o celular, tirou uma foto dele, e, mostrando a ele, conseguiu convencê-lo que ela desse a vacina. Uma trabalhadora da outra equipe, que estava presente na conversa, diz que a partir de então, a criança *“vêm até mais alegre pra cá. A gente faz nosso trabalho, mas às vezes tem que usar essas manhas”*. O que nos interessa neste excerto é a produção desta alegria, e o questionamento sobre os motivos pelo qual movimentos de criatividade como este não aparecem em outros momentos, mais “oficiais”, como uma reunião de equipe, sendo tomado na dimensão da “manha”. A manha é aquilo que não está escrito nos cadernos da escola (algumas vezes nem dos de Atenção Básica, embora estes prevejam a criatividade), não consta no livro de história, muito menos no da matemática, é o jeito de acertar testes do vestibular que o cursinho tenta ensinar. Talvez também a instituição escola, ao menos a mais tradicional, em oposição às brincadeiras criativas do recreio, esteja atravessada aqui. Hora de falar sério é a sala de aula, não pode conversar, não pode criar. No entanto, é a hora do escape, é a hora da produção, e não da reprodução. Talvez seja este o sonho de Paulo Freire (1959), quando tenta nos alertar que a criança deve gostar de estudar, e deve

fazer do processo-ensino aprendizagem um eterno ato criativo, incluído na vida, apropriado singularmente.

A simplicidade desta ação, que teve sua efetividade por ter-se inventado ali uma lida inédita, se encerra ali. Mais uma vez, toma a dimensão de gueto separado, contada no gueto da recepção.

Podemos retomar e reunir aqui algumas situações que nos mostram as diferentes valorações dos trabalhos realizado na unidade. Percebe-se que mais uma sistemática binária se interpõe nas relações entre os trabalhadores. Esta sistemática se refere ao que é caracterizado enquanto trabalho, em outras palavras, o que se mostra, e o que corre à margem. Tomaremos o exemplo de uma fala de uma trabalhadora da outra equipe, pelo valor que tem para a análise. Como ela soube que eu tinha feito o estágio de Psicologia da Saúde, já explicado anteriormente, me pergunta qual era exatamente a finalidade do trabalho das estagiárias, pois tinha a impressão que elas não faziam nada, diferentemente das estagiárias de enfermagem, exemplo citado por elas. Este estágio não possui cronogramas, nem protocolos definidos. No entanto, observei que as estagiárias que acompanhavam a equipe estudada tinham bastante implicação nos casos que acompanhavam, trazendo reflexões sobre as visitas domiciliares, além de participação ativa nas reuniões que participaram. Mas este trabalho não era visto. Tal qual a sutileza de Girassol e de Tulipa, cuja lida relacional constituiu-se como importante ferramenta para o cuidado, o trabalho de escuta, trabalho vivo que se dá nos encontros dentro e fora da unidade, não se encaixa como dado computado, pois não se tratam aí de procedimentos mostráveis, e caminha ao lado do que se considera trabalho.

Um exemplo computável de trabalho é o número de visitas realizadas pelas agentes. Pergunto à Violeta como eram os procedimentos com as visitas feitas em que o usuário não era encontrado. Ela diz que *“são contadas como visita feita. Pois veja só, por exemplo, se um paciente com diabetes precisa de uma dieta, eu passo a dieta. Se ele não segue, eu não deixei de fazer o meu trabalho”*. É isto que satisfaz o olhar morto, desresponsabilizado e exigente deste trabalho. O bilhete dizendo *“Visita realizada em tal dia”* se mostra mais valioso que uma boa conversa com um usuário, uma boa discussão de caso em equipe. As tecnologias leves do trabalho vivo em ato permanecem, assim, sobrepostas pela malha rígida do protocolo cumprido à risca, das tecnologias

mais duras. Assim, a produção da responsabilização pela produção do cuidado, eixo da humanização, não se dá de maneira satisfatória.

A linha dos distanciamentos, da mesma natureza que atravessa a relação das agentes com Girassol, se faz presente em cada movimento direcionado pela mostra de trabalho, que se dimensiona no “fazer a própria parte”. Separações geradas pela reprodução da fragmentação do trabalho, produtora de guetos. Nestes guetos, as linhas de produção de modos singulares de fazer saúde nascem e morrem ali, não têm continuidade, se colmatam numa espécie de sub-trabalho, que não tem vez e voz no encontro entre os trabalhadores. A territorialidade deste serviço de saúde se formata em pontos fixos, locais bem definidos, sujeitos bem delimitados, compartimentalização/individualização taylorista dos processos de trabalho (BENEVIDES; PASSOS, 2005a). Taylorismo se caracteriza pela linha de produção, onde aquilo que vai ser produzido passa por várias ações específicas e separadas umas das outras. Como um carro, um forja o chassi, outro põe a carroceria, outro encaixa o motor, até a produção final.

A mesma fragmentação atravessa os atendimentos dentro dos consultórios do, mas de outra maneira. Em um atendimento de Violeta, de um caso de planejamento familiar, por exemplo, acompanhei uma conversa bastante ampla. A sexualidade, os planos, os sonhos dos usuários, passeiam mais livremente, e dialogam com os protocolos necessários para fazer uma vasectomia, como era o caso do casal que procurou este atendimento. Não foge, porém, da lógica de intervenção local. A beleza da conversa vira número para a SMS, e não aparece, também, em outros espaços do cotidiano da equipe.

O consultório odontológico talvez seja o gueto mais isolado da equipe, traduzido nas falas de Lótus: *“Aqui eu fico sozinho, não consigo nem participar das reuniões de equipe, porque to sempre entupido de consultas”*. De fato, o dentista permanece a maior parte do tempo do lado de dentro da sala. Com a agenda lotada, faz seus esquemas de acompanhamento, contagem de faltas, que servem de subsídio para a organização das filas de espera. Em atendimento, ri, faz piada, brinca, conversa bastante com os usuários, principalmente as crianças, além de realizar o projeto “clínica do bebê”, já

explicado anteriormente. Tudo que faz, é do lado de dentro, encontrando apenas nos encaminhamentos um eco na equipe.

A inserção da saúde bucal e das práticas odontológicas, no SUS, se deu de forma paralela e isolada dos outros serviços. Reproduzindo a lógica da especialidade, o odontólogo tinha seu núcleo de atuação restrito à boca, enquanto parte do corpo biológico, com enfoque reparativo e curativista (BRASIL, 2006). Este isolamento se traduz em outras passagens, presentes em outras falas de Lótus. Um dia, na cozinha, que pude notar se constituir em um espaço de conversa mais livre, ele me conta o quanto se sentia isolado da equipe, e sentia necessidade de sair da sala para conversar com as pessoas. Por isso, gostava quando alguém novo chegava na equipe, pois era uma oportunidade que ele tinha de conhecer gente nova, mostrar seu trabalho. Quando o acompanhei nos atendimentos, teve bastante preocupação em me mostrar as organizações detalhadas da sua prática, mas por diversas vezes, terminava seus relatos com *“bom, é só isso, nada de mais”*. Reconheci a fala de Margarida, quando falava do seu trabalho apenas burocrático. O trabalho isolado parece não ter vida, sempre se aloca como algo de menor importância, mesmo se tratando de um campo de trabalho mais valorizado historicamente, como o do dentista. Dentista também é doutor. Uma brincadeira que ele sempre faz com os outros trabalhadores da equipe, é dizer *“se eu morrer lá dentro, vocês não vão nem perceber, só vão se tocar quando começar a cheirar”*. Cheiro de corpo morto, que já está mortificado pelo trabalho sem criatividade, que encontra, mais uma vez no humor, seu protesto, ainda que velado.

Tive ainda oportunidade de acompanhar alguns atendimentos do médico da unidade dentro de seu consultório. Adianto que é um gueto mais valorizado, mais “oficial” pelo seu procedimento técnico, supostamente resolutivo dos “verdadeiros” problemas de saúde. Se considerarmos a desarticulação entre a equipe, não deixa também de ser gueto.

Começo pelo médico com uma conversa que tive sobre a possibilidade e eu acompanhá-lo em atendimentos no consultório e também em visitas domiciliares. Ele diz que até tinha um usuário que ele queria visitar, mas que depois havia pensado, e concluiu que não haveria muito que ele fazer lá, pois seriam só conversas, ou seja, na lógica de cuidado biomédico e fragmentado

que o atravessa, não haveria o que ele fazer lá. Anuncia-se aqui algo que aparece dividido em suas intervenções, uma separação entre a clínica do corpo biológico e a dimensão relacional.

O atendimento que pude acompanhar tratava-se de uma mulher que se queixa de dores nas costas. Era um caso novo, motivo pelo qual Lírio coloca que seria interessante eu acompanhá-lo naquele atendimento, pois seria algo “mais demorado”, nas palavras dele. Diz que quando se trata de retornos de pacientes, ou que ele já conhecia bem, o atendimento era mais rápido. Lírio me apresenta enquanto pesquisador. A usuária fala das suas queixas e o médico lança uma série de perguntas, abordando temas próprios do que tradicionalmente se colocam enquanto alvo da atenção primária: as doenças crônicas como diabetes, hipertensão, câncer, e o histórico familiar. Estes são temas previstos pela OMS sobre as condições crônicas (STARFIELD, ano), que são tomados enquanto protocolo neste atendimento. Após o preenchimento de seu protocolo, como parte da anamnese do “paciente”, realiza a verificação dos sinais vitais, avaliando clinicamente o funcionamento do corpo.

A usuária, neste momento, se senta e, com semblante de nítida apatia e tristeza, conta que desconfia que a origem de suas dores nas costas seria o trabalho pesado vinha realizando nos últimos meses. Havia perdido o emprego de tesoureira em uma escola e se pôs a trabalhar em domicílios, como faxineira. Lírio ia terminando algumas anotações no prontuário da usuária, e me pergunta se eu teria alguma coisa a dizer. Pergunto sobre a questão do desemprego, como ela estava se sentindo com isto. A usuária lacrimeja, fala de algumas dificuldades. Lírio endossa a intervenção, dizendo “*é, a gente também tem que ver esta parte*”. Parte que, até então, não havia se incuído na clínica como necessidade de saúde da usuária.

Acreditamos que os procedimentos iniciais deste atendimento sejam fundamentais para a avaliação de aspectos da saúde de um usuário. Um bom atendimento clínico é requisito imprescindível em qualquer nível de atenção em saúde. Portanto, por se tratar do primeiro atendimento, é bastante pertinente levantar tais questões, na medida em que uma das finalidades do trabalho na ESF também diz respeito aos aspectos preventivos de doenças. No entanto, não podemos deixar de lembrar que a proposta humanizadora do SUS é

alicerçada na necessidade de saúde do usuário, sendo que o atendimento que tem, na doença, seu foco, acaba apagando as escutas e os olhares de algo que está para além disso, que é da ordem da própria subjetividade, dos aspectos relacionais, cujo acesso se tem por tecnologias leves, pela “só conversa”, que acaba ficando de fora.

Esta conversa “de fora” se repete em outros momentos, que ficaram também de fora do lugar onde caberiam nestas análises, pois se tratam de casos que não puderam ser bem acompanhados, fragmentos de memória do pesquisador. Apesar disso, cabe aqui destacar uma passagem que caberia no extrato onde são discutidas as interfaces entre as visitas domiciliares e a unidade. Acompanho Lírio e algumas agentes à casa de uma usuária, também com queixas de dores nas costas, mas por motivos de obesidade. A usuária expõe que suas dores não haviam melhorado, e o médico se põe a pensar em outras possibilidades de medicação, Diz que iria mandar a receita através da agente comunitária, pois a usuária tinha bastante dificuldade de locomoção. Em reunião de equipe, me lembro de Lírio comentando que, se ela não emagrecesse como deveria, a dor nas costas jamais iria melhorar. Ao passo que, em outro momento, soube que uma estagiária de psicologia, que acompanhava esta usuária semanalmente, havia articulado uma parceria com um grupo de pessoas que praticavam exercícios físicos, dentro de um programa viabilizado por uma rede de supermercados, para que esta usuária pudesse não somente perder peso e melhorar seu condicionamento físico, mas pelo próprio fato de poder sair de casa, que era sua principal demanda. Demanda esta que só foi possível ser apreendida mediante a “conversa”. Conversa, no entanto, capturada, alocada em uma especialidade, no caso, a psicologia, cuida tradicionalmente desta “parte”. Parte sempre endereçada a outro, ao próprio pesquisador, embutida na idéia de que o atendimento interessante para mim seria o mais demorado.

De outra perspectiva, estas separações que Lírio faz são fruto da própria maneira como se dá o processo de trabalho fragmentado nesta equipe. Além do seu gueto particular, Lírio também é solicitado em todos os outros guetos, como um “decididor”, resolutor, um chefe/juíz que pode dar a palavra final. É inclusive chamado de chefe, embora mais uma vez em tom de brincadeira, pelos outros trabalhadores.

Percebe-se que o médico produz várias falas que denotam desânimo em relação ao trabalho. Diz se sentir sobrecarregado, pois tanto a equipe quanto os usuários demandavam a ele a resolução da maioria dos casos. Sobre os atendimentos no consultório, ele conta que, antes, tentava resolver a maioria das questões que percebia enquanto necessidade de saúde dos usuários, mas que agora, fazia uma coisa de cada vez, separadamente. *“Antes eu explicava pra pessoa como funcionava o atendimento, pra que servia uma USF, falava de promoção de saúde, mas hoje eu desencanei”*. Expressões de todas as separações que atravessam o trabalho na unidade.

Contaremos uma ilustração deste interjogo de demandas, das quais médico e equipe integram o mesmo culto das separações. Este processo inicia-se com a circulação de algumas queixas, proferidas em diversas vozes, sobre a organização das reuniões de equipe. Era feita da seguinte forma, todas as agentes “passavam” todos os casos que haviam visitado no dia. Faziam uma contagem, como uma prestação de contas, mesmo, pois toda a reunião acabava tendo seus entornos no número de visitas realizadas. Enfermeira, ACS, médico, todos diante de certo mal estar declarado sobre esta forma de organização. *“A gente acaba se perdendo nessas reuniões”, “Nunca dá tempo de passar tudo que a gente quer”, “Tem caso que a gente deixa abandonado porque todo dia tem caso novo”, “Minha nossa, uma coisa de cada vez, que tá impossível de fazer esta ata com essa mistura de informação”*. A mistura não deixava claro uma finalidade comum para aquele encontro. O trabalho em equipe comprometia-se na necessidade naturalizada da prestação de contas.

Nestas misturas, houve um estranhamento do pesquisador sobre uma pergunta de Lírio, em reunião de equipe, direcionada a Rosa, que relatava uma visita domiciliar. Fazia um relato completo do caso, dizendo de relações familiares, problemas de saúde, hábitos de vida, etc. O médico, afastado da mesa, com as mãos na nuca, diz: *“porque você está falando dessas coisas, qual a finalidade?”*. Podemos pensar que a pergunta talvez estivesse, também, dizendo, “o que você espera de mim?”. Você, que representa, pra mim, o poder, o tronco que se consiste como única possibilidade de eu arborescer (DELEUZE, 1996). Servindo-nos de Freud (1913), o tronco ficou para o papai. Esse pai é, para psicanálise, a encarnação imaginária do poder. Encerrado no seu papel de médico, Lírio parecia esperar uma demanda específica para

referendá-lo em seu lugar. Mas como ele pode ocupar um lugar que só existe imaginariamente? Na realidade, todos ali pareciam buscar sem muita eficácia, um organizador, algo que pudesse produzir, de maneira quase que transcendente às próprias relações entre os trabalhadores, a tranquilidade de encontrar “o que tem que ser feito, de fato?”, fala produzida por uma das agentes. Um jogo de suposições de expectativas, um funcionando para o outro como espelho de demandas inespecíficas. Neste sentido, o exercício da autonomia se captura nestes movimentos especulares, pois o que impera é a esperança de que toda e qualquer ação encontre sua legitimidade exata num outro inexistente. Ninguém ali tinha a resposta. E nem poderia, visto que a reunião é encontro, é múltiplo, dinâmico, realidade construída coletivamente.

A pergunta de Lírio, da maneira como foi feita, gerou ainda mais incômodo, principalmente nas ACS. Acompanhado-a em visita, Rosa “desabafa”, fala da situação e do constrangimento de ter sido interpelada de maneira que interpretou como sendo grosseira. No entanto, o problema maior girava mais uma vez no mesmo eixo “*a gente nunca sabe o que ele [médico] quer da gente, se fala muito, é demais, se fala pouco, é de menos*”. Entre restos e sobras do que se diz não se encontra ponto exato. A equipe não fala a mesma língua e não trabalha em harmonia, que parecem devires atualizados enquanto esperança de garantia de trabalho sem desencontros. Na realidade, busca pela anulação das diferenças, das singularidades, contidas em cada trabalhador. Ânsia pelo encontro que se fecha binariamente numa resposta, em formato de fluxograma, ou de arborescência (BAREMBLITT, 2002), como aquelas que muitos protocolos e leis costumam servir.

Ao final da reunião da semana seguinte a essas situações, peço a palavra e digo que na semana anterior havia acontecido alguns desencontros que causaram incômodo na equipe. Sem muito silêncio, o assunto circula de forma intensa. Retomam as queixas sobre a organização, e reaparecem os jogos especulares, desta vez, no entanto, tematizados, trocados, assumidos. Algumas agentes expõem seus questionamentos sobre não saberem o que deveria ser “passado” em reunião, Violeta fala da necessidade de seguimentos mais aprofundados dos casos, Lírio sugere que não deixassem pra ele decidir sobre os mesmo. Surge, então, no grupo uma proposta de reorganização. Nem todos os casos tinham a necessidade serem passados para o médico, dar-se-ia

preferência para o acompanhamento dos casos, mais do que para a prestação. Este encontro foi bastante produtivo, na medida das trocas, do abandono, ao menos naquele momento do ideal de harmonia especulativa. Num momento de criação inventiva, longe das respostas prontas, promoveu-se uma reordenação para a “*mistureira*”. Como produto, Rosa pode dizer, ainda “*Se a gente fala as coisas que a gente fala na reunião, sobre os casos, é porque a gente acha importante*”. Lírio se aproxima da mesa, e assim permanece, mais próximo, nas próximas que eu viria a participar.

Coloquemos um zoom aqui. Esta situação coloca questões importantes, que podem estar apontando para uma efetiva mudança nas relações estabelecidas entre os trabalhadores. Um fruto de raspagem da superfície rígida, uma reorganização da configuração da equipe. Retomemos todo o sufoco inibitório apresentado pelas ACS, submetidas à ordenação hierárquica, à agenda cuja racionalidade fez critérios cegos de organização da discussão dos casos para a equipe, todo o medo de poder falar daquilo que é, tal qual é, sem passar pelos riscos de ferir a imagem da autoridade autocrática, que produz a autocrítica bruta, cruel, que faz separar os meros e pobres mortais relegados à café e mortadela, dos deuses enriquecidos de dinheiro, carro bom com lado certo no estacionamento, e saber qualificado. Pobres também são os incumbidos de vestir a carapuça de poder, ter que sustentá-lo para não correrem o risco de morte, morte subjetiva, desubjetivação do lugar que conhecem bem, que a instituição-escola tão eficientemente fez aprender-se que existe a enfermeira padrão, que médico é patrão, que a instituição saúde produz a idéia de que recepção é bucha de canhão, que não vale trabalho que não possa aparecer na reunião, que usuário não pode ser mentiroso e ladrão. Enfim, esta extrapolação não é sem intenção, mas quer marcar a fixação de lugares que vivem estes trabalhadores, e que se traduz na reunião de equipe. Bem como terminar estes vocábulos com “ão” é para referir-se à face superlativa da macropolítica que pesa sobre esses corpos, colmatando muitas novidades que podem se produzir nos encontros, mas não o suficiente para impedir que uma linha de fuga possa passar pelas brechas deste face(ismo), na medida em que é instigada, colocada às claras, impossível de não se ver que há mudança ali. O medo foi deixado, ao menos neste momento, raspado, transformado em poder dizer, e o desinteresse

transformou-se em aproximação. Em outras palavras, autonomia pôde aparecer sem medo, a responsabilização pôde tirar os pés de cima da mesa, o trabalho de equipe começa a apontar como possibilidade concreta de ação. Guatarri (1981) diz que aí, nestes sinais, podemos dizer que há revolução. Trata-se de um trabalho da verdade e do desejo diante de todas as forças molares impregnadas em cada estabelecimento, em cada relação de luta de classes microcontextualizadas, que de tão generalizada, já não obedecendo os limites entre proletariado e burguesia, aparece nos diferentes modos de dizer, quem diz termos técnicos e quem não os domina, quem possui o maior e o menor salário.

São nestes momentos de raspagem, de quebra insuante, que os movimentos humanizantes podem se fazer valer.

## CONSIDERAÇÕES

## 6. CONSIDERAÇÕES

Ao longo deste texto, tomamos emprestadas idéias de diversos autores, não necessariamente da mesma “linha”, ou com as mesmas bases epistemológicas-ideológicas-teóricas, mas que puderam colaborar com o delineamento do objeto de estudo, com as considerações sobre os movimentos históricos que constituíram as diferentes concepções de saúde, sua indissociabilidade em relação aos modos de produção, as diferentes modulações do processo de trabalho, e as forças instituídas e os momentos de fuga que habitam cada momento, cada movimento, cada estabelecimento, cada agente, que a gente chamou aqui por trabalhadores da saúde. Contamos um pouco da história da saúde brasileira, não para marcá-la em quadros e descrições pontuais, mas, mais que isso, perceber que em cada momento histórico, e em cada transformação, ali havia linhas de força que atravessavam e também transversalizavam, conformando as realidades, suscitando criação de políticas públicas, modificação de leis, transformação de modos de fazer.

Vimos este modo de fazer saúde e suas concepções em diferentes séculos e décadas, o nascimento do SUS, que por si só já é produto e carrega em seu texto marcas do movimento instituinte da reforma sanitária, da preocupação de vários atores sociais em dizer que ali, onde há produção em escala quantitativa, hierarquias rígidas, saberes maiores e menores, fragmentação do corpo e da alma humana, ali há uma saúde que não funciona mais, que não dá conta mais da complexidade humana de existir, de trabalhar, de gozar, de se divertir, enfim, de ter saúde.

A percepção de que a lei em papel ainda não havia sido suficiente para efetivar as diretrizes deste novo sistema proposto faz nascer a ABS, faz pensar-se em uma ESF, faz montar uma PNH, sendo os conteúdos, diretrizes e propostas desta última o pano de fundo sobre o qual nos debruçamos neste trabalho. A saber, os principais eixos que discutimos, dentro da PNH, foram a criatividade, a autonomia, a responsabilização e o trabalho em equipe. No entanto, estes movimentos muitas vezes são construídos e materializados mais na base da reprodução dos velhos modos de pensar enunciados em módulo de protocolo, encerrando-se a nível macro-estrutural, do que levando sua potência transformadora adiante, de fato na realidade cotidiana dos serviços.

Foi apontado que o próprio conceito de humanização pode também ser entendido e tomado enquanto sintoma, paralisante e reprodutor. Retomo Merhy, neste momento, quando diz que as mudanças propostas constituem-se em uma tarefa, e que

ou esta é uma tarefa coletiva do conjunto dos trabalhadores de saúde, no sentido de modificar o cotidiano do seu modo de operar o trabalho no interior dos serviços de saúde, ou os enormes esforços de reformas macro-estruturais e organizacionais, nas quais nos temos metido, não servirão para quase nada. (MERHY, 1997, p. 72).

Entre os anuncios da necessidade de mudanças e sua materialização, não pudemos estabelecer relações causais, binárias, causa-consequência entre linhas de força e relações estabelecidas entre trabalhadores e entre trabalhador e usuário neste cotidiano. É a vivência cotidiana que pode nos apontar quais e como se conformam estas linhas que habitam a realidade do serviço de saúde.

Tomamos a direção de entrarmos no estabelecimento de saúde para vivê-lo, vivenciá-lo, com e em todos os sentidos. E nesta perspectiva “de dentro”, os textos sobre o método cartográfico nos foram essenciais. Os temas fundamentais da PNH constituíram-se em norte, não de forma programática, não enquanto crivo, mas como bússola que nos indicou o que estávamos procurando, inclusive para identificar os momentos em que também nos surpreendemos, ultrapassamos e extrapolamos estes temas. Elencamos uma ESF por constituir-se em importante espaço que visa as mudanças de modelo almejadas.

Assim, o objetivo geral deste trabalho foi mapear os modos de produção e captura dos movimentos de humanização que se constituem na micropolítica do processo de trabalho de uma equipe de ESF. E, como desdobramento, a interpretação das práticas, considerando as dimensões da PNH, e a análise da produção de subjetividades e realidades que podem incorporar estes temas, estabeleceram-se como objetivos específicos.

O que pudemos mapear? É assim, em meio às engrenagens do tradicionalismo e do capitalismo, que o sistema de saúde e a humanização ainda encontra resistências para as mudanças anunciadas pelo SUS, pela ABS, e pela política pública de humanização, a PNH. Podemos visualizar que

no estabelecimento de saúde estudado, as linhas corruptoras das ideias que atravessam toda a história da saúde ainda estão fortemente presentes, que em vários momentos mostram a composição uma superfície em que circulam objetos institucionais dominantes como policiamento, hierarquia verticalizada, fragmentação do processo de trabalho, primazia do saber científico, isolamento, burocratização, desarticulação política.

Estas identidades, estas faces instituídas que circulam na equipe, reproduzindo as relações de poder que podem ser identificadas no exército, na escola tradicional, no sistema de saúde fragmentário e produtivista, por vezes estabelecem relações de dominação e de exploração, de poder. Uma divisão de tarefas e de lugares, por vezes não tão explícita, mas denunciada em vários momentos, delegam a trabalhadores historicamente desqualificados, em relação ao status, ao salário, ao saber, funções consideradas por eles próprios como menores, relegadas à cozinha ou à organização burocrática.

Na outra face, encontramos os trabalhadores de nível superior, muitas vezes acometidos pelo sentimento de impotência, sentindo-se isolados em suas salas, ou tendo que carregar sozinhos toda a responsabilidade sobre as decisões na equipe. Neste sentido, o trabalho em equipe fica circunscrito à esta dimensão binária e hierarquizada de atribuição/manutenção de desempenho de papéis tradicionalmente relacionados ao poder. Neste sentido, este jogo de atribuição de poderes e valores implica também na colmatação da autonomia e da responsabilização, pois se admite um suposto verdadeiro autor da obra da produção de saúde, que nunca pode ser aquele mesmo que diz se sentir oprimido ou carregado demais. Estes são os seus atravessamentos.

Percebe-se, como consequência, apatia de não se sentir parte, de se sentir objeto do processo de trabalho, processo de reificação de todos os trabalhadores, seja o valorizado, enquanto objeto de potência fixada nos seus atributos de conhecimento, saber, salário, etc, seja o desvalorizado, enquanto objeto menor que tudo isso.

Sobre a relação entre trabalhadores e usuários, também podemos visualizar estes atravessamentos. O policiamento, característico de modelos de atenção passados no Brasil em várias épocas, se atualiza nas visitas e nas reuniões de equipe. Foi observado também em alguns momentos um

movimento de derresponsabilização pelo cuidado ao usuário, fortemente ancorado na hierarquia e nos protocolos de atendimentos.

No entanto, os temas fundamentais da PNH aparecem em algumas brechas desta superfície instituída. Ainda que pontualmente marcados, em espaços não considerados oficiais dentro da equipe, que nas análises foram identificados como estando do lado de fora, ou nos guetos, observaram-se intervenções de alguns trabalhadores que apontavam principalmente para a criatividade e autonomia, mas que, no entanto, permaneciam restritos e por debaixo do véu institucional. Estes momentos mostraram que há muita potência no conhecimento informal, ou seja, fora das formas tradicionais do que se entende por conhecimento, no acúmulo de experiência dos trabalhadores, nas crenças pessoais e nos momentos de proximidade com os usuários, para a produção do cuidado, dos modos como eles são, não da maneira que foram idealizados, mas que precisam ser incluídos em espaços de compartilhamento da equipe, como as reuniões, por exemplo.

Percebe-se que ainda há a produção de corpos docilizados por relações uma grande distância subjetiva entre a equipe e os usuários e entre diferentes categorias de trabalhadores. No entanto, há em alguns espaços, fissuras, rupturas instituintes para a produção do cuidado humanizado, que incluem a criatividade e a autonomia. Faz-se necessário, portanto, um uso dos espaços institucionais que vise a inclusão, em todo o processo de trabalho cotidiano da equipe, destes movimentos de humanização, destas subjetividades em produção ainda “do lado de fora”, para que se possa, assim, articular a autonomia e a criatividade identificadas nos guetos, com a responsabilização dos seus agentes, e a inserção efetiva no trabalho em equipe, para que, de fato, seja constituído um trabalho de equipe.

## REFERÊNCIAS

## 7. Referências

ABRAHÃO, A. L. da S. O hospital e o Sistema Único de Saúde: a gestão hospitalar na perspectiva da micropolítica. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 75 – 98.

ALVAREZ, J; PASSOS, E. **Cartografar é habitar um território existencial**. In: E. Passos, V. Kastrup; L. Escóssia (Orgs.). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina. 2009.

AZAMBUJA, E. P. et al. Significados do trabalho no processo de viver de trabalhadoras de um programa de saúde da família. **Texto & Contexto - Enfermagem.**, Florianópolis, v. 16, n.1, Mar. 2007. Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php](http://www.scielo.br/scielo.php)>. Acesso em: 21 Mar. 2009.

BAPTISTA, T. W. F. O direito à saúde no Brasil: sobre como chegamos no Sistema Único de Saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 11-41.

BARBOZA, L. **Cartografias plurais: memórias de uma Psicologia mal-dita**. 2009. 156 f. Tese (Doutorado) Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2006.

BAREMBLITT, G. **Introdução à esquizoanálise**. 2 ed. Belo Horizonte: Inst. Félix Guattari, 2002.

BARROS, L. P; KASTRUP, V. **Cartografar é acompanhar processos**. In: E. Passos, V. Kastrup; L. Escóssia (orgs.). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina. 2009

BENEVIDES, R.; PASSOS, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. **Ciência &Saúde Coletiva**, v.10, n.3, 2005a.

\_\_\_\_\_. Humanização na saúde: um novo modismo? **Interface – Comunic.,Saúde, Educ.**, v.9, n.17, p.389-94, 2005b.

BRASIL. Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Homologada a Resolução CNS nº 196, de 10 de outubro de 1996, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 08 set. 2008.

BRASIL. Portaria nº 648, de 28 de março de 2006. Aprova a política nacional de atenção básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica para o programa saúde da família (PSF) e o programa agentes comunitários de saúde (PACS). Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 11 set. 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanizausus**. Política Nacional de Humanização: A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília-DF, 2004. Disponível em: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>. Acesso em: 11 set. 2008.

BRASIL. **Ministério da Saúde. Programa nacional de desprecarização do trabalho no SUS**. Brasília-DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Trabalho e redes de saúde: valorização dos trabalhadores da saúde**. 2.ed. Série B. Textos Básicos de Saúde, Brasília-DF, 2006.

CALLIGARIS, C. **Considerações sobre novos desejos**. Disponível em: <<http://contardocalligaris.blogspot.com/>> . Acesso em: 02 jun. 2011.

CAMPOS, G.W.S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E. *et al.* (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde. Atenção Primária, seminário para construção de consensos; **Série CONASS documenta, Cadernos de Informação técnica e memória do Progestores**, Brasília, n. 2, , 2004.

CORBO, A. D'A.; MOROSINI, M. V. G. C. Saúde da Família: história recente da reorganização da atenção à saúde. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. p. 157 – 181.

DELEUZE, G. **O que é um dispositivo?** In: G. Deleuze, *O mistério de Ariana* Lisboa: Veja, 1996.

\_\_\_\_\_. **Nietzsche e a filosofia**, Tr. de Ruth Joffily Dias e Edmundo Fernandes Dias, Rio de Janeiro: Rio, 1976.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-14, 2004.

SCOREL, S.; NASCIMENTO D. R.; EDLER, F. C. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, N.T. *Et al.* **Saúde e Democracia**: história e perspectivas do SUS. São Paulo: Fiocruz, 2005.

FIGUEIREDO, M.A.C. **Modelos, sistemas interpretativos e estratégias de saúde nas relações de produção**. 5ª-Unidade da disciplina Organização do Trabalho e Saúde do Trabalhador. Programa de Graduação em Psicologia. FFCLRP USP, 2001

FORTUNA, C. M. **O trabalho em equipe numa unidade básica de saúde**: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades – em busca do desejo, do dever e de singularidades. 1999. 236 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

\_\_\_\_\_. **Cuidando de quem cuida**: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção da vida. 2003, 197 p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da medicina social**. In: *Microfísica do poder*. 18 ed. Rio de Janeiro: Graal, 2003.

FRANCO, T. B.; MERHY, E.E. PSF: Contradições de um programa destinado a mudança do modelo tecnoassistencial. In: **O trabalho em Saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: HUCITEC, 2003.

FREIRE, P. **Educação e atualidade brasileira**. Recife: Universidade Federal do Recife, 1959.

FREUD, S. **Totem e Tabu**. E.S.B.VOL.XIII, 1913.

GIL, A. Carlos. **Como elaborar projeto de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2005.

GUATTARI, F. **Somos todos grupelhos**. In: *Revolução Molecular. Pulsações Políticas do Desejo*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1981.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica, cartografias do desejo**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1986.

GUIC S, Eliana; BILBAO R, Angeles; BERTIN, Camilo. *Estrés laboral y salud en una muestra de ejecutivos chilenos*. **Rev. Méd. Chile**, Santiago, v. 130, n. 10, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.cl/scielo.php>> Acesso em: 23 Mar. 2009.

HARDT, M. **A sociedade mundial de controle**. In: Alliez , Éric . Gilles Deleuze: uma vida filosófica. São Paulo: Ed. 34, 2000.

KASTRUP, V. **O funcionamento da atenção no trabalho do cartógrafo**. In: E. Passos, V. Kastrup; L. Escóssia (orgs.). *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina. 2009.

LACAN, J. **O Seminário, Livro VII, A ética da psicanálise**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1988.

MARTINS, G.A. **Estudo de caso: uma estratégia de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2006.

MARX, K. **O capital**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.v.1.

MENDES, E. V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará, 2002.

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

\_\_\_\_\_. **Saúde: A cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

MILLER, J. **O osso de uma análise**. Salvador: EBP-BA/Biblioteca Agente, 1998.

MINAYO, M. C. de S. Estrutura e sujeito, determinismo e protagonismo histórico: uma reflexão sobre a práxis da saúde coletiva. In: O sujeito e a subjetividade na práxis da saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 7-19, 2001.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MISHIMA, S. M. **A gerência de serviços de atenção primária à saúde como instrumento para a reorganização da assistência à saúde - o caso do Programa de Saúde da Família**. Ribeirão Preto, 2003. 153 p. Tese de Livre Docência. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MORIN, E. **Complexidade e ética da solidariedade**. In: CASTRO, G. et al Ensaio de complexidade. Porto Alegre: Sulina, 1997.

PASSOS, E; BARROS, R. B. **A cartografia como método de pesquisa-intervenção**. In: E. Passos, V. Kastrup; L. Escóssia (orgs.). Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina. 2009a.

\_\_\_\_\_. **Por uma política de narratividade**. In: E. Passos, V. Kastrup; L. Escóssia (orgs.). Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina. 2009b.

PASSOS, E; EIRALDO, A. **Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador**. In: E. Passos, V. Kastrup; L. Escóssia (orgs.). Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Sulina. 2009.

PEREIRA, M.J.B. **Avaliação das características organizacionais e de desempenho das unidades de atenção básica em saúde do Distrito Oeste do município de Ribeirão Preto**. 2008, 237 p. Tese (Livre Docência) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

----- **O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar – potência para a (re) construção da prática de saúde e de enfermagem**. Ribeirão Preto, 2001, 314 p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

PERES, R.S.; SANTOS, M.A. Considerações gerais e orientações práticas acerca do emprego de estudos de caso na pesquisa científica em psicologia. **Interações**, v. x, n.20, p. 109-126, jul-dez, 2005.

PUCCINI, P.T.; CECÍLIO, L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p.1342-1353, set-out, 2004.

RIBEIRO, E. M.; PIRES, D.; BLANK, V. L. G. A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 2 p. 438-446, mar.-abr. 2004.

ROCHA, S. M.M; ALMEIDA, M.C.P. O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 6, p. 96-101, dez. 2000.

SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 6, n. 1, p. 151-164, 2001.

SÁ, E.T. **Possibilidades e limites de reconstruir a recepção das unidades básicas de saúde – (re) conhecendo o trabalhador**. 2006. 126 f. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO (SMS – RP). **Rede Municipal de Saúde**, 2008. Disponível em: <[www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade](http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade)>. Acesso em: 22 set. 2008.

SILVA, J.P.V; LIMA, J.C. Sistema Único de Saúde: Reafirmando seus Princípios e Diretrizes para Fazer Avançar a Reforma Sanitária Brasileira. In: Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio (Org.). **Textos de apoio em políticas de saúde**. 20.ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005. p. 43-75.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: Unesco/MS, 2002.

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

TRAD, L. Humanização do encontro com o usuário no contexto da atenção básica. In: DESLANDES, S. (org.) **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VARELA, F. O reencantamento do concreto. In: PELBART, P. P.; COSTA, R. (Org.) **Cadernos de subjetividade**: o reencantamento do concreto. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 71-86.

VIEIRA, C. M.; CORDEIRO, M. P. Trabalho e subjetividade: intervenção psicossocial envolvendo uma equipe de profissionais do "Programa Saúde da Família". **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 57 p. 58-74, 2005.

## APÊNDICE

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Decreto 93.933 de 14/01/87; Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde)

Prezado(a)

Sr(a) \_\_\_\_\_

Estamos realizando uma pesquisa com a qual pretendemos estudar o processo de trabalho desta equipe de Saúde da Família, com o objetivo de identificar e analisar os fatores presentes no dia a dia de trabalho que dificultam ou favorecem a humanização, tanto da assistência prestada quanto do ambiente de trabalho.

Para tanto, convidamos você a participar deste estudo, através do consentimento da realização da observação de seu trabalho pelo pesquisador, na qual este acompanhará, sem intervenções diretas, suas atividades profissionais (recepção, consultas, pré e pós-consulta, reuniões, grupos, visitas domiciliares, entre outras). Gostaríamos de esclarecer que as informações emitidas por você não causarão nenhum dano, risco ou ônus à sua pessoa e também asseguramos total sigilo sobre sua identidade e que tem o direito de deixar de participar do estudo, em qualquer momento, sem que isso traga prejuízo para si mesmo. Poderá solicitar esclarecimentos quando sentir necessidade e os dados coletados serão divulgados e utilizados em publicações e eventos científicos da área da saúde. Para comunicar-se com o pesquisador Lucas Vinco de Oliveira Campos, aluno de Pós-Graduação do mestrado da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, situada à Avenida Bandeirantes, 3900, Bairro Monte Alegre, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902 e também com a Prof<sup>a</sup> Maria José Bistafa Pereira, orientadora da pesquisa, fazer contato no endereço acima citado ou pelos telefones (16) 3602.3403 e (16) 3602.3391.

Caso concorde em participar deste estudo solicitamos o preenchimento dos dados abaixo:

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_

—,  
Abaixo assinado, tendo recebido todas as informações acima e ciente dos meus direitos conforme relacionados, concordo em participar da pesquisa “A Estratégia de Saúde da Família em sua micropolítica: um estudo de caso sobre a Humanização dos processos de trabalho”.

\_\_\_\_\_  
Local, Data

Assinatura Voluntária

\_\_\_\_\_  
Local, Data

Assinatura do Pesquisador