

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESPÍRITO SANTO
CENTRO DE CIÊNCIAS JURÍDICAS E ECONÔMICAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO

HENRIQUE ANTÔNIO CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA

**A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA
CONTRIBUIÇÃO DA ANÁLISE ERGOLÓGICA À
ADMINISTRAÇÃO**

VITÓRIA
2007

HENRIQUE ANTÔNIO CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA.

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA CONTRIBUIÇÃO DA ANÁLISE ERGOLÓGICA À ADMINISTRAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração na área de concentração Gestão Organizacional.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica de Fátima Bianco.

VITÓRIA
2007

HENRIQUE ANTÔNIO CASAGRANDE DIAS DE ALMEIDA

A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA CONTRIBUIÇÃO DA ANÁLISE ERGOLÓGICA À ADMINISTRAÇÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Administração do Centro de Ciências Jurídicas e Econômicas da Universidade Federal do Espírito Santo, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Administração na área de concentração Gestão Organizacional.

Aprovada em 28 de fevereiro de 2007.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Mônica de Fátima Bianco
Universidade Federal do Espírito Santo
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Maria Elizabeth Barros de Barros
Universidade Federal do Espírito Santo

Prof.^a Dr.^a Rosinha da Silva Machado Carrion
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof.^a Dr.^a Antonia de Lourdes Colbari
Universidade Federal do Espírito Santo
Suplente

Jamais completaria tão longa jornada sem o auxílio daqueles que, mesmo em gestos mais simples, transmitiam-me enorme força. A Deus, que sempre se fez presente por meio de minha querida família e de Stela, aos professores do Programa e aos profissionais da Unidade de Saúde de Jardim da Penha, a minha mais sincera gratidão.

RESUMO

Ao utilizar o referencial teórico da Ergologia, torna-se possível analisar em detalhe as situações de trabalho de uma Equipe de Saúde da Família localizada em uma Unidade de Saúde da Família de um bairro do município de Vitória, Espírito Santo. Tal referencial, complementado pelos aportes da cartografia, permitiu evidenciar a complexidade que envolve os serviços de saúde, exigindo desses profissionais constantes usos de si e, muitas vezes, renormalizando o trabalho prescrito. Essas escolhas estão, invariavelmente, ligadas aos valores e à micro-história de cada um desses sujeitos, demonstrando que modelos homogeneizantes de gestão, que se dizem capazes de descrever e antecipar o real jamais chegam a se efetivar, pois ignoram esses “atores invisíveis”. Por outro lado, buscou-se demonstrar que todo trabalhador gere uma infinidade de aspectos no exercício de sua profissão e que a Administração ao reconhecer a autonomia desses atores, por meio de sua capacidade renormalizante, dá um importante passo no sentido de melhorar processos e as próprias situações de trabalho.

Palavras-chave: Ergologia. Estratégia de Saúde da Família. Usos de si. Trabalho. Cartografia. Gestão.

RÉSUMÉ

La utilisation de le référentiel théorique de l'Ergologia, rend possible analyser en détail les situations de travail d'une Équipe de Santé de la Famille localisée dans une Unité de Santé de la Famille d'un quartier de la ville Vitória, Espírito Santo. Cette référentiel, complété par les accostes de la cartographie, a permis de prouver la complexité qu'implique les services de santé, exigeant de ces professionnels constants usages de soi et, beaucoup de fois, renormalisant le travail prescrit. Ces choix sont invariablement liés aux valeurs et à la micro-histoire de chacun de ces sujets, démontrant que des modèles qu'essayent de traiter de forme homogène la gestion, qui se disent capables de décrire et prévoir le réel jamais arrivent à s'accomplir, donc ignorent ces "acteurs invisibles". D'autre part, s'est essayé démontrer que tout travailleur gère une infinité d'aspects dans l'exercice de sa profession et que l'Administration au moment que reconnaît l'autonomie de ces acteurs, au moyen de sa capacité renormalisant, marche vers la direction d'améliorer des processus et les situations de travail.

Mots-clé: Ergologie. Stratégie de Santé de la Famille. Usages de soi. Travail. Cartographie. Gestion.

LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica em Saúde

ACS – Agente Comunitário de Saúde

ACZ – Agente de Controle de Zoonoses

APS – Atenção Primária em Saúde

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

CES – Coordenação de Educação em Saúde

EC – Emenda Constitucional

EQSF – Equipe de Saúde da Família

ESF – Estratégia de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial da Saúde

PSDB – Partido da Social Democracia Brasileira

PSF – Programa de Saúde da Família

PT – Partido dos Trabalhadores

SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde

SESA – Secretaria de Estado da Saúde

SIAB – Sistema de Informação da Atenção Básica

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

USFJP – Unidade de Saúde da Família de Jardim da Penha

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	08
1.1	JUSTIFICATIVA.....	10
1.2	PROBLEMA.....	11
1.3	OBJETIVO.....	11
1.3.1	Objetivo Principal.....	11
1.3.2	Objetivos Específicos.....	11
2	REFERENCIAL TEÓRICO.....	13
3	UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE.....	35
3.1	A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE.....	35
3.2	A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA.....	39
3.3	A QUESTÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS.....	41
3.4	O SERVIÇO DE SAÚDE NA ESF.....	43
4	ASPECTOS METODOLÓGICOS E PROTOCOLARES DA PESQUISA.....	47
4.1	CARTOGRAFIA, UMA INTRODUÇÃO.....	51
4.2	DESENHO DA PESQUISA E CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS.....	55
5	A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA OTAVIANO RODRIGUES DE CARVALHO.....	60
6	A PESQUISA DE CAMPO.....	68
6.1	A PESQUISA NA USFJP.....	69
6.1.1	As Rodas de Educação Permanente.....	69
6.1.2	Cotidianos na USFJP.....	76
6.1.3	As Reuniões da Equipe Seleccionada.....	81
6.2	AS VISITAS DOMICILIARES.....	86
7	ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES.....	118
7.1	LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....	121
8	REFERÊNCIAS.....	123

1- INTRODUÇÃO

No ano de 1994 o Ministério da Saúde deu início ao Programa de Saúde da Família (PSF) que, inserido na proposta da Atenção Básica em Saúde (ABS), objetivou reorientar o modelo assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Buscava-se, com isso, substituir o modelo hospitalocêntrico, centralizador, voltado à cura, por um modelo mais preventivo e democrático e que, em termos de política de saúde, demonstrasse eficiência tanto em âmbito econômico, quanto na resolutividade dos problemas da população¹.

A proposta do PSF, que mais tarde passou a ser chamado de Estratégia de Saúde da Família (ESF) é atingir o maior número de pessoas dentro de uma área geográfica e população definidas em âmbito municipal (áreas e suas subdivisões, as micro-áreas), por meio de ações básicas preventivas e promocionais de saúde. As unidades básicas de saúde (“postos de saúde”) têm seu funcionamento reformulado segundo os pressupostos da Estratégia de Saúde da Família, transformando-se em Unidades Básicas de Saúde da Família e as equipes multiprofissionais, que as integram, são responsáveis pelo acompanhamento ostensivo e permanente de determinado número de indivíduos e famílias residentes em suas áreas de abrangência, criando vínculos entre os profissionais de saúde e a comunidade, tornando-se por consequência, um modelo mais humanizado.

A Estratégia tem como princípios básicos a Integralidade das Ações de Saúde, Hieraquização dos Serviços de acordo com a complexidade requerida, Territorialização e Cadastramento da população adstrita, Família como foco da assistência e Atuação por meio de equipes multiprofissionais que devem ter composição mínima obrigatória de: um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e agentes comunitários de saúde, atuando em tempo integral (40 horas semanais). Os municípios podem ainda adicionar às equipes outros profissionais como cirurgião dentista, assistente social, psicólogo, fisioterapeuta, nutricionista etc. (BRASIL, 2006).

¹ Os estudos de Machline e Campos (2005) e de Cianciarullo, Silva e Cunha (2005) demonstram a eficiência da ESF nessas duas dimensões. Em tempo, os termos eficiência e eficácia são discutidos no Referencial Teórico.

Observa-se também a necessidade de uma harmônica articulação entre Governo Federal, estados e municípios, para o êxito da ESF, pois é imperativo mobilizar uma verdadeira cadeia de atores, recursos materiais e financeiros, informação, instituições de ensino e de saúde, principalmente para os estados e municípios menores que não detêm uma estrutura capaz de sustentar, a contento, a ESF (AZOURY, 2003).

Em contrapartida, no chamado modelo hospitalocêntrico, as ações são voltadas para a cura das doenças e não à prevenção, o indivíduo é percebido como um mero objeto de intervenção totalmente à parte de seu contexto social, resumindo-se à dimensão biológica, os hospitais são vistos como meio e fim do trato aos pacientes, atendendo, dessa forma, apenas à demanda espontânea e, por isso, é enfatizado o uso de medicamentos e exames cada vez mais modernos e caros, tornando-se um modelo insustentável até para os países mais ricos.

Todavia, uma transformação dessa profundidade, que leve à transição entre dois modelos tão divergentes não é possível de ser efetivada apenas com prescrições emanadas pelo Ministério da Saúde. São necessárias alterações de ordem legal, estrutural, de processos e de formação de profissionais que irão atuar dentro dessa nova lógica de promoção da saúde, a Estratégia de Saúde da Família. Assim, é necessário que o modelo de gestão também sofra alterações.

É dentro desse contexto que se torna pertinente analisar o serviço prestado pelos profissionais da ESF à população sob a ótica da gestão, embasada pelos princípios da Ergologia, pois tal abordagem permite, ao contrário de inúmeros “modelos” na Administração, uma análise ampla e profunda dos diversos componentes da subjetividade social² que, por se encontrarem presentes na formação e vida desses profissionais, apresentam-se também, e indissociavelmente, em seus trabalhos.

² Utiliza-se aqui tal expressão como definida por Rey (2003, p.146): “sistema integral de configurações subjetivas (grupais ou individuais) que se articulam nos vários níveis da vida social, envolvendo-se de maneira diferenciada nas várias instituições, grupos e formações de uma sociedade concreta.”.

A Ergologia, construto teórico de origem na ergonomia francesa (SCHWARTZ, 2004a), busca compreender, ao analisar a lacuna entre as normas antecedentes e o trabalho real, como o sujeito recombina seus saberes, suas experiências, posiciona-se no fluxo das comunicações, executa arbitragens e julgamentos baseados em valores, para proceder às chamadas renormalizações, que guardam em si toda a riqueza da categoria trabalho.

1. 1 - JUSTIFICATIVA

O sistema de saúde brasileiro apresenta uma crise estrutural que se arrasta há décadas, sendo, tal cenário calamitoso, consequência de restrições financeiras, de vontade política, de corrupção, de aparato legal e de outras causas, não se deve, todavia, negar a importância que a Gestão tem nesse processo de recuperação do Sistema de Saúde. É justo ressaltar também, que ações em âmbito federal, estadual e municipal estejam contribuindo para o progresso do SUS.

Aperfeiçoar o fluxo dos processos, a resolutividade dos sistemas, a gestão dos serviços prestados à população e a concepção de políticas são atribuições que cabem à Administração. Obviamente, o intento dessa pesquisa não é tão presunçoso, mas se acredita que o “olhar da Administração” sobre um objeto tão central em nossa sociedade – a Saúde Pública, justifica-se pela contribuição de um ramo do conhecimento que é capaz de auxiliar a sociedade a edificar um Sistema de Saúde eficiente e, sobre tudo, equânime.

Descendo o nível de análise para o objeto dessa pesquisa – o serviço prestado pelas Equipes de Saúde da Família, esta dissertação é relevante pois ao observar e apreender a dinâmica desse serviço, bem como a pluralidade de variáveis nele implicada, analisando as situações de trabalho e reconhecendo os indivíduos em seus contextos sócio-culturais responsáveis em grande parte pela “produção” desse próprio trabalhador, abre-se a possibilidade de gerir este serviço de uma forma inovadora, que concilie história, contexto e atividade laboriosa, sem a necessidade de impor a tais trabalhadores a racionalidade

econômica frenética ou teorias motivacionais rasas, elaboradas por gurus do *management*.

Destarte, o estudo desse serviço desenvolvido pelas Equipes de Saúde da Família terá como “pano de fundo” um referencial teórico que, embora recente, já tem demonstrado grande capacidade analítica para explicitar uma série de aspectos que até então não eram valorizados por outras teorias e, por isso, acredita-se que se justifica a utilização da Ergologia como referencial teórico-analítico. Aprofundamentos sobre a abordagem ergológica serão feitos na seção Referencial Teórico.

Diante dessa breve introdução, pode-se apresentar o problema de pesquisa.

1.2 – PROBLEMA

Como a análise da complexidade do serviço prestado pelos profissionais da ESF realizada sob a perspectiva da abordagem ergológica pode, ao problematizá-lo, contribuir para a gestão das atividades que o envolve?

1.3 – OBJETIVO

1.3.1 – objetivo principal

Analisar a complexidade do serviço prestado aos moradores do bairro Jardim da Penha por uma Equipe de Saúde da Família da Unidade de Saúde desse bairro e ainda, compreender as atividades dessa equipe acompanhando as visitas domiciliares, sempre referenciado pela abordagem ergológica.

1.3.2 – objetivos específicos

- Apreender o serviço prestado à população pelas EqSF para que se possa entendê-lo como um “local de encontro” de diversos fatores que acabam por torná-lo de grande complexidade;

- Evidenciar a necessidade de a gestão ir além do prescrito para entender as renormalizações realizadas pelos profissionais envolvidos;
- Contextualizar a ESF no Brasil, mais especificamente em Vitória, descrevendo a dinâmica da USF de Jardim da Penha;
- Contribuir para a consolidação e expansão da abordagem ergológica em trabalhos na Administração.

2 – REFERENCIAL TEÓRICO

“A Ergonomia é uma propedêutica da Ergologia”, escreveu Schwartz (apud TELLES; ALVAREZ, 2004, p.72). A ergonomia teve o mérito de explicitar uma gama de conhecimentos e de saber-fazer apoiado em experiências dos atos industriais, inclusive os de aparência mais simples (SCHWARTZ, 2004a).

Sobre a ergonomia, Schwartz (2004a, p.148) faz a seguinte observação:

Pelo fato de ter sabido olhar para a atividade em um nível infinitesimal a ergonomia evidenciou – ou simplesmente sugeriu – estas arbitragens incessantes que acentuam e manifestam as formas assumidas pelas seqüências de operações e de intervenções multiformes: segurança/produzitividade, rapidez/qualidade, cuidado com a economia individual/cuidado com o bem-estar coletivo, saúde/desempenho...arbitragens que se fizeram necessárias por se tratar de seres humanos atuando em seus meios, onde há múltiplas (micro) variabilidades, entre as quais incluem-se as que lhe são próprias. Estes movimentos sempre remetem a dimensões muito complexas, indo da quase inconsciência do corpo e suas “saborias” às considerações mais sociais e culturais que circunscrevem campos ou meios de ação extremamente variáveis e lábeis no seio dos quais estas arbitragens adquirem sentido (*self*, o micro-coletivo, a equipe, o serviço, a empresa, o grupo social, a nação...).

Mas, devido ao foco de a ergonomia ser centrado na situação de trabalho em si e à limitação de seu aporte teórico para leituras mais complexas, foi necessário criar um novo construto que permitisse tal análise, a Ergologia. Durrive e Schwartz (2001, p.4-5, tradução nossa) fazem a seguinte conceituação de Ergologia:

É uma via que tenta desenvolver dentro do campo das práticas sociais e com a finalidade de elaborar saberes formais, dispositivos de três pólos em toda parte que seja possível. Onde há uma dupla confrontação:

- Confrontação dos saberes entre si;
- Confrontação dos saberes com as experiências da atividade, estas, como matrizes de conhecimento.

Esses dispositivos de três pólos são explicados à diante. Telles (apud TELLES; ALVAREZ, 2004) relatando sobre sua tese de doutorado na qual foi pesquisada uma cooperativa popular, expõe a limitação da abordagem ergonômica e afirma que os conceitos da ergologia permitiram ampliar o nível de análise. Ela diz que, durante o trabalho de campo, quando tentava entender a organização do trabalho em uma cooperativa pesquisada, os elementos da ergonomia não bastavam, pois era preciso sair da situação de trabalho estudada e buscar a

história, conhecer as experiências, os valores dos trabalhadores para entender as escolhas que faziam em suas atividades. Segundo a autora, a noção de normas antecedentes possibilitou a ampliação do termo trabalho prescrito, trazendo esses elementos que faltavam para a compreensão das escolhas que faziam.

Em outro fragmento da mesma obra, Telles e Alvarez (2004, p.79) voltam a defender a capacidade analítica da ergologia, demonstrando a limitação da ergonomia para a análise dos elementos constituintes da *atividade de trabalho*³:

[...] Mas ele (Schwartz) se pergunta se o verdadeiro ponto decisivo não seja que ela (a Ergologia) tenha desvendado que o que distancia o prescrito do real são de fato decisões, julgamentos orientados por critérios. Aqueles que adotam a abordagem ergológica identificam que a ergonomia não vai até o fundo de sua descoberta e que ela fornece por vezes uma interpretação curta à distância prescrito – real: devemos nos interessar pela atividade das pessoas a fim de verificar a variabilidade, para que possamos produzir modelos⁴ de concepção que integrem esta variabilidade intrínseca das situações de trabalho, permitindo assim sua gestão.

Para compreender a variabilidade descrita acima se faz necessário, primeiramente, entender o que é para a ergologia a categoria “**normas antecedentes**”.

As normas antecedentes englobam e ampliam o conceito de trabalho prescrito de origem na ergonomia. Tais normas são tudo aquilo que encaminha uma ação a uma direção concebida *a priori* (daí “antecedentes”). Schwartz (1995) aponta três aspectos que demonstram o caráter híbrido da noção de normas antecedentes.

O primeiro deles consiste no fato de que estas normas contemplam “restrições de execução hétero-determinadas” (1995, p.20), ou seja, há imposições do meio que freqüentemente são identificadas como algo negativo, algo a ser evitado, o prescrito é, às vezes “assimilado à expressão de um dogmatismo científico amparado por um poder social” (SCHWARTZ, 1995, p.20), mas

³ Esse é outro conceito da Ergologia, ainda sem definição precisa, mas compreendido por Telles e Alvarez (2004, p.71) como “a maneira pela qual as pessoas se engajam na gestão dos objetivos do trabalho, num lugar e num tempo determinados, servindo-se dos meios disponíveis ou inventando outros”.

⁴ Modelos não no sentido de algo prescrito, rígido, mas sim entendido como linhas de ação.

ressalta que o prescrito, ou melhor, as normas antecedentes, desempenham um papel fundamental na atividade de trabalho, sendo responsáveis pela determinação dos parâmetros elementares para que o trabalho ocorra.

Um segundo aspecto diz respeito à compreensão das normas antecedentes como construções históricas:

Duraffourg e seus colaboradores afirmam que a dimensão prescrita é o resultado de um patrimônio conceitual, científico e cultural. Precisaram ainda que, neste patrimônio, podemos identificar dentre outros, “o nível técnico-científico atingido e a história sempre particular que conduziu a este nível, os saberes-fazer historicamente constituídos, as linguagens que os formalizam e que permitem sua expressão, os modos de vida que estruturam as relações ao tempo, ao espaço, à comunidade, etc” (DURAFFOURG et al, s/d). Deste modo, podemos dizer que as normas antecedentes são constituídas por “aquisições da inteligência e da experiência coletiva – portanto mais ou menos recebidas como bens ‘de todos’” (SCHWARTZ, 1995, p.598). [...] “este patrimônio, verdadeira matéria-prima das situações de trabalho, é instrumentado por escolhas sócio-econômicas, que se exprimem sob a forma de objetivos, de decisões a respeito das condições e meios a serem empregados, de dispositivos hierárquicos, de procedimentos de avaliação, etc.” (DURAFFOURG et al, apud SCHWARTZ, 1995, p.20).

Esse fragmento acima permite desdobramentos que ratificam a dimensão muito mais ampla das normas antecedentes se comparada à noção de trabalho prescrito. As normas antecedentes são permeadas por valores, cultura e ciência, em âmbito coletivo, social. Indo além, elas abarcam de meios físicos (materiais e equipamentos) para desenvolver atividades até as tecnologias de gestão propriamente ditas.

O terceiro e último aspecto está ligado aos **valores** que essas normas antecedentes representam e que permeiam a organização do trabalho nas instituições e suas relações com o ambiente (SCHWARTZ, 1995). Durrive e Schwartz (2001, p.11, tradução nossa) conceituam da seguinte forma valor:

No sentido subjetivo, é o peso que se atribui mais ou menos às coisas; uma hierarquia, um corte próprio a cada um, a propósito do qual se considera, prefere, ou ao contrário, que se negligencia, rejeita. Em certa medida, é a tentativa de cada um influenciar o meio no qual se encontra (exemplo: um escritório personalizado). O indivíduo não inventa seus valores, mas retrabalha incessantemente aqueles que o meio lhe propõe, singularizando-os parcialmente.

Diante dessa definição de valor, fica mais apreensível a seguinte colocação de Schwartz (2004a, p.148): “a atividade industriosa, como toda a atividade

humana, contém uma arbitragem e por isto está relacionada a valores”. A importância dessa categoria para a análise ergológica reside na pluralidade dos valores e como eles ajudarão a modificar, ou não, a norma antecedente. A renormalização das normas antecedentes se dá quando há um descasamento entre os valores que permeiam a organização e, conseqüentemente, a norma antecedente e os valores dos trabalhadores. No caso de sistemas de saúde, por exemplo, é notório o quanto valores ligados ao “profissionalismo” (como sinônimo de insensibilidade) e “distanciamento profissional-paciente” são cultivados, mas inúmeras vezes escolhas são tomadas na direção oposta à prescrita, por haver um choque entre os valores implícitos na norma antecedente e o implícito (ou explícito) nos profissionais.

Ou como o autor coloca na mesma obra (2004, p.149):

Nenhuma destas micro-decisões pode ser explicada sem que os valores, explícitos ou na penumbra, se unam nestas escolhas quase imperceptíveis e que fazem que uma situação de trabalho tenha uma configuração e nenhuma outra.

Os valores são “os parâmetros” que irão fazer com que o indivíduo opte por determinada conduta⁵ e como a atividade de trabalho é repleta de escolhas, esses valores são constantemente requisitados. A análise da atividade está diretamente relacionada aos valores, o pesquisador deve procurar conhecê-los para que compreenda a razão pela qual se optou por determinada conduta (SCHWARTZ, 2004a).

No entanto, essa tarefa não é simples. A ergologia traz desdobramentos metodológicos, devido a suas características. A forma de conhecer esses valores é um deles. Para que se apreenda os valores envolvidos na atividade é fundamental que se evite a postura da **exterritorialidade**, ou seja, não há como se colocar à distância do trabalho real, na postura clássica do pesquisador (neutra, observador externo etc.), pois dessa maneira, sem o engendramento com a atividade e com o trabalhador, não há como captar os valores. Durrive e Schwartz (2001, p.05, tradução nossa), contribuindo para a compreensão do termo, assim tratam a exterritorialidade:

⁵ Petinelli-Souza, Machado e Bianco (2005, p.04) apresentam a distinção entre conduta e comportamento, de acordo com Dejours. O comportamento é o ato observável, enquanto a conduta “é o que não é visível,

Com origem em certos especialistas que se imaginam estar, de certa forma, acima das situações vivenciadas, colocados acima da história humana, em posição de pseudo-neutralidade que lhes daria autoridade para decretar os valores que vivem em seus semelhantes (atribuindo, geralmente, seu próprio ponto de vista).

Assim, a exterritorialidade deve ser evitada, mesmo porque ela é impossível de se efetivar plenamente. Pesquisador e realidade não habitam universos distintos e não há formas de criar barreiras com intuito de limitar suas fronteiras. Schwartz (2004a, p.154) coloca da seguinte maneira sua crítica à exterritorialidade:

Exterritorialidade duplamente impossível para o pesquisador ou analista [...]: é necessário que ele se transporte ao local da atividade para compreender a unidade operante das atividades – e dos valores mais ou menos “marginalizados”. E por isto o pesquisador não se beneficia de nenhuma situação de privilégio em sua própria relação com os valores, porque também ele oscila entre os dois pólos (prescrito-real). [...] o que é eventualmente exorbitante nas escolhas conceituais, epistemológicas nas “bifurcações” que então evocamos, e que em graus diferentes atingem todas as ciências humanas, não é o elo entre conceito e valores, que afirmamos não podem ser separados. Mas é a pressuposição que as bifurcações e escolhas conceituais poderiam realizar-se em perfeita neutralidade, ou seja, a partir desta impossível exterritorialidade.

Em outro momento, novamente Schwartz (2004a, p.156) se opõe à exterritorialidade:

Ninguém pode julgar a partir de uma posição de exterritorialidade intelectual, mas colocar em circulação conceitos mais gerais, comunicando-se eventualmente com valores de um horizonte mais amplo, leva a que se considerem os complexos locais valores/atividades.

O autor escreve, ainda nessa obra, sobre a impossibilidade de categorizar valores, hierarquizá-los e julgar as atividades como consequência direta deles. E aí adentra outra contribuição da ergonomia, na qual o trabalho é visto como experiência e “encontro”. Os valores têm, realmente, posição central, mas a atividade é permeada de história, normalizações e re-normalizações que, às vezes, podem inclusive alterar os valores iniciais: “Nada existe de estável no mundo, e também não há vida segmentada, átomos de valores como panteões separados das divindades do Olimpo. Promover uma implica reposicionar todas as demais” (SCHWARTZ, 2004a, p.150).

É justamente nos momentos em que o sujeito se vê na posição de privilegiar uma ação e não outras também possíveis que ele adentra a chamada dramática do uso de si. Ele é exigido a escolher um caminho e ele o fará de acordo com seus valores, experiência, história, traumas e situação, ou seja, como se apresenta para ele o contexto no momento da dramática. Tais elementos dotam a atividade de uma singularidade imprevisível, não antecipável.

Por isso, mesmo havendo a aplicação de princípios técnico-científicos, sejam eles quais forem, sempre existirá uma reinvenção local, uma re-configuração de tais princípios feita por quem os executa (e com intensidades também variáveis de re-configuração), de forma que “toda a atividade de trabalho é sempre mais ou menos uma ‘dramática do uso de si’, tomada entre essas normas antecedentes e a necessidade de se dar à si mesmo normas, aí onde as primeiras estão ‘inacabadas’” (SCHWARTZ, 2003, p.05).

Schwartz (1998, p.104) define da seguinte forma a **dramática do uso de si**:

Situação em que o indivíduo tem de fazer escolhas, ou seja, arbitrar entre valores diferentes e, às vezes, contraditórios. Uma *dramatique* é, portanto, o lugar de uma verdadeira micro-história, essencialmente inaparente na qual cada um se vê na obrigação de se escolher ou escolher orientar sua atividade de tal ou tal modo. Afirmar que a atividade de trabalho não é senão uma *dramatique* do uso de si significa ir de encontro à idéia de que o trabalho é, para a maioria dos trabalhadores, uma atividade simples de “execução”, que não envolve realmente sua pessoa.

Abaixo, segue um outro delineamento do termo *uso de si*, feito pelo autor francês em uma obra mais recente:

[...] quando se diz que trabalho é uso de si, isto quer então dizer que ele é o lugar de um problema, de uma tensão problemática, de um espaço de possíveis sempre a se negociar: há não execução, mas uso, e isto supõe um espectro contínuo de modalidades. É o indivíduo no seu ser que é convocado, são, mesmo no inaparente, recursos e capacidades infinitamente mais vastos que os que são explicitados, que a tarefa cotidiana requer, mesmo que este apelo possa ser globalmente esterilizante em relação às virtualidades individuais (2000, p.13).

Há, para a ergologia, duas formas de uso de si: o uso de si por si e o uso de si por outros. O uso de si por outros é, de forma ampla, entendido como o uso “que fazem de você” (SCHWARTZ, 2000, p.15), ou, indo além, é o uso que trata do indivíduo imerso nas normas sócio-econômico-produtivas e nas

instruções operacionais. O uso de si por si é aquele que trata dos compromissos microgestionários (SHWARTZ, 2004b, p. 25), ou o uso que cada um faz de si mesmo. Cada trabalhador se posiciona de uma maneira entre esses dois pólos e entender o que os levam a ocupar esse lugar entre os pólos é uma virtude da ergologia.

“Fundamentalmente, todo ato de trabalho se desenvolve no híbrido”. Esse “híbrido” para o autor é um lugar em que os dois sentidos de uso de si se equilibram. Não um equilíbrio infinito, que uma vez alcançado será “o lugar” do equilíbrio para sempre, mas um equilíbrio momentâneo, um “equilíbrio dinâmico entre os dois pólos contraditórios (que) pode se viver em todos os graus entre o formal e o informal [...]” (SCHWARTZ, 2000, p.16).

Por isso, o uso de si, principalmente o uso de si mesmo, é um momento de grande riqueza para análise do trabalho. Nele há toda uma história permeada por valores, critérios que, re-combinados com o contexto sócio-cultural, induzem a certo comportamento na atividade de trabalho.

As modalidades de uso de si remetem certamente também aos destinos individuais, às negociações, por sua vez, particulares, entre a cena coletiva e o que a história produziu em cada um de nós como marcas “particulares”. Do ser vivo ao ponto de vista privado, permanece-se no individual, do ser vivo aos atos de trabalho, permanece-se na dinâmica da atividade, do trabalho ao privado, na história e o simbolismo.

O filósofo Canguilhem citado por seu colega Schwartz (1995) diz ser uma ilusão capitalista crer que suas normas sejam “definitivas e universais” e este último continua: “ser sujeito de suas próprias normas dá às pessoas o sentido de suas vidas, assim, se dar as normas no trabalho é uma maneira de torná-lo vivível.” Emerge, dessa forma, o conceito de **renormalização**, este indispensável para a abordagem ergológica, pois o indivíduo retrabalha as normas antecedentes de acordo com uma série de critérios, entre eles valores, para conseguir executar o que lhe é proposto face à imprevisibilidade.

Mas qual a relação entre uso de si e renormalizações?

É devido ao uso de si que o sujeito procede às renormalizações, no intuito de adequar à sua “realidade” (realidade apreensível pelo trabalhador) as normas antecedentes.

Schwartz (1995, p.28) assim define renormalização:

Por esta noção compreendemos o processo de retrabalho das normas antecedentes que acontece em todas as situações de trabalho onde, face às variabilidades, as pessoas devem sempre arbitrar e encontrar os meios para atingir (e às vezes para não atingir) os objetivos fixados. Em outros termos, as normas antecedentes, jamais suficientes para “dar conta” da situação presente, são retrabalhadas, ou colocadas à prova por um ser vivente, em busca de reconstruir seu meio em função do complexo de valores que localmente e singularmente é o seu.

Ainda sobre renormalização, Schwartz (2000, p.26) critica a visão rasa da relação homem-trabalho, na qual ela termina por negar a capacidade do sujeito de renormalizar não apenas sua atividade, mas todos os aspectos do meio que lhe impõem determinada coerção. Prossegue combatendo à homogeneização dos sujeitos, que ocorre por meio dos infinitos “modelos” que tentam circunscrever uma massa uniforme de trabalhadores inertes.

[...] Todo conhecimento que se diz científico, mas que não trata o homem senão como objeto, através de “grades”, “modelos”, “comportamentos”, “lógicas sociais”, “práticas”, corpos lingüísticos, regularidades e outros signos socialmente denotados e conotados, não é usurpador, na medida em que a dimensão de potencialidades alternativas habita o estado de coisas, dá conta e ao mesmo tempo manifesta que ele poderia ser completamente diferente do que ele é? Aqui ainda, não é o que manifesta a abordagem do trabalho onde trabalhar de outro modo torna, por sua vez, possível o trabalho prescrito e manifesta que o sujeito sempre contra as coerções materiais, mas também amplamente sociais, re-centra seu uso em torno de normas que ele mesmo teria instituído?

Dessa maneira, normas antecedentes, uso de si e renormalização são três conceitos fundamentais na ergologia que são intimamente ligados uns aos outros e cuja compreensão faz-se necessária para entender que trabalho é sempre gestão, escolha.

Outra idéia importante para a ergologia, e para este trabalho, é a análise histórica. Schwartz (2003, p.02) afirma que “a atividade de trabalho é atravessada de história”, assim, compreender o percurso histórico do sujeito, bem como o do seu entorno social, é essencial para compreender os seus usos de si.

[...] Mas quando se trata do trabalho, se é verdade também, não é de uma “pequena história” de que se trata, de uma história marcada pelo acaso das vidas individuais: nenhuma situação humana, sem dúvida, não concentra, não carrega com ela tantos sedimentos, condensações, marcas de debates de história das sociedades

humanas com elas mesmas quanto as situações de trabalho: os conhecimentos colocados em obra, os sistemas produtivos, as tecnologias utilizadas, as formas de organização, os procedimentos escolhidos, os valores de uso selecionados e, por trás, as relações sociais que se entrelaçam e opõem os homens entre eles, tudo isso cristaliza produtos da história anterior da humanidade e dos povos (SCHWARTZ, 2003, p.02).

Exemplo da importância dessa análise histórica é dado pelo autor acima, em outro texto “Trabalho e Gestão: Níveis, Critérios e Instâncias” no qual relata o caso de uma enfermeira que após ser mãe a dimensão do cuidado com os pacientes se torna mais profunda. A análise feita pelo autor é que existiu na **história** dessa pessoa uma experiência – a maternidade, que influenciou seu conjunto de valores que, por sua vez, modificou sua forma de trabalhar, nem é necessário dizer que a prescrição não capta tal transformação.

Para utilizar uma categoria da Ergologia, essa experiência pertencente à história da enfermeira em questão, provocou uma **renormalização** dos saberes implicados no seu trabalho, saberes aqui compreendidos não como conhecimento técnico, mas tudo aquilo que:

Existe de histórico, de relativamente singular nas situações de trabalho, (que) espraia-se sem descontinuidade das formas de inteligência incorporadas em nosso corpo até os patrimônios de experiências pensadas, raciocinadas, transmissíveis. Eles vão de aprendizagens não conscientes, não expressas em linguagem, dificilmente perceptíveis, às maneiras de fazer socializadas, justificáveis, manifestas (SHWARTZ, 2003, p.03).

Há desdobramentos metodológicos na análise historicista: a história, que é singular de cada indivíduo, não se capta através de questionários. Serão necessárias entrevistas individuais em profundidade com os profissionais das equipes de Saúde da Família pertencentes à população selecionada, mas essas questões serão tratadas na seção metodológica.

Indo além, para a ergologia a gestão não é somente exercida pelos profissionais dos altos níveis das organizações, os especialistas. Trabalhar implica gestão, esta é praticada em **toda** atividade que requeira o componente humano, até mesmo no trabalho taylorista, em que a prescrição era enorme, os operários geriam muitos aspectos de suas atividades. “O trabalho é sempre lugar de acontecimentos complexos” (SCHWARTZ, 2004a, p.148). Em outro artigo de Schwartz (2002, p.133), referindo-se ainda à ergonomia, o escritor

francês cita contribuições de estudos que evidenciaram, justamente nos sistemas tayloristas, aquilo que ele chama de “descompasso” entre trabalho prescrito e trabalho real:

Ter evidenciado esse descompasso nos regimes taylorianos de obediência estrita certamente teve um valor demonstrativo particularmente forte: por uma espécie de raciocínio *a fortiori*, significava mostrar, ao investigar o infinitamente pequeno, que até nos regimes de produção mais rigorosos, nos quais, aparentemente, nenhum espaço sobrava, por princípio, para a variabilidade das circunstâncias e a engenhosidade inventiva, brotavam gestões individualizadas ou microcoletivas de procedimentos, as quais, por realidade, podemos hoje afirmar tratar-se de uma característica própria de toda situação de trabalho ou de atividade qualquer que requeira uma mistura de saberes armazenados num pólo atemporal e de competências geradas e retrabalhadas no pólo do histórico.

Se o prescrito é incapaz de antecipar o real, se os trabalhadores fazem a todo momento escolhas, gestão de suas atividades, então é impossível que exista *the one best way*. Schwartz (2004a, p.149) comprova essa hipótese ao citar outro estudo feito em 1946, intitulado *Études sur l'évaluation des temps de confection* (Estudos para avaliação dos tempos de confecção), que buscava racionalizar os métodos industriais, padronizando, entre outras coisas, a forma como as operárias deveriam colocar as peças nas caixas para facilitar o trabalho da operária vizinha:

Se pensarmos que inexiste a *one best way* o destino destes raros momentos onde se inscreve no vazio, o coletivo permanece suspenso: prestar serviço e até onde, para sua vizinha, mas quem é sua vizinha? Uma amiga, uma companheira da confecção, de trabalho, de exploração? Uma “semelhante” com quem construir um mundo novo? Muitas alternativas são possíveis, como também muitos juízos negativos sobre sua pessoa, ou sobre o objetivo do desempenho da empresa, levando a falhas possivelmente voluntárias e conscientes no posicionamento das peças a serem trabalhadas.

O que ocorre, como consequência da reestruturação produtiva, é a imposição ao trabalhador da necessidade de uma gestão em um espaço mais amplo, pois a complexidade do ambiente torna cada vez mais difícil a prescrição, porém o ponto central ainda é o mesmo: trabalhar é gerir. Nas palavras de Schwartz (2004b, p.24): “As transformações do trabalho vão modificar, dilatar a dimensão gestonária; não vão inventá-la”.

Resumindo os pontos supracitados: os ergologistas defendem que a prescrição é incapaz de promover todas as *antecipações* necessárias à execução do trabalho e, nessa lacuna, é que o trabalhador faz uso de si arbitrando de

acordo com seus valores, experiências e com sua história e, por isso, acaba por re-configurar os saberes da atividade e, conseqüentemente, o próprio trabalho.

Ora nossa tese, mas este nosso é coletivo, é que todo este conjunto de normas, de saberes, de concentrados de história passada, não pode em caso algum determinar por si só o que vai se passar na atividade de trabalho. Este conjunto de história sedimentada, nos espartilhos por vezes rígidos e exaustivos das prescrições do trabalho taylorista, pode, sem dúvida, antecipar em parte o que vai se produzir no vivo da atividade. Mas isto, este conjunto que nós chamamos a “primeira antecipação”, é, para retomar uma expressão profunda de Paulo Freire, sempre “inacabada” (SCHWARTZ, 2003, p.02).

A abordagem ergológica demonstra que sempre haverá uma distância entre o trabalho que é prescrito e o trabalho realmente desempenhado e nessa lacuna os sujeitos fazem as escolhas que possibilitam o cumprimento do que se propõem. Entender como ocorrem essas gestões é condição elementar para a compreensão do próprio trabalho.

Portanto, se as situações de trabalho não são limitadas pela prescrição das normas, numa sucessão de eventos, é necessário compreender o processo de gestão aí contido, a maneira como o trabalhador mobiliza suas capacidades de modo a alcançar os objetivos da atividade. Capacidades que até então se encontram em forma de potência de ação, capacidades que compõem um misto de forças, um misto de componentes. Ou ainda, nas palavras de Dejours, Abdoucheli e Jayet: compreender “a gestão humana da distância entre a organização prescrita e a organização real do trabalho” (PETINELLI-SOUZA, MACHADO e BIANCO, 2005, p.06).

Ainda tratando desse tema, Schwartz, em seus textos mais antigos, utilizava os termos Programa, ou Registro I, para se referir àquilo que se designa norma antecedente e Atividade, ou Registro II, àquilo que se entende como trabalho real, normas individualizadas. Esses dois registros se confrontam dialeticamente e o local onde isso ocorre é sempre na atividade humana. Mais uma vez, é o sujeito que está no centro dessa dialética, obviamente, ele não detém uma capacidade ilimitada de condução desse processo, uma vez que ele sofre restrições de ordem cultural, valorativa, burocrática, tecnológica etc. que permeiam os dois registros.

Destarte, na citação abaixo de Schwartz (1995, p.14) ele versa sobre a confrontação dialética desses dois pólos.

[...] Assim, seria isso o que se poderia chamar a dialética do programa e da atividade, ou das normas antecedentes e das normas

individualizadas, ou ainda, mais simplesmente, dos dois registros: o primeiro indicaria o que pode ser antecipado e explicitado no seio de um patrimônio socialmente partilhado e transmitido (métodos), a partir de elementos de relativa generalidade sobre os quais podem, por essa mesma razão, trabalhar conceitos e se definir programas e prescrições, termos que remetem ao mesmo tempo às circunstâncias sociais em que esses elementos de patrimônio se formam, se deformam e se reformam. Esse campo da antecipação das situações de atividade também seria, portanto, o da linguagem acabada, na medida em que esta pode neutralizar os parâmetros singulares de um processo que se desenrola por outra via sempre no espaço e no tempo. O segundo remeteria ao que é da ordem da gestão singular, que registra na atividade cotidiana de trabalho o efeito da dimensão histórica de toda prática, a não repetibilidade perfeita das situações humanas, sociais e produtivas.

A generalidade dessa dialética, inclusive nas organizações tayloristas, autorizaria a caracterizar todo trabalho como o lugar de uma dramática singular onde cada protagonista negociaria a articulação dos usos de si “por outros” e “por si”. A mesma generalidade dessa dialética leva igualmente a pesquisas em cada caso sobre a recomposição coletiva das tarefas e das obras, jamais estritamente representável nos organogramas preexistentes.

O que diferencia, diante disso, a abordagem ergológica de tantas outras abordagens é que ela, partindo do pressuposto que o prescrito jamais consegue antecipar o que se dará realmente na atividade laboriosa, lança-se em busca dos elementos que compõem esse complexo cenário. E tal postura, atualmente, ganha maior importância, pois se reproduzem exponencialmente modelos de gestão que vendem, acima de tudo, uma capacidade de antever tudo o que será necessário na prática, incluindo valores e comportamentos.

Talvez seja por esse motivo que muitos ergólogos escrevam sobre a temática da **competência**. Com a emergência desse conceito, mesmo que na maioria das vezes lançado em todas as direções sem o menor rigor epistemológico, é que se inicia o debate em torno dos valores adicionados à capacidade de executar, à prática. É com a competência que a perícia, a qualificação, passam a ser contextualizadas em uma história, em uma dimensão relacional, em âmbito sócio-econômico. Há um “deslizamento conceitual” de qualificação para competência (SCHWARTZ, 1998):

No fundo, parece-nos que esse deslizamento qualificação/competência é um ponto de bifurcação: a partir desse rebuliço, pode ser aberta a caixa de Pandora, o que permitiria avaliar melhor as *dramatiques* que convocam todos os seres industriais, e que devem ser levadas em consideração por quem estiver preocupado com eficácia. O registro do que parece hoje caber na “competência” abrange um campo muito mais vasto, humanamente falando, do que os referentes mais circunscritos, precisos, estreitos,

ligados a uma lógica de “postos de trabalho”, característica da linguagem da qualificação. [...] Uma maneira de exprimir essa idéia é dizer: o deslizamento qualificação/competência é estruturalmente paralelo ao deslizamento trabalhar/gerir. Os elementos que hoje podemos muito mais claramente identificar como *gestão* de situação de trabalho e que motivam esse recurso ao conceito mais vago de competência não nasceram do nada junto com as “novas tecnologias”, as “novas formas de organização do trabalho”, as novas regras de avaliação dos agentes; já existiam nas formas anteriores, com dimensões e objetivos aparentemente mais modestos, com formas implícitas, dissimuladas pela evidência da gestualidade apreendida como repetitiva. Todos os desenvolvimentos nesse sentido ilustrariam a via positiva aberta pela bifurcação (SCHWARTZ, 1998, p.104-105).

Mas as semelhanças na forma como a competência é tratada pela ergologia e pelas correntes que tentam instrumentalizá-la param aí. Schwartz (1998) critica a lógica das competências, como tentativa de antecipar comportamentos necessários para desempenhar atividades. Embora o objetivo desse autor fosse, nesse artigo, versar sobre os modelos que tentam aferir tais competências, ele faz colocações de grande contribuição para a compreensão da complexa relação atividade-valores e, já de início, coloca que o problema de aferir competências é “insolúvel” porque a competência se faz presente na atividade, que é, como explicado acima, local não antecipável, singular, assim, como aferir (que é comparar alguma coisa a um padrão) se, por princípio ela se remete a algo não padronizável, nunca igual?

[...] A competência industriosa é uma combinatória problemática de ingredientes heterogêneos que não podem ser todos avaliados nos mesmos moldes, e muito menos ainda quando ela inclui uma dimensão valor, uma vez que ninguém dispõe de uma escala absoluta de avaliação dos valores (1998, p.108-109).

[...] Vemos proliferar ressegmentações e circunscrições de aptidões, uma grande quantidade de itens na forma de “capacidades para” que supostamente descrevem características do titular do emprego. Exigem-se verbos curtos, impessoais, enquadrando, durante uma eternidade muito provisória, quem faz o que do emprego considerado. A dificuldade em verbalizar a atividade de trabalho, problema essencial, é amplamente ignorada ou subestimada (1998, p.105).

Outro fato que contribui para a problemática da competência, segundo o autor, está na definição *a priori* do “meio de trabalho”. Os modelos que tentam (e que acreditam ser capazes) encerrar em seus interiores **a realidade**, fazendo definições dos cenários e descrevendo o ambiente, ignoram que os próprios percalços desse meio (na maioria das vezes não-antecipáveis) podem re-

configurar o próprio meio, propondo inclusive novas formas de ação. Canguilhem (apud SCHWARTZ, 1998, p.106) demonstra esse quadro:

O homem pode apresentar várias soluções para um problema colocado pelo meio. O meio propõe, nunca impõe uma solução. É evidente que as possibilidades não são ilimitadas num determinado estado de civilização e de cultura. No entanto, o fato de considerar como um obstáculo o que talvez acabe ulteriormente por revelar-se como um meio de ação procede, em definitivo, da idéia, da representação que o homem – é claro, o homem em sentido coletivo – faz de suas possibilidades, de suas necessidades, numa palavra, decorre do fato de ele representá-lo para si mesmo como desejável e isso não se separa do conjunto de seus valores.

Schwartz (1998, p. 107) completa que a competência é uma categoria que abrange uma realidade ampla e vaga, composta por aspectos que não são aprisionáveis:

Reutilizações, transferências, aprendizados multidimensionais, bloqueios compõem a massa de um patrimônio de recursos que se distribui de modo diferencial, se estende, se põe à prova, se gasta, envelhece nas diversas regiões da experiência humana. Não se pode, portanto, isolar uma vida, um espaço próprio às competências que somente fizesse sentido, somente incidisse num único palco, o das entidades jurídicas e técnicas regulando o uso mercantil do trabalho.

Ora, como é possível tratar a competência de forma externa ao indivíduo (ou subestimando sua influência) se é esse ser que, ao desempenhar sua atividade, estará em contato com situações que exigirão suas escolhas, arbitragens, por meio das dramáticas do uso de si, arbitragens que são, no fundo, a própria competência? Arrisca-se a dizer, diante disso, que a competência é o uso de si por outros, a organização, potencializado pelo próprio indivíduo, por meio do uso de si por si.

A competência não pode ser apenas uso de si por si, pois se fosse, as estratégias defensivas do trabalhador, que visam o resguardo de sua saúde (nem de longe apenas no sentido biológico) também seriam “competência”, mas sabe-se que competência é a conduta aceita e incentivada pela organização, algo que as estratégias defensivas não o são.

A competência não pode ser também apenas uso de si por outros, uma vez que essa dimensão do prescrito, que estabelece meios de se chegar ao objetivo é sempre inacabada, incapaz de antecipar o que realmente irá ocorrer nas situações de trabalho, pois estão sempre submetidas às peculiaridades da

díade espaço-tempo (tecnologia, cultura, como se encontra o trabalhador naquele dia etc.). Assim, apenas a submissão do trabalhador ao uso de si por outros não garante o alcance dos objetivos propostos, ao contrário, uma das formas mais eficazes de greve é apenas seguir o prescrito, “só faço o que mandam”.

Dessa forma, quando o sujeito se entrega à busca para alcançar os objetivos propostos pela organização, que pode ser uma sucinta conceituação de competência, há, concomitantemente, uso de si por si e uso de si por outros.

Schwartz (1998, p.108) ao tratar a competência pela “via” ergológica, clarifica essa questão:

Disso resulta ser impensável tratar as competências independentemente das normas e características que definem os processos ergológicos: o que estes requerem do homem? Como se compõem, neles, normas antecedentes de tendências generalizantes e gestões da singularidade? Como se articulam neles atividades e valores? Que jogos se operam entre a dilatação do saber e as tentativas de reconfiguração do “meio”? Toda manifestação de competência em qualquer campo é uma modalidade eficiente dessas negociações complexas. Somente a partir dessas condições gerais, específicas de cada forma remunerada de trabalho, e com as diferentes relações de poder a ela associadas, poderá essa questão das competências encontrar um espaço para ser tratada.

Ou seja, “desde que compreendamos em que medida toda situação de trabalho é convocação e uso de si (si-corpo), lugar de dramatiques, somos forçados a pensar o vínculo entre a competência e os valores envolvidos na atividade” (SCHWARTZ, 1998, p.122).

Em outro texto, Schwartz (2004a, p.154) volta a criticar a superficialidade com que alguns autores tratam a temática da competência. A competência, por ser algo enraizado nos valores, experiência e história do indivíduo, não é algo facilmente transferível, pois o comportamento que pode ser visto (que acreditam que seja a “competência”) é decorrente de toda uma composição anterior que não é explícita.

A questão clássica da “transferência de competências” deveria levar em consideração estes pontos. Se a eficácia da atividade em determinada situação é inseparável do particular complexo de valores, o transferível não se refere apenas ao objetivo e ao mensurável, mas à evolução deste complexo de valores da nova situação.

O fragmento acima permite, também, trazer a este trabalho a questão da eficácia/eficiência. Como a ergologia trata tais termos e qual a sua contribuição para a análise e compreensão das atividades de trabalho?

Para adentrar no tema, Schwartz (1995) faz uma série de considerações a respeito das diferenças existentes entre serviço e indústria, principalmente, sobre a forma de avaliá-los. A questão central é que o fornecedor de um serviço não pode aplicar a mesma “fórmula” de conceber seu serviço a todos os seus usuários, ou destinatários, como pode ser feito na indústria. O serviço exige sempre a adequação do prescrito ao singular, ao momentâneo, em outras palavras, uso de si.

Ilustrando tal situação no serviço prestado pelas Equipes de Saúde da Família, por mais que exista um protocolo de ação nas visitas domiciliares, por exemplo, a forma como o serviço será prestado pelo profissional irá variar de acordo com uma infinidade de elementos, como quem é o destinatário do serviço – idade, sexo, religião, onde mora, se é receptivo ou não aos profissionais, se gosta ou não do profissional em questão, qual o horário da visita, se é perto do almoço, se é muito cedo etc. Ou seja, uma série de fatores que carregam em si um componente valorativo, o que ocorre também por parte do cidadão usuário: quem é o agente de saúde, que informações eu forneço, quais medos revelo e assim por diante. Para avaliar, então, o serviço dever-se-ia considerar esse infinito leque de aspectos, pois apenas um “atrito” em um deles pode, facilmente, tornar o serviço “ruim”. Diante disso, a complexidade da questão de avaliação de serviços está colocada.

Em relação à simples análise objetivista da relação de serviço, esta análise do “trabalhar, gerir” parece-nos importante na medida em que insiste na heterogeneidade das dimensões implicadas, no engajamento subjetivo necessário do prestador em relação a campos onde há escolhas a serem feitas. É verdade que essas escolhas se encarnam em micro-situações, mas remetem ao mesmo tempo a horizontes sociais mais amplos e a eficácia da relação de serviço não pode de modo algum ser analisada sem que se levem em conta essas circulações implicadas em todo “trabalhar, gerir” e que achamos aqui particularmente cruciais (SCHWARTZ, 1995, p.18).

Embora não se objetive avaliar qualitativamente o serviço prestado à população, ao abordar a discussão conceitual de eficácia/eficiência força-se um olhar transversal sobre a atividade de trabalho, aqui especificamente, o serviço.

Schwartz (1995, p.23-24) coloca uma definição introdutória dos termos em que a eficácia corresponderia ao alcance dos objetivos da organização e eficiência ao uso adequado dos meios e insumos para se atingir tais objetivos. Assim, uma organização poderia ser eficaz (atingir seus objetivos) a custos, não só financeiros, elevados, o que não a faria eficiente. E, por outro lado, usar de forma parcimoniosa seus insumos e meios, mas, por qualquer outro motivo, não atingir seus objetivos, tornando-a eficiente, mas não eficaz.

Se admitirmos como breves definições – a eficácia como grau de alcance de um objetivo e a eficiência como economia dos insumos ou dos meios – a abordagem de eficiência, visando a minimizar os custos humanos de operações, seria aparentemente mais próxima da primeira negociação (para as operações) e a abordagem de eficácia, devendo exibir os seus objetivos, olharia antes na direção da segunda (para os efeitos). De fato, a realidade *una* das prestações de serviço revela que ela “define”, em outras palavras, que ela hierarquiza ou combina sem rodeios (em geral) essas duas exigências distintas. Nenhum ato pode ser inteligível seja como simples implementação retrabalhada das normas operatórias da empresa, do serviço, seja como determinado unicamente pela idéia de que os agentes construíram para si “efeitos” sociais a serem satisfeitos. De uma certa maneira, ele sempre exprime o resultado de uma negociação de negociações (grifo e notas do autor).

O autor, desenvolvendo os conceitos acima, afirma que tanto a eficácia quanto a eficiência podem ser “sem dimensão” ou “dimensionados”. A dimensão é a existência de indicadores, quantitativos ou não, que possam permitir uma maior inteligibilidade da eficácia ou da eficiência e, mais uma vez, os valores permeiam esses dimensionamentos:

A eficácia e a eficiência podem ser, uma e outra, ou “sem dimensão” ou “dimensionadas”. Por analogia com o uso em física, uma eficácia sem dimensão não é suscetível de entrar num sistema de quantificação ou até numa relação. Por conseguinte, saímos da breve definição proposta acima, e é melhor falar de valores: assim, o valor “saúde” ou a promoção do “serviço público” ou a satisfação do usuário dos Correios. Para serem operatórios numa política pública, tais conceitos sem dimensão devem poder ser detalhados, identificados através de indicadores qualitativos e de preferência quantitativos. Assim, uma política de saúde pública poderá definir seus objetivos quantitativos que correspondam ao que ela considera ser uma melhora do estado de saúde dos habitantes do país. É evidente que a passagem ao *dimensionamento* constitui uma ruptura no regime de uso do conceito e não se beneficia, portanto, de nenhuma evidência intrínseca. Pode haver, socialmente, pluralidade de dimensionamentos para um mesmo objetivo sem dimensão. E reciprocamente, a dificuldade de traduzir em critérios dimensionados objetivos sem dimensão pode levar a recolocá-los em questão ou repensá-los.

A eficiência aparece mais naturalmente sob a sua forma dimensionada. A definição “economia de insumos”, relação entre *outputs* e *inputs*, sob essa forma a inclui, contanto que possamos transformar esses dados em preço ou em volume (SCHWARTZ, 1995, p. 24-25, grifo do autor).

O autor refuta a idéia de que a eficiência estaria subordinada à eficácia (objetivos), para ele não existe essa relação. Ele ilustra tal posição com a situação de uma empresa cuja busca pelo lucro passa a ser o objetivo em si mesmo, importando acima de tudo a rentabilidade de capital, então, “a eficiência [...] pode subordinar a si a eficácia dimensionada. Sustentado pela busca implícita do lucro, o objetivo de economia nos insumos pode valer como comando incondicionado, dando lugar a toda uma série de coeficientes de eficácia” (SCHWARTZ, 1995, p.26).

A relevância dessas colocações está na compreensão de que os conflitos, as dialéticas e hierarquias da eficácia e da eficiência **atuam estruturando lógicas de atividade** (SCHWARTZ, 1995), alcançando trabalhadores e processos organizacionais e tais atores, mediante seus usos de si, renormalizarão essas lógicas de atividade. Tal cenário torna-se complexo pois “remete à atividade dos patrimônios de experiência e de vida, às relações de desigualdade e de segregação que se estabelecem nas sociedades, às configurações de poder, de hierarquia aos graus de autonomia” (SCHWARTZ, 1995, p.27).

Dito isso, pode-se afirmar que os coeficientes de eficácia e eficiência não determinam, muitas vezes, consenso entre os integrantes das organizações. Valores de eficácia e eficiência podem ter significados diferentes entre os profissionais que ocupam níveis diferentes dentro da organização. Citando o exemplo de um hospital, Schwartz (1995) coloca que esses dois termos têm sentidos parcialmente diversos para a equipe de direção, os enfermeiros, os médicos e atendentes, ainda que o objetivo principal, sem dimensão, seja “a volta a saúde”.

Ilustrando, enquanto a direção buscará se ater ao planejamento sanitário, a equipe de saúde objetivará o auxílio aos pacientes e, dependendo do profissional em questão, o cuidado dispensado fugirá do prescrito, de suas atribuições. Situações em que se deva optar pelo tempo de internação de

pacientes (maior o tempo de internação, maior a despesa) e solicitação de exames complexos são exemplos desse conflito. Em suma:

A atividade é, assim, o ponto de cruzamento de um vaivém entre o conteúdo desses dois coeficientes, num contexto social em que os diferentes parceiros, que têm a mesma vocação para colocar questões uns aos outros, relativas às atividades profissionais e valores “vindos de fora”, não têm nem as mesmas experiências, nem as mesmas possibilidades ou poderes hierárquicos para colocá-los em prática. Tensão inevitável que justifica, em contrapartida, o uso do termo “dramática” para evocar essas negociações de eficácia (SCHWARTZ, 1995, p.29).

Outra contribuição oriunda da discussão das negociações de eficácia-eficiência é que, mais uma vez, atesta-se a impossibilidade de inscrever quaisquer análises, e também avaliações, sobretudo em serviços, em espaços rígidos. Há uma gama de “circulações” dos valores e experiências dos atores, que se reconfiguram de acordo com o singular que devem ser conhecidas.

Os três pontos centrais dessas negociações eficácia-eficiência, de acordo com Schwartz (1995, p.29) são:

1. A dramática do uso de si nos serviços tende a ordenar-se fundamentalmente em torno dessa negociação.
2. Considerações de eficácia e considerações de eficiência, na pluralidade de suas acepções e de suas hierarquizações, não podem ficar isoladas e estão dialeticamente confrontadas nessas dramáticas.
3. Ocultar essa dramática é um comportamento de ineficácia e de ineficiência em qualquer organização econômica; tendencialmente, isso é verdade nos serviços mais que em qualquer outro lugar, de tal modo ela está articulada aí com os processos e resultados da atividade.

Para finalizar o referencial teórico, embora nem de longe tenha esgotado o arcabouço ergológico, acredita-se que já foram expostos pontos suficientes, que permitam abordar a questão da disciplina⁶ ergológica, disciplina epistêmica e o chamado Dispositivo Dinâmico de Três Pólos, elementos fundamentais para “guiar” o pesquisador em sua análise das situações de trabalho, a parte de campo.

Schwartz (2002) propõe uma via de investigação das atividades de trabalho baseada em duas “disciplinas”: uma ergológica e outra epistêmica, mas que de

⁶ Disciplina não é utilizada como um campo de saber específico, mas como uma norma, parâmetros nos quais a atividade intelectual deva pensar os processos ergológicos (SCHWARTZ, 2002, p.135).

forma alguma se hierarquizam ou se assemelham, pois têm propósitos diferentes.

A disciplina ergológica esforça-se na compreensão dos processos engendrados pelas atividades humanas e, por isso, fazedores de história. Abarca os processos que, dentro do seu caráter único, escapam da “generalização científica objetiva”, para usar uma expressão de Schwartz (2002), mesmo que os modelos de funcionamento pareçam, num primeiro olhar, cercar os imprevistos e ter a regularidade como único princípio.

A disciplina ergológica busca, também, entender os “resíduos” das atividades, ou seja, aquilo que é tido como uma fuga à norma, algo de menor importância para muitos, mas que são, de fato, as arbitragens essenciais a essas mesmas atividades.

[...] as coisas que a nós importa conhecer e que se localizam no campo das atividades humanas são sempre, *num certo grau*, história. [...] Chamaremos, portanto, de processos ergológicos as atividades vivas em geral, embora precisando que mesmo se as outras espécies biológicas não são deles totalmente excluídas, a dimensão “renormalizante” destas é muito limitada em relação às coerções e programas geneticamente transmitidos. Logo, é essencialmente na história da humanidade que os processos ergológicos impõem procedimentos de abordagem ajustados a essa matriz de historicidade (SCHWARTZ, 2002, p.135, grifos do autor).

A disciplina epistêmica, por sua vez, empenha-se nos objetos que não fazem história e tenta neutralizá-la por meio, sobretudo, de conceitos. Essa é a disciplina do experimentável, dos modos de fazer. Por isso também é chamada de disciplina dos conceitos, pois “ela visa o projeto ou a ambição argumentativa por meio de arquiteturas reguladas e coerentes, características dos conjuntos conceituais” (SCHWARTZ, 2002, p.136). O conceito, então, define objetos que escapam às revisões do tempo e são aplicáveis sem variações, em qualquer situação.

Assim, “a disciplina ergológica exige que se encontre, por baixo da regularidade, o que ‘faz história’; a disciplina epistêmica, pelo contrário, persegue todas as marcas de aderência do enunciado protocolar a sua história” (SCHWARTZ, 2002, p.137). Ora, por mais que a disciplina epistêmica tente, lastreada na cientificidade, neutralizar a história e o local, ela “se opera no tecido histórico da cultura humana”, portanto, ela também é um processo

ergológico. Por outro lado, a tentativa de transformar em conceitos os elementos estruturantes da vida, como história, experiência etc., colocando em palavras a própria disciplina ergológica é, também, uma manifestação da disciplina epistêmica (SCHWARTZ, 2002).

É diante desse paradoxo das disciplinas que se pode abordar o Dispositivo Dinâmico de Três Pólos. A palavra “pólo” não é empregada ao acaso, pois não objetiva denotar “categorias socialmente oponíveis”, podendo a mesma pessoa ocupar cada um dos pólos de acordo com a circunstância.

O primeiro pólo é onde se situam os produtos da disciplina epistêmica, disciplina de extrema importância para qualquer atividade humana, “inclusive para as atividades sociais que tendem a ser dedicadas aos processos ergológicos” (SCHWARTZ, 2002, p. 145). O segundo pólo é o pólo da disciplina ergológica, no qual se operam as renormalizações dos conceitos (normas antecedentes):

Pode-se, assim, chamar esse segundo pólo o das forças de apelo/re-evocação e de saberes “investidos”: elas comportam exigências de conhecimentos (apelo a saberes), para elas mesmas remexerem com alguns, mas de forma parcialmente diferente, “investidas” na atividade e, portanto, dificilmente formuláveis em seqüências conceituais lineares. Experiências e saberes próprios da história em devir, em todos os níveis, do infinitesimal ao macroscópio, que elas remetem ao primeiro pólo para que sejam retrabalhados (“re-evocados”) os conhecimentos nele propostos (SCHWARTZ, 2002, p.146).

O terceiro pólo, finalmente, é onde ocorre a confrontação dos dois primeiros. Embate dinâmico, ocorrendo o re-trabalho de saberes e valores, portanto, da própria atividade, “rumo a futuros não antecipáveis e sempre abertos”:

De fato, essa confrontação das duas disciplinas não se institui de modo algum “naturalmente”. A colocação em palavras da atividade esbarra em todo tipo de obstáculos “genéricos” (papel do corpo, do inconsciente, incomensurabilidade relativa entre a linguagem e a atividade, dificuldade em exprimir o axiológico no fazer) e histórico-culturais (repartição desigual da “linguagem autorizada”, peso das relações de poder). Sem uma filosofia militante, apta a identificar igualmente as legitimidades próprias de cada disciplina nesse terceiro pólo, sem um vivo sentimento de desconforto intelectual e social nos profissionais da disciplina epistêmica e sem a vontade conjunta, nos protagonistas engajados nas atividades socialmente transformadoras, de ampliar seu horizonte de vida, não haveria motivos para que a acareação dos dois primeiros pólos funcione em espiral positiva nem para que a intuição inicial desse terceiro pólo ganhe substância e busque estender-se através do corpo social (SCHWARTZ, 2002, p.147).

O autor faz uma ressalva, afirmando que tal dispositivo não tem a pretensão de ser um modelo teórico revolucionário, espetacular, que reinventa séculos de trabalho, mas sim uma nova via aberta – também sujeita a renormalizações – para análise da categoria, ainda central em nossa sociedade, chamada trabalho.

Percebe-se, então, que a ergologia permite aprofundar o nível de análise da situação de trabalho, possibilitando compreender a atividade como resultado de inúmeros componentes, nunca estáticos, e que variam de acordo com cada contexto, com cada indivíduo, com cada atividade, o que ratifica sua complexidade.

[...] Ignorar a disciplina ergológica significa valorizar a prática de um parecer que mascara suas próprias escolhas de valores, tornar opaco as dimensões propriamente recriadoras de nossos semelhantes, aceitar uma bipolarização na qual uns podem construir modelos para tratar do modo de vida dos outros, participar da sufocação dos territórios de pouca visibilidade em que cada um, por meio de micro-combinações de atos, faz advir eficiência, história, em suma, tudo o que não se pode ignorar se não quiser alimentar graves patogenias sociais, econômicas, psíquicas, numa palavra, sem arranhar, aqui também, a saúde de uma *politeia* (SCHWARTZ, 2002, p.145).

Após essas colocações a respeito do referencial teórico utilizado, contextualizar-se-á a Estratégia de Saúde da Família dentro da proposta da Atenção Básica em Saúde, seus princípios, abordar-se-á a questão da multiprofissionalidade das Equipes de Saúde da Família, e ainda será feita uma análise das características do serviço em âmbito da ESF.

3 – UM NOVO MODELO ASSISTENCIAL EM SAÚDE

3.1 – A ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Com o avanço tecnológico penetrando todas as esferas da vida contemporânea, a noção de promoção de saúde foi focando cada vez mais o tratamento à doença, especializando-se e fazendo uso de equipamentos sofisticados. Essa proposta de tratamento pontual, ao invés de uma proposta de prevenção ostensiva, mostrou-se incapaz de proporcionar à população saúde de forma equânime e duradoura. Mesmo nos países mais “desenvolvidos” tal modelo tornou-se demasiadamente caro, insustentável financeiramente.

Landmann (1983) dá o retrato desse cenário no qual a saúde, medicina e mercado encontram-se na lógica do capital em seu livro de sugestivo nome “Medicina Não é Saúde: As Verdadeiras Causas da Saúde e da Morte”. Na obra, o autor aponta cinco falsas premissas (todas inter-relacionadas), cuja crença teria levado à consolidação do modelo tecnicista-biologicista, sobre saúde e doença: **a determinação estritamente biológica da doença**, que gerou a crença que a **supressão desta se daria, exclusivamente, por meio do progresso da medicina moderna**; **a medicina seria, então, ciência** na qual diagnóstico e tratamento são formas racionais e objetivas de conhecimento e em consequência dessa premissa até mesmo **a saúde de toda uma população deve estar submetida ao tratamento especializado** e, por fim, que **a medicina seria um bem**, infelizmente não acessível a todos, em que o principal problema seria distribuir o corpo de conhecimento produzido à maior parte **possível** da sociedade, quando a preocupação central deveria ser questionar o modelo e não a forma de distribuir suas benesses (LANDMANN, 1983).

Landmann citando Illich (1983, p.302) afirma que a crença nessas premissas levou a humanidade a se submeter, na sociedade industrial, ao poder absoluto dos médicos e isso teria gerado três tipos de iatrogêneses (doenças causadas pela ação médica):

1. A iatrogênese clínica, isto é, a alteração física causada diretamente pelos médicos em suas tentativas de cura.
2. A iatrogênese social, com a medicalização de todos os atos de nossa vida, criando uma dependência do médico para todos os nossos problemas.
3. A iatrogênese estrutural, a destruição da autonomia do paciente, a expropriação de sua responsabilidade em relação à manutenção de seu estado de saúde. Os indivíduos submetidos ao poder médico perdem sua autonomia física e psicológica.

Em oposição a esse modelo, também chamado hospitalocêntrico, buscou-se uma proposta que fosse diametralmente oposta, capaz de alterar o rumo das práticas de saúde vigente, surgiu, então, a Atenção Básica em Saúde (ABS), também chamada de Atenção Primária (AP), que prima por uma abordagem menos intensiva em capital, menos hierarquizada, porém mais adaptável às necessidades sociais, principalmente para a grande maioria da população que não dispõe de meios de arcar com tratamentos especializados.

A ABS é um amplo e complexo movimento de reestruturação sanitária que passou a ganhar força a partir da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários em Saúde ocorrida em 1978 na cidade de Alma-Ata, Cazaquistão, na qual se atribuiu grande importância à inter-relação entre pobreza, doença e desenvolvimento sócio-econômico (OMS apud CIANCIARULLO; SILVA; CUNHA; 2005, p.122).

A Reforma Sanitária, ocorrida no Brasil da década de 80, foi influenciada pelas proposições de Alma-Ata e acabou por delinear o Sistema Único de Saúde, que foi aprovado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei 8.080/90, tendo como princípios a universalização do direito à saúde, a descentralização dos serviços, a integralidade das ações preventivas e curativas e a participação social (CIANCIARULLO; SILVA; CUNHA; 2005, p.122).

A Organização Mundial de Saúde assim definiu a Atenção Primária, durante a conferência de Alma-Ata:

Atenção essencial à saúde baseada em tecnologia e métodos práticos, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, tornados universalmente acessíveis a indivíduos e famílias na comunidade por meios aceitáveis para eles e a um custo que tanto para a comunidade como o país possam arcar em cada estágio de seu desenvolvimento, um espírito de autoconfiança e autodeterminação. É parte integral do

sistema de saúde do país, do qual é função central, *sendo o enfoque principal do desenvolvimento social e econômico global da comunidade*. É o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível do local onde as pessoas vivem e trabalham, constituindo o primeiro elemento de um processo de atenção continuada à saúde (OMS apud STARFIELD, 2004, p.31, grifo nosso).

Os níveis de atenção à saúde são divididos em três: o primário, descrito acima, o secundário que trata de consultas ambulatoriais (curta duração se comparado com o terciário) e terciário, que abrange as internações que demandam um cuidado mais intensivo e caro. É preciso ressaltar que a ABS não é oposta à medicina tradicional, aquela propõe que esta seja utilizada apenas no momento adequado, sendo não o foco da promoção à saúde, mas sim seu instrumento.

O Quadro 1 indica as diferentes perspectivas sobre promoção de saúde para o modelo convencional e para a Atenção Primária (cujos pressupostos balizam a ESF no país):

Convencional	Atenção Primária
ENFOQUE	
Doença	Saúde
Cura	Prevenção, Atenção e Cura
CONTEÚDO	
Tratamento	Promoção da Saúde
Atenção por episódio	Atenção Continuada
Problemas específicos	Atenção Abrangente
ORGANIZAÇÃO	
Especialistas	Clínicos Gerais
Médicos	Grupos de outros profissionais
Consultório individual	Equipe
RESPONSABILIDADE	
Apenas setor de saúde	Colaboração inter-setorial
Domínio pelo profissional	Participação da comunidade
Recepção passiva	Auto-responsabilidade

Quadro 01: Diferenças de perspectivas. Adaptado de Vuori (apud STARFIELD, 2004).

Mendes citado por Cianiurullo; Silva e Cunha (2005, p.96) expressa com clareza a importância da Atenção Primária:

[...] a atenção primária à saúde é o nível de maior importância relativa porque é, a partir dele e em função dele, que se organizam os demais pontos do contínuo de atenção, imprimindo-lhe o caráter de estratégia. Nesse sentido, é fundamental organizar uma atenção primária resolutiva e de qualidade.

No Brasil, vários projetos e programas estão inseridos na proposta da AP, como por exemplo, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (ACS), o PSF (esses dois fundiram-se e hoje integram a ESF), Política Nacional de Alimentação e Nutrição, Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Mama – Viva Mulher, Programa de Combate à Dengue, entre outros (BRASIL, 2006).

A Figura 01 abaixo ilustra a ESF e outros programas balizados pelos princípios da saúde coletiva, dentro do contexto da Atenção Primária.

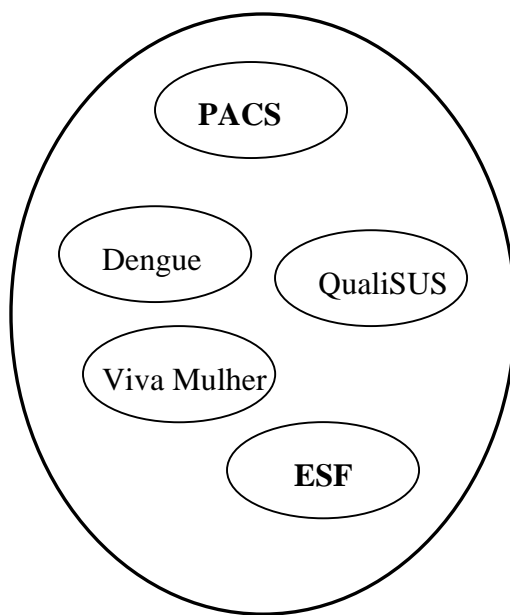


Figura 01 – ESF no contexto da AP. elaborado pelo autor.

Após se apresentar os delineamentos da Atenção Primária, seguem as colocações sobre a ESF, sob cujos pressupostos opera a Unidade Básica de Saúde da Família de Jardim da Penha, local escolhido para esta pesquisa.

3.2 – A ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família foi iniciado em junho de 1991, ao ser implantado o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em meados de 1994 o Ministério da Saúde oficializou o então Programa de Saúde da Família (PSF) que tinha como principal propósito “reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros” (BRASIL, 1999). A forma de agir do Programa de Saúde da Família, hoje Estratégia de Saúde da Família, consistia, e consiste, em ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua.

O atendimento é prestado nas unidades básicas de saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Dessa forma, esses profissionais e a comunidade assistida criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita bastante a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da população.

Segundo Costa Neto (2000):

A Estratégia de Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania e expressa pela qualidade de vida. (COSTA NETO, 2000, p.20)

De acordo com dados do próprio Ministério da Saúde, as unidades básicas de saúde, funcionando corretamente, são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, através de atendimento adequado e prevenção de doenças, evitando internações desnecessárias e contribuindo para a elevação da qualidade de vida da população (BRASIL, 2002).

A Estratégia de Saúde da Família incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. O documento Pacto pela Vida (apud BRASIL, 2006, p.03) prioriza: “consolidar e qualificar a Estratégia de Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e centro ordenador das

redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde”. Para tanto, a ESF conta com as Unidades Básicas de Saúde da Família, os braços operacionais do sistema, que trabalham alicerçadas em três princípios (BRASIL, 2003):

- *Integralidade e hierarquização*

A Unidade de Saúde da Família está contida no nível primário das ações e serviços do sistema local de assistência, a Atenção Básica. Ela está ligada à rede de serviços, de maneira que se propicie atenção integral aos indivíduos e famílias e que seja assegurado o devido suporte em clínicas e serviços de maior complexidade, se assim o estado de saúde da pessoa necessitar.

- *Territorialização e Cadastramento dos Usuários*

A Unidade de Saúde da Família trabalha com território de abrangência (uma espécie de jurisdição) previamente definido e é responsável pelo cadastramento e acompanhamento da população a ela vinculada. O Ministério da Saúde recomenda que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4.000 pessoas.

- *Equipe Multiprofissional*

Cada equipe da ESF é composta, no mínimo, por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS). Outros profissionais, como dentistas, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos podem ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, variando de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais equipes, dependendo da quantidade de famílias no território sob sua responsabilidade.

As equipes devem ser capacitadas para conhecerem a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, por meio de diagnóstico de suas características sociais, demográficas e epidemiológicas; identificar os principais problemas de saúde e situações de risco aos quais a população que elas atendem está exposta; elaborar, junto com a comunidade, um plano local para enfrentar os

determinantes do processo saúde/doença; dar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada à demanda, seja através de serviços ambulatoriais ou hospitalares e, principalmente, desenvolver ações educativas e intersetoriais para enfrentar os problemas de saúde identificados (BRASIL, 2003).

Até julho de 2005, o Espírito Santo contava com 72 municípios na ESF, com um total de 441 Equipes de Saúde da Família, o que representa 92,3% dos municípios do estado com cobertura populacional de 47%. Segundo estudos do Ministério da Saúde, 80% é o índice de cobertura mínima capaz de maximizar ações de saúde e reverter o modelo hospitalocêntrico, ainda em vigor (ESPÍRITO SANTO, 2005).

3.3 – A QUESTÃO DAS EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS

Tida como um princípio da ESF (BRASIL, 2003), as equipes multiprofissionais possuem uma composição mista objetivando ter a configuração necessária para suprir as demandas da área cadastrada sob sua responsabilidade. Embora o tamanho da equipe mínima e os tipos de profissionais que a compõem sejam alvo de debates (MACHADO, 2006), a intenção aqui é, primeiramente, discutir de forma teórica como as questões da multidisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade podem contribuir para melhorar as ações das EqSF. Na seção que trata da parte de campo da pesquisa, essa discussão será retomada, porém de acordo com que foi observado no dia-a-dia da USFJP.

Antes, porém, faz-se necessário compreender outro princípio da ESF, o princípio da Integralidade que, de acordo com Guizard e Pinheiro (apud BARROS, 2006, p.01) pode ser assim entendido:

[...] um dispositivo político que interroga saberes e poderes instituídos, constrói práticas cotidianas nos espaços públicos em que os sujeitos estejam engendrando novos arranjos sociais e institucionais em saúde, pautados num dialogismo que demanda embate de múltiplas vozes, constituindo efeitos de polifonia quando essas vozes se deixam escutar.

Para Barros (2006) **a multiprofissionalidade é uma das vias perseguidas para alcançar a integralidade descrita acima**, porém, uma vez que ela objetiva carregar em seu cerne uma compatibilidade entre especialidades, para buscar uma ação múltipla, acaba colocando na mesma arena diversos saberes e práticas, entre eles, os já institucionalizados como verdadeiros e corretos, o que deslegitima e sufoca os diferenciados, por meio de uma hierarquização segregadora.

Assim, a multiprofissionalidade para ser uma via efetiva de alcance da integralidade das ações de saúde deve operar de forma transdisciplinar, ou seja, um processo complexo que requer modificações que vão desde a formação dos profissionais de saúde até o exercício de suas profissões.

Emerge, então, a idéia de transdisciplinaridade que traz consigo a necessidade de rompimento dos campos disciplinares, sobretudo daqueles que se esforçam para ficar “imaculados”, “puros”, pois somente com essas interferências que levam em conta outros saberes e práticas, novas dimensões do cuidado podem ser concebidas:

A perspectiva transdisciplinar refere-se a um processo que não busca a estabilidade e, sim, a interferência entre disciplinas, intervenção que desestabiliza um determinado saber disciplinar visando-se a uma torção nos modos instituídos de funcionamento, e não a instituição de novas identidades, como o que ocorre no âmbito da interdisciplinaridade. Desse modo, este viés interdisciplinar que perfila de forma dualista o que vem a ser processo de constituição das disciplinas e suas articulações, ao se insinuar nas práticas de formação acabam por fixar territórios fechados de campos disciplinares, o que pode ser um obstáculo para a construção de novos arranjos institucionais em saúde que se constituam em efeitos de polifonia (BARROS, 2006, p.12).

A autora faz a ressalva acima em relação à interdisciplinaridade, pois esta é compreendida como uma zona de interseção de disciplinas, ou seja, disciplinas independentes que ao se articularem umas com as outras acabam por redefinir um terceiro campo, igualmente estável e rígido, o que não contribui para a abertura aos saberes e às práticas marginalizados. A transdisciplinaridade, por sua vez, deseja flexibilizar, subverter as disciplinas, questionando seus princípios epistemológicos, buscando entender as relações de poder, as formas de ação e o tecido social que as permeia (BARROS, 2006).

A discussão em torno desses elementos, multidisciplinaridade, transdisciplinaridade e interdisciplinaridade, mais do que modismos ou adereços de linguagem, remetem a ferramentas teóricas capazes de desenhar linhas de ação, e mais, remetem a escolhas, logo, opções políticas, valorativas “uma vez que implica interesses, saberes, poderes, que constituem modos de ver o mundo, de nele existir, de inventá-lo” (BARROS, 2006, p. 02).

Frisa-se, portanto, que equipes multiprofissionais não são sinônimo de equipes multidisciplinares, nem interdisciplinares e muito menos de equipes transdisciplinares. Um esforço no sentido dessas que Porto e Almeida (2002) chamam de *estratégias de integração disciplinar* deve ser feito, objetivando práticas realmente mais plurais, logo, mais transformadoras, algo que apenas o agrupamento físico de profissionais variados jamais alcançará.

Com a contribuição ergológica se pode afirmar que a transdisciplinaridade, ao buscar dar ouvidos aos saberes e práticas de todos os atores envolvidos nas atividades de saúde, realiza o confronto dialético entre a disciplina epistêmica e a disciplina ergológica. Não há um saber (disciplina epistêmica) que seja o mais adequado à procura da verdade, mesmo porque não há verdade alguma *a priori*. O reconhecimento do caráter inacabado da epistêmica e da sua incapacidade de anteciper o real permite que a disciplina ergológica aflore, considerando elementos e forças que atuam na história local, de forma que haja um confronto sadio, propiciando cuidados muito mais adequados às realidades dos profissionais de saúde e das comunidades assistidas.

3.4 – O SERVIÇO DE SAÚDE NA ESF

Na ponta desse complexo sistema chamado ESF estão as Equipes de Saúde da Família (EqSF), responsáveis por colocar em prática, “materializar”, todas as prescrições do Governo Federal (Ministério da Saúde) e secretarias de saúde dos estados e municípios para alcançar as metas dos indicadores estabelecidos. Tendo em vista que o objeto desta pesquisa é o serviço prestado por uma EqSF, torna-se necessário fazer algumas considerações sobre este serviço de saúde para que se tenha uma análise mais sólida.

No atual quadro precário da saúde pública, a Estratégia de Saúde da Família surge, logicamente que inserida em sistemas maiores, como o da Atenção Básica, como uma alternativa, reorientando as práticas vigentes de saúde no sentido de resgatar conceitos fundamentais de vínculo, humanização e co-responsabilidade entre profissionais de saúde e comunidade.

O cuidado em saúde é, antes de tudo, a produção de um serviço. Serviço este que possui características peculiares. Segundo Zarifian (1999, p.08), o serviço pode ser entendido utilizando uma dupla abordagem: uma que parte de resultados e outra que parte de recursos:

- Abordagem a partir de resultados:

O serviço é uma transformação nas condições de atividade do destinatário, cujos resultados são considerados válidos e positivos por este último e/ou pela coletividade.

- Abordagem a partir dos recursos:

O serviço é a organização e a mobilização mais eficiente possível de recursos visando interpretar, compreender e produzir a transformação mencionada acima. A eficiência dessa mobilização é avaliada pela direção da organização, por seus empregados, e mesmo pela pessoa a quem o serviço se destina, quando ela própria é utilizada como recurso.

O serviço, então, é algo que “dá sentido à unidade, à convergência, à utilidade coletiva das ações profissionais” (ZARIFIAN, 2001, p.63). Percebe-se que, no caso da ESF, tais considerações são bastante pertinentes, pois se trata de uma atividade essencialmente coletiva (as equipes de saúde) e o cidadão (ou a coletividade), é ao mesmo tempo destinatário do serviço e um “recurso” fundamental para o êxito desse, principalmente quando se pretende desenvolver ações preventivas e educativas, que requerem a disposição e colaboração desse cidadão.

No fragmento abaixo de Rodrigues e Araújo (2003, p.02), é colocada a relação entre o serviço de saúde (promoção do cuidado), recursos e gestão, demonstrando a complexidade da questão:

Muitas pessoas acreditam que o objeto, no campo da saúde, é a cura, ou a promoção e a proteção da saúde, mas podemos dizer que é a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, sendo os trabalhadores de saúde sujeitos ativos nesse processo de produção.[...] Falar sobre o processo de trabalho em

saúde remete à compreensão que ele compartilha características comuns a outros processos de trabalho que se dão na indústria e em outros setores da economia. Evidencia-se a divisão social e técnica do trabalho, resultando em três dimensões básicas: a primeira de natureza formativa dos profissionais de saúde; a segunda, da gestão e da gerência dos serviços; e a terceira, da produção propriamente dita dos serviços, operando ações promocionais, preventivas e curativas sobre a dor, o sofrimento e as demandas de saúde da população.

Há, na definição clássica de processo de trabalho, os seguintes elementos: matéria-prima, homem, instrumentos de trabalho e produto. Rodrigues e Araújo (2003) sistematizam o processo de trabalho em saúde da seguinte maneira:

- Matéria-prima = usuário;
- Homem, trabalhador em saúde = operador do cuidado;
- Instrumentos de trabalho = tecnologia (leve/dura/leve-dura)⁷;
- Produto: trabalho em saúde; atos de saúde = produção do cuidado.

Essas autoras colocam que trabalhar a partir desses elementos significa pensar sobre a maneira que se opera o fazer em saúde, como ele se organiza e de que forma está dividido (RODRIGUES ; ARAÚJO, 2003, p.03).

Qualquer processo de trabalho em saúde possui uma **dimensão cooperativa**, que integraliza a ação e termina por completar o processo de produção do serviço orientado a este fim, e uma **direcionalidade técnica**, que diz respeito aos conhecimentos científicos e ao uso de tecnologias que influenciam a produção específica do serviço de saúde (SOUZA apud RODRIGUES; ARAÚJO, 2003, p.04).

Enfim, a Estratégia de Saúde da Família como novo instrumento de reorientação das práticas médicas implica uma reestruturação baseada em uma nova lógica, em que o usuário passa a assumir lugar de destaque e cujas práticas são bastante alteradas, mudando a finalidade de todo o processo, que agora passa a ser a produção do cuidado, alicerçada no princípio da integralidade e instrumentalizada na intersetorialidade, transdisciplinaridade,

⁷ Tecnologia dura: máquina e instrumentos; tecnologia leve-dura: saberes e práticas estruturados e tecnologia leve: trabalho vivo/produção de serviços/abordagem assistencial, vínculo e responsabilização (FRANCO; MERHY apud RODRIGUES; ARAÚJO, 2003, p.05).

trabalho de equipe e, principalmente, na humanização e criação de vínculos entre profissionais de saúde e comunidade.

Essa compreensão implica reconhecer que a construção de um novo modelo de saúde humanizado pressupõe a ampliação da dimensão cuidadora, no sentido de desencadear processos partilhados dentro da equipe de saúde e também entre os profissionais e usuários, para que se garanta o vínculo e a co-responsabilização. Implica também uma melhor combinação entre a capacidade de produzir procedimentos e cuidado, requerendo competências diversificadas por parte dos profissionais atuantes que se expressam no campo da cooperação, pelo conhecimento ético, pela destreza das relações interpessoais, pelo conhecimento institucional e pela compreensão do processo de trabalho; no campo da direcionalidade técnica, pelo conhecimento técnico-científico da clínica, do planejamento e ainda o conhecimento sobre gerência e supervisão dos serviços (SOUZA apud RODRIGUES; ARAÚJO, 2003, p.06).

A família passa a ter lugar de destaque para a prestação desse serviço, uma vez que ao se compreender o processo saúde/doença como resultado da interação de diversos fatores, ela é vista como *locus* privilegiado que permite a observação e análise das práticas e costumes cotidianos, possibilitando, assim, uma ação eficiente e satisfatória da comunidade assistida (ESPÍRITO SANTO, 2004).

Embora a proposta da ESF seja realmente animadora, o quadro da saúde ainda é humilhante. Em outubro de 2000 foi publicada a “Primeira Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários dos Serviços Públicos” de autoria do Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Foi uma extensa pesquisa que abrangeu os setores de Ensino, Previdência e Saúde.

Com relação aos serviços de saúde, chegou-se à triste constatação que o mais importante para os usuários não é a qualidade do serviço de saúde e sim a possibilidade de acessá-lo (BRASIL, 2000). Tal fato explicita que os usuários não têm parâmetros para aferir o serviço, pois a capacidade de mensurá-lo seria um segundo momento, quando a necessidade de ser atendido assim que necessário já tivesse sido sanada: ou fica no chão dos corredores hospitalares ou corre o risco de morrer sem atendimento.

De posse das colocações até o momento feitas, serão expostos os aspectos metodológicos que nortearam o presente trabalho, objetivando demonstrar ao leitor o caminho percorrido pelo pesquisador durante o trajeto da pesquisa.

4 – ASPECTOS METODOLÓGICOS E PROTOCOLARES DA PESQUISA

É de praxe buscar uma definição de Ciência para compor o capítulo metodológico. A definição citada neste trabalho foi escolhida por apresentar elementos que a tratam como algo socialmente produzido e lhe atribui, ainda, um caráter dinâmico e reflexo de um momento histórico, características igualmente presentes na ergologia.

A ciência é, ainda, produto social, por acompanhar a gradual evolução da relação meio-homem, e também instrumento de transformação, pois é ela que conduz o homem a novas formas de interação e convívio com o meio. Do ponto de vista ideológico, ora ela representa a forma de perpetuação, de manutenção e conservação de um *status quo* dominante, simplesmente espelhando e compactuando racional e intelectualmente a conquista de momento ou pensamento predominante ou a opinião comum, ora representa o papel das ondas revolucionárias, críticas e contestadoras, impondo as regras para as mudanças e rupturas necessárias, tudo objetivando a instauração da crise salutar (BITTAR; ALMEIDA, 2002, p.36).

Compreende-se por metodologia, em linhas gerais, o caminho percorrido pelo investigador durante todas as etapas da pesquisa: escolha do tipo de pesquisa, seleção do objeto, procedimentos de busca dos elementos da pesquisa, coleta e análise dos dados. Há, para cada objeto a ser pesquisado, para cada situação ou finalidade, abordagens metodológicas que possuem os recursos mais apropriados a cada contexto.

Optou-se para a efetivação deste trabalho pela pesquisa qualitativa, pois é a que torna possível um nível de análise mais profundo, diante de uma situação específica. Todavia, esse tipo de pesquisa teve, e ainda continua tendo, certa resistência na comunidade científica, pois não se enquadra dentro dos aspectos metodológicos da pesquisa positivista, há séculos sedimentada. Sobre isso, Rey escreve:

A hipertrofia do aspecto metodológico foi-se institucionalizando em uma visão estreita, governada pelo absoluto predomínio do empírico e do instrumental, a qual foi se institucionalizando e rechaçando categoricamente o teórico em sua capacidade generativa e o qualitativo como científico. Portanto, a negação do qualitativo esteve

desde seu começo ligado à negação do teórico, razão pela qual ambas as dimensões devem estar em estreita unidade no desenvolvimento de uma mudança de paradigma [...] (REY, 2003,p.10).

A metodologia qualitativa propõe a idéia do “caráter construtivo-interpretativo do conhecimento” (REY, 2003, p.141) e, principalmente, a ruptura da visão dicotômica pesquisador x objeto herdada do racionalismo positivista (e ainda muito presente mesmo nas ciências sociais), pois além de o posicionamento de “neutralidade científica” ser infactível, reconhecer que ambos, pesquisador e objeto, transformam-se na busca desse conhecimento é expandir os horizontes da própria ciência, dotando-a não de um caráter estático, mas processual, dialético, dinâmico.

Ainda a respeito da metodologia qualitativa, Haguette (1992, p.63) faz a seguinte colocação:

As razões para a utilização desta (metodologia qualitativa) ao invés dos métodos quantitativos, entretanto, podem divergir dependendo da orientação metodológica básica do pesquisador. Enquanto os quantitativistas justificam seu uso sob o argumento de possibilidade de geração de dados estatísticos ou por razões de custo e rapidez na pesquisa (BOUDON, 1971, LAZARSFELD, 1969) os qualitativistas afirmam seja a superioridade do método que fornece uma compreensão profunda de certos fenômenos sociais apoiados no pressuposto da maior relevância do aspecto subjetivo da ação social face à configuração das estruturas sociais, seja a incapacidade da estatística de dar conta dos fenômenos complexos e dos fenômenos únicos. Entrementes, os dois estão acordes sobre o tipo de método mais adequado para cada tipo de objeto de estudo: os métodos quantitativos supõem uma população de objetos de observação comparável entre si e os métodos qualitativos enfatizam as especificidades de um fenômeno em termos de suas origens e de sua razão de ser.

Embora o fragmento acima possa subentender a existência de uma posição de confrontação entre pesquisa qualitativa *versus* pesquisa quantitativa, o entendimento que se faz é que são instrumentais mais ou menos adequados a determinada situação. Como colocado por Goode e Hatt (1977, p.398):

[...] A pesquisa moderna deve rejeitar como uma falsa dicotomia a separação entre estudos “qualitativos” e “quantitativos”, ou entre pontos de vista “estatístico” e “não estatístico”. A aplicação da matemática à sociologia não garante rigor da prova mais que o uso de *insight* garante a significância da pesquisa.

As questões fundamentais a serem propostas sobre todas as técnicas de pesquisa são aquelas relacionadas com a precisão, fidedignidade e relevância dos dados e suas análises [...].

Rey (2003, p.269) afirma que a pesquisa qualitativa surge como possibilidade de investigação mais profunda, ao adotar a perspectiva dialógica, em que se estabelece não só vínculos de comunicação entre o sujeito e o objeto (diálogo), mas também reflexão, que transformará o “estado” de ambos.

Assumir o diálogo no processo de investigação implica que investigador e investigado entrem em um processo conjunto de reflexão, no qual cada um vai saindo gradualmente de suas respectivas trincheiras para entrar em uma relação mais aberta, autêntica e franca, o que não é só relevante para a qualidade da informação produzida, mas para a própria ética da investigação. Na investigação qualitativa, que assume os princípios da epistemologia qualitativa, o investigador rompe com todo hermetismo epistemológico apriorístico, e se situa, na intenção de descobrir aspectos novos na sua relação com os sujeitos investigados, os quais devem construir de forma conceitual por meio de um processo permanente de formulação de hipóteses que vão definindo os diferentes eixos de construção de informação ao longo da investigação.

Essa observação reforça a necessidade de entrevistas menos rígidas, menos estruturadas, pois somente assim é que se pode acessar os aspectos sociais dos processos de subjetivação, nos quais se encontram diluídas experiências passadas e histórias e que “guardam” os critérios e valores que balizam os usos de si. Ou como escreve Rey (2003, p.136).

[...] as entrevistas abertas, os sistemas conversacionais e dialógicos que caracterizam o momento de uma investigação, representarão a única fonte de acesso a esse material que aparece nos interstícios das produções do sujeito, os quais têm lugar na expressão de suas representações.

Os aspectos metodológicos mais específicos serão explicados juntamente ao Desenho da Pesquisa, mas antes de abordá-lo, far-se-á o delineamento da pesquisa para introduzir as contribuições da cartografia nesse processo.

Triviños (1987) categoriza estudos acadêmicos de três maneiras: exploratórios, experimentais e descritivos, cada um variando de acordo com a finalidade buscada e a metodologia empregada.

Os estudos exploratórios, para o autor acima, são aqueles que:

[...] permitem ao investigador aumentar sua experiência em torno de determinado problema. O pesquisador parte de uma hipótese e aprofunda seu estudo nos limites de uma realidade específica, buscando antecedentes, maior conhecimento para, em seguida, planejar uma pesquisa descritiva ou de tipo experimental. Outras vezes, deseja delimitar ou manejar com maior segurança uma teoria cujo enunciado resulta demasiado amplo para os objetivos da

pesquisa que tem em mente realizar. Pode ocorrer também que o investigador, baseado numa teoria, precise elaborar um instrumento, uma escala de opinião, por exemplo, que cogita num estudo descritivo que está planejando. Então o pesquisador planeja um estudo exploratório para encontrar os elementos necessários que lhe permitam, em contato com determinada população, obter os resultados que deseja (TRIVIÑOS, 1987, p.109).

Diante do exposto, a pesquisa que se pretende para este trabalho, por buscar tatear um caminho não tão conhecido na administração, “manejar com maior segurança uma teoria”, um primeiro ensaio sobre análise das situações de trabalho na ESF, tentando “aprofundar seu estudo dentro de uma realidade específica”, conforme colocado acima, é classificada como exploratória.

As considerações de Estudo Descritivo propostas por Triviños também são adequadas a esta pesquisa. São elas:

O foco essencial destes estudos reside no desejo de conhecer a **comunidade**, suas escolas, seus professores, sua educação, **suas gentes**, seus problemas, **sua preparação para o trabalho, seus valores**, os problemas de analfabetismo, a desnutrição, as reformas curriculares, os métodos de ensino, o mercado ocupacional, os problemas do adolescente etc.

Os estudos descritivos exigem do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar. [...] O estudo descritivo pretende descrever “com exatidão” os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987, p.110, grifo nosso).

Ainda de acordo com Triviños, o Estudo Descritivo pode ser sub-classificado de diversas formas. Para este trabalho, o Estudo Descritivo proposto será um Estudo de Caso que “tem por objetivo aprofundar a descrição de determinada realidade” (TRIVIÑOS, 1987, p.110).

O estudo de caso, portanto, não é uma técnica específica. É um meio de organizar os dados sociais preservando o *caráter unitário do objeto social estudado*. Expresso diferentemente, é uma abordagem que considera qualquer unidade social como um todo. Quase sempre, essa abordagem inclui *desenvolvimento* dessa unidade, que pode ser uma pessoa, uma família ou outro grupo social, um conjunto de relações ou processos (como crises familiares, ajustamento à doença, formação de amizade, invasão étnica de uma vizinhança, etc.) ou mesmo toda uma cultura (GOOD; HATT, 1977, p.422, grifos dos autores).

Dessa forma, a “determinada realidade” para este trabalho será o serviço prestado por uma equipe de saúde da família na Unidade de Saúde da Família de Jardim da Penha, bairro de Vitória, conforme será explicado adiante. Ainda, ressalta-se que não se objetiva, de forma alguma, generalizar o resultado

atingido, mas sim compreender que cada trabalhador detém uma capacidade de renormalizar as normas antecedentes, e assim o faz, mediante seus incessantes usos de si.

Apresentar-se-á, por hora, observações sobre a cartografia, que foi a postura utilizada pelo pesquisador na parte de campo.

4.1 – CARTOGRAFIA, UMA INTRODUÇÃO

A opção pela utilização da abordagem ergológica como referencial teórico-analítico traz, obviamente, implicações de ordem metodológica. Devido ao objeto de estudo específico da ergologia – as situações de trabalho – deve-se usar instrumentos de coleta de dados que consigam captar em maior grau de detalhe possível as nuances das atividades estudadas, contribuindo para consolidar uma postura epistemológica, assim descrita por Schwartz (2004a, p.147):

Mostrar lugares escondidos, lógicas internas que não aparecem, filiações e rupturas históricas nos sistemas conceituais e remetê-los eventualmente a complexos de valores e de escolhas é uma prática que poderia ser uma boa definição de postura epistemológica.

Para tentar alcançar essa postura epistemológica, valeu-se da cartografia. Assim, fica a indagação: cartografia pode ser classificada como método? A resposta certamente depende do conceito de método utilizado. Ao empregarmos o conceito de método no sentido científico cartesiano, de fragmentação da realidade, decomposição do “objeto” a ser estudado, certamente que cartografia em nada tangencia esse método. Por outro lado, ao empregar o conceito de método em seu sentido etimológico, cuja raiz grega *méthodos* significa, “caminho para chegar a um fim” (FERREIRA, 1975, p. 925) e por ter sido o caminho da cartografia, juntamente com o da ergologia, trilhados nessa pesquisa, acredita-se que seja pertinente tratar dessas questões na seção metodológica.

A cartografia trata, sobretudo, de questões que envolvem a micropolítica. Rolnik (2006, p.11) entende tal termo como relativo às “questões que envolvem os processos de subjetivação em sua relação com o político, o social e o

cultural, através dos quais se configuram os contornos da realidade em seu movimento contínuo de criação coletiva”.

Todavia, a percepção desses movimentos, que integram o micropolítico, exige do pesquisador – o cartógrafo, reconhecer e permitir ao corpo vibrátil dar voz aos afetos que permeiam a vida. Para esclarecer:

[...] Segundo pesquisas recentes, cada um de nossos órgãos dos sentidos é portador de uma dupla capacidade, uma cortical e uma subcortical. A primeira corresponde à percepção, a qual nos permite apreender o mundo em suas formas para, em seguida, projetar sobre elas as representações de que dispomos, de modo a lhes atribuir sentido. Esta capacidade, que nos é mais familiar, é pois associada ao tempo, à história do sujeito e à linguagem. Com ela, erguem-se as figuras de sujeito e objeto, as quais estabelecem entre si uma relação de exterioridade, o que cria as condições para que nos situemos no mapa das representações vigentes e nele possamos nos mover. Já a segunda, que por conta de sua repressão nos é mais desconhecida, nos permite apreender a alteridade em sua condição de campo de forças vivas que nos afetam e se fazem presentes em nosso corpo sob a forma de sensações. O exercício desta capacidade está desvinculado da história do sujeito e da linguagem. Como ela, o outro é uma presença que se integra à nossa textura sensível, tornando-se assim parte de nós mesmos. Dissolvem-se aqui as figuras de sujeito e objeto, e com elas aquilo que separa o corpo do mundo (ROLNIK, 2006, p.12).

É essa segunda capacidade acima descrita que a autora denomina de corpo vibrátil e esse corpo que vibra possui uma relação paradoxal com sua capacidade de percepção, relação que é assim explicada pela autora:

É a tensão deste paradoxo que mobiliza e impulsiona a potência de criação, na medida que nos coloca em crise e nos impõe a necessidade de criarmos formas de expressão para as sensações intransmissíveis por meio das representações de que dispomos. Assim, movidos por este paradoxo, somos continuamente forçados a pensar/agir de modo a transformar a paisagem subjetiva e objetiva (ROLNIK, 2006, p.13).

É por isso que cartografia é movimento, construções que se dão de forma dinâmica. Tudo que é *a priori* não é determinístico, por isso não há interação, em que cada parte dá a sua contribuição e completam uma espécie de montagem, mas sim engendramento, que ocorre no choque dos corpos e só consegue ser captado pelo corpo vibrátil, formando algo sempre novo e que permanecerá estável até o próximo choque, num movimento incessante de desterritorializações e territorializações.

Para clarificar o termo cartografia, Suely Rolnik faz uma analogia ao emprego do termo para os geógrafos e o diferencia de “mapa”, pois este “só cobre o visível” (ROLNIK, 2006, p.60):

A cartografia, diferentemente do mapa, é a inteligibilidade da paisagem em seus acidentes, suas mutações: ela acompanha os movimentos invisíveis e imprevisíveis da terra – aqui, movimentos do desejo – , que vão transfigurando, imperceptivelmente, a paisagem vigente (ROLNIK, 2006, p.62, grifo da autora).

Para os geógrafos, a cartografia – diferentemente do mapa, representação de um todo estático – é um desenho que acompanha e se faz ao mesmo tempo que os movimentos de transformação da paisagem. Paisagens psicossociais também são cartografáveis. A cartografia, nesse caso, acompanha e se faz ao mesmo tempo que o desmanchamento de certos mundos – sua perda de sentido – e a formulação de outros: mundos que se criam para expressar afetos contemporâneos, em relação aos quais os universos vigentes tornam-se obsoletos. Sendo tarefa do cartógrafo dar língua para afetos que pedem passagem, dele se espera basicamente que esteja mergulhado nas intensidades de seu tempo e que, atento às linguagens que encontra, devore as que lhe parecerem elementos possíveis para a composição das cartografias que se fazem necessárias. O cartógrafo é antes de tudo um antropófago (ROLNIK, 2006, p.23).

O termo antropófago é usado na obra em questão não apenas no sentido que o cartógrafo deva ler outros autores, mas sim devorá-los, para que dentro do corpo do cartógrafo o “devorado” possa ser “metabolizado”, possibilitando a composição de novas paisagens, por meio de um cartógrafo renovado, já diferente do anterior. Para a cartografia não apenas a leitura deve ser devorada, mas também músicas, pinturas, filmes, tudo aquilo que sensibilize o corpo vibrátil. O fragmento abaixo ilustra com maestria a acepção do termo antropófago:

Há outros casos, onde o estrangeiro em questão não foi encontrado pelo próprio cartógrafo e sim já deglutido e metabolizado no interior do corpo de um outro estrangeiro que ele devorou. E assim sucessivamente: um outro, dentro de um outro, dentro de um outro...(Por exemplo, muito de Spinoza que você encontrará aqui foi incorporado indiretamente, através de pedaços desse pensador presentes no corpo de Deleuze, no momento em que o cartógrafo o devorou) (ROLNIK, 2006, p.25).

Assim, pode-se dizer que o anseio do cartógrafo é mergulhar no processo de constituição dos territórios existenciais, em suma, no processo de constituição da própria realidade, da qual ele faz parte inexoravelmente, mas para isso, “ele sabe que terá de se aventurar pelos meandros do modo de produção da

subjetividade vigente na sociedade em que se deu tal processo” (ROLNIK, 2006, p.77).

Faz-se necessário sublinhar o quão apropriada parece ser a abordagem cartográfica para a Ergologia (e vice-versa). Ambos requerem o envolvimento do pesquisador na realidade a ser pesquisada (cartografada). Tanto o “objeto” da ergologia – as situações de trabalho – quanto a questão da micropolítica, captável somente pelo corpo vibrátil, para a cartografia requerem a busca pelo não explícito, pelas representações e valores contidos nas entrelinhas de gestos, falas, pausas, silêncios, sorrisos, ironias, exigindo, para tanto, sensibilidade e, sobretudo, isenção de quaisquer preconceitos. Pode-se arriscar a dizer que, assim como a cartografia, a ergologia também é amoral, pois nenhuma das duas deseja mostrar o certo ou o errado, conceber modelos ou buscar *best-ways*.

Por parte da cartografia, procurar referendar a utilização desses dois pensamentos teóricos, cartografia e ergologia, é absolutamente desnecessário, uma vez que teoria, na concepção cartográfica, também é uma forma de criar, compor a realidade, ou seja, teoria é cartografia:

Do mesmo modo, pouco importam as referências teóricas do cartógrafo. O que importa é que, para ele, **teoria é sempre cartografia** – e, sendo assim, ela se faz juntamente com as paisagens cuja formação ele acompanha (inclusive a teoria aqui apresentada, evidentemente). Para isso, o cartógrafo absorve matérias de qualquer procedência. Não tem o menor racismo de frequência, linguagem ou estilo. Tudo o que der língua para os movimentos do desejo, tudo o que servir para cunhar matéria de expressão e criar sentido, para ele é bem-vindo. *Todas as entradas são boas, desde que as saídas sejam múltiplas.* (ROLNIK, 2006, p.65, nota e grifos da autora).

Ferramenta indispensável para esse processo de cartografia é o diário de campo. Nele foram registradas não só as percepções sobre a atividade de trabalho, mas também todas as informações correlatas ao tema da pesquisa, sendo elas obtidas com colegas, professores, demais profissionais da ESF que não estavam na equipe selecionada etc. Trata-se de um coletivo de dados preenchido com as impressões, sensações, informações e fatos captados pelo pesquisador.

Por fim:

Restaria saber quais são os procedimentos do cartógrafo. Ora, estes tampouco importam, pois ele sabe que deve “inventá-los” em função daquilo que pede o contexto em que se encontra. Por isso **ele não segue nenhuma espécie de protocolo normalizado** (ROLNIK, 2006, p.66, grifo da autora).

O dispositivo de três pólos de Schwartz e a postura cartográfica acima exposta se complementam, pois ambos conferem igual destaque à realidade que se cria no processo da pesquisa. O coengendramento que se dá entre pesquisador e pesquisados ocorre, sob um olhar ergológico, no terceiro pólo, o pólo das confrontações, não havendo, por isso, passividade, ou melhor, ela poderá até existir, mas como uma postura deliberada do indivíduo em questão, de forma que coengendramento é, também, uso de si. Assim, **a cartografia possibilita ao pesquisador apreender os três pólos do dispositivo** citado, viabilizando uma leitura muito mais contextualizada, e dinâmica, dos processos de subjetivação, dando voz àqueles que habitualmente são esquecidos pela “gestão”.

Barros (2006, p.13) ao versar sobre o processo de construção do conhecimento, faz a seguinte colocação, um tanto quanto adequada a este momento:

Entendemos que conhecer é estar engajado na produção da realidade, mas também é constituir-se neste engajamento, é coengendramento de sujeito e objeto no ato do conhecimento. Nessa direção, não há nenhuma anterioridade, nenhuma garantia prévia no ato de conhecer.

4.2 – DESENHO DA PESQUISA E CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

Optou-se pela utilização de um esboço, um Desenho da Pesquisa que trata dos caminhos percorridos pelo pesquisador, pois tal recurso esquemático é capaz de comunicar de forma clara os pontos centrais da pesquisa.

Inicialmente, o Desenho da Pesquisa (Figura 02) está delimitado por uma linha, representando o universo da pesquisa qualitativa, em que se deu a pesquisa deste trabalho. Logo abaixo do tipo de pesquisa (qualitativa), estão as classificações da pesquisa, de acordo com as categorizações de Triviños (1987): Exploratória e Descritiva, esta última sub-classificada como Estudo de Caso.

O Desenho da Pesquisa apresenta uma divisão em três grandes grupos: Escolha do Local da Pesquisa, Coleta dos Dados e Tratamento dos Dados.

A Escolha do Local da Pesquisa pela Unidade de Saúde da Família de Jardim da Penha obedeceu aos critérios geográfico, estrutural e de acesso.

- Geográfico: proximidade da USF tanto da UFES quanto do domicílio do pesquisador, gerando ganho de tempo e redução de custo.
- Estrutural: a USF de Jardim da Penha se encontra em funcionamento há seis anos e conta com cinco Equipes de Saúde da Família (EqSF). Há, além de atendimento médico, assistência social, psicológica e odontológica. Apresenta sala de estudo para os profissionais e salas para palestras educativas à comunidade, definindo-a como uma unidade bem estruturada. À diante, existe um tópico que trata somente da caracterização da USFJP.
- Acesso: Tanto no primeiro contato, via telefone, com uma funcionária da unidade, quanto no segundo, visita ao diretor da unidade (ainda sem autorização para a pesquisa, apenas um “bate-papo”), mostraram-se interessados e abertos à pesquisa, fator esse indispensável ao bom andamento de uma pesquisa de campo.

Durante os Contatos Iniciais, feitos por duas vezes à USF, apresentou-se, de forma bem superficial durante conversas, o conteúdo da pesquisa. O diretor da unidade explicou que seria necessária, para acesso à unidade e aos seus dados, uma autorização fornecida por um órgão da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS): a Coordenação de Educação em Saúde (CES). Ao entrar em contato com essa Coordenação, foi explicado que deveria ser protocolada no Protocolo Geral da Prefeitura de Vitória uma carta de solicitação de autorização de pesquisa, bem como o projeto contendo as características gerais dessa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido que deveria ser assinado por aqueles que fossem entrevistados. Assim foi feito. A documentação foi protocolada sob o número 5118/2006 e aproximadamente trinta dias depois a pesquisa foi autorizada, ficando uma via com o pesquisador, uma via com a SEMUS e uma via enviada à USFJP.

Na USF de Jardim da Penha, seria selecionada uma Equipe de Saúde da Família, dentre as cinco, com base no quesito tempo de formação e atuação conjunta dos membros, buscando eliminar equipes menos experientes com relação à atividade e aos pressupostos da ESF, o que poderia vir a descaracterizar sua forma de atuação. Na prática, entretanto, evidenciou-se que as cinco equipes tinham quase todos seus ACS (que são os profissionais em maior número nas equipes) atuando há aproximadamente seis anos, que é o tempo de inauguração da Unidade. Assim, optou-se por uma equipe após conversa com as ACS que estavam reunidas e que demonstraram interesse em participar e levar o pesquisador às visitas, de forma que essa escolha ocorreu mais ao acaso do que obedecendo a requisitos técnicos.

No que tange à busca dos elementos da pesquisa e dos dados, foram consultadas referências sobre os temas abordados na pesquisa: ergologia, cartografia, ESF, Saúde Pública, além de documentos do Ministério da Saúde e da Prefeitura Municipal de Vitória. Na USF o pesquisador participou como ouvinte (espectador) das Rodas de Educação Permanente (tal termo é explicado adiante) e das Reuniões da equipe escolhida.

Foi feita uma entrevista semi-estruturada com o diretor da USF, que objetivou saber sobre a infra-estrutura da Unidade (financeira, recursos humanos, medicamentos etc.), a visão do gestor sobre as reuniões mensais e como ele considera a atuação das equipes. Tal entrevista teve a importância de conhecer a USF de Jardim da Penha, e seu funcionamento, bem como estreitar os laços entre pesquisador e direção, facilitando o acesso às pessoas e às informações.

As impressões do pesquisador, tanto na rotina diária da USF, quanto nas visitas domiciliares, foram registradas em diário de campo para serem consultadas na etapa de análise das informações ou quando se desejou saber dos profissionais por que agiram de determinada maneira nas situações vivenciadas, isso na etapa das entrevistas em profundidade, fazendo uma espécie de validação das inferências do pesquisador.

A equipe acompanhada era composta de seis ACS, uma auxiliar de enfermagem, uma enfermeira (chefe da equipe) e uma médica. É importante

ressaltar que essa equipe ficou seis meses sem médico, devido ao vencimento de seu contrato, porém a substituição não fora realizada, o que ocasionou uma série de situações que serão abordadas a seu devido tempo.

Foram feitas entrevistas em profundidade com todas as profissionais acompanhadas nas visitas, ou seja, todas as ACS e a enfermeira. Buscou-se esclarecer, inicialmente, as informações sobre formação, tempo de residência no bairro, atividade na ESF etc. Posteriormente, tentou-se apreender um pouco da história de vida dos profissionais, dos seus valores, experiências, de fatos que marcaram sua atividade e como lidaram com esses imprevistos, essa é uma etapa fundamental para compreender como tais sujeitos fazem uso de si no cotidiano, modificando, ou extrapolando, o prescrito. Essas validações foram feitas através de perguntas diretas aos atores das situações, como também a outros que nem sabiam do ocorrido, um tipo de “validação cruzada”, para tentar captar informações que, por ventura, os profissionais não estivessem confortáveis para relatar.

Cabe frisar que a médica, integrante mais recente da equipe acompanhada, recusou-se a fazer visitas com o pesquisador, mesmo depois deste ter lhe explicado seu objetivo e ter dito que já visitara com todas as ACS e com a enfermeira. A justificativa dada pela médica foi que suas visitas “são bem mais complexas que as outras”, não sendo, por isso, adequada a presença do pesquisador. Não se quer pôr em xeque a justificativa da médica, porém acredita-se que o fato de ser recém chegada na USFJP e na equipe a tenha deixado insegura, não permitindo o acesso ao seu trabalho.

A divisão da pesquisa, conforme pode ser acompanhada no Desenho da Pesquisa (Figura 02), obedece à seguinte ordem:

Dentro da USF de Jardim da Penha foi feita a primeira parte da pesquisa de campo (1ª fase, na Figura 02) que está dividida em três partes na seção da Pesquisa de Campo: As Rodas de Educação Permanente, As Reuniões das Equipes e Cotidianos na USFJP.

Na 2ª fase (Figura 02), “Acompanhamento da Equipe Seleccionada”, estão as informações sobre as visitas domiciliares e entrevistas feitas com os membros

da equipe, buscando conhecer um pouco de sua história e validar impressões do pesquisador.

Por fim, a fase de Tratamento dos Dados, em que os dados foram compilados, as entrevistas transcritas e procedeu-se à análise do material à luz do referencial teórico selecionado para a pesquisa e, ao final, teceu-se as considerações finais.

Desenho da Pesquisa

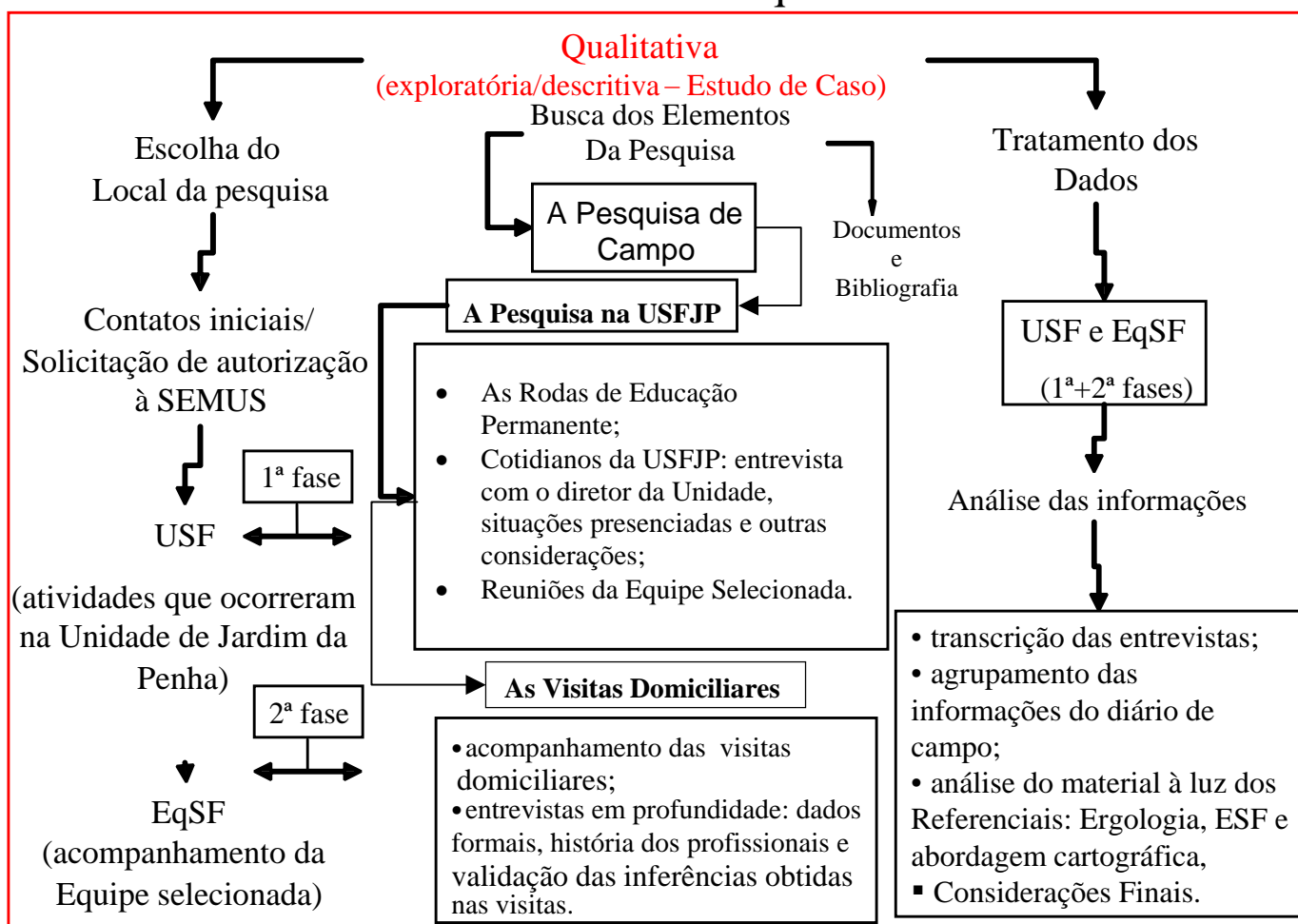


Figura 2: Desenho da Pesquisa.

5 – A UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA OTAVIANO RODRIGUES DE CARVALHO

Inaugurada no ano 2000, a Unidade de Saúde da Família de Jardim da Penha (USFJP) leva o nome do jornalista, fundador da Associação de Moradores de Jardim da Penha e deputado estadual Otaviano Rodrigues de Carvalho (1955 – 1999). Foi a primeira USF do estado projetada para trabalhar dentro dos parâmetros da ESF, ao contrário das outras unidades que eram postos de saúde e foram adaptados para USF.

Abrangendo o bairro de Jardim da Penha, típico bairro de classe média, a USFJP conta com cinco EqSF para atender a uma população aproximada de 40.000 moradores e estima-se que algo em torno de 80.000 pessoas transitem pelo bairro diariamente, por causa de trabalho e da Universidade Federal do Espírito Santo, são números da Polícia Militar, conforme informou o diretor na Unidade. O bairro é dividido em cinco áreas, uma equipe é responsável por cada área, e cada área é sub-dividida em micro-áreas. Há, em Jardim da Penha, 31 micro-áreas e cada ACS é responsável por uma delas, sendo que o ACS necessariamente deve morar na micro-área em que atua.

A USFJP conforme sua carta de serviços, disponibiliza à população da região os seguintes serviços:

- Serviços Médicos (médicos da família/generalistas): consultas agendadas, intercorrências, visitas domiciliares e educação em saúde;
- Odontologia: agendamento através de programas educativos e preventivos como o Programa Sorria Vitória⁸ e Escovário e urgências odontológicas;
- Enfermagem: consulta de enfermagem, supervisão de serviços, visitas domiciliares, educação em saúde, injeção de medicamentos, curativos, nebulização, imunização, coleta de exames, pré-consultas e teste do pezinho;

⁸ Programa da Prefeitura de Vitória, no qual todas as crianças matriculadas na rede pública municipal (escolas e creches) têm que passar, pelo menos uma vez ao ano, no setor odontológico da Unidade de Saúde do bairro onde a escola está situada.

- Agentes Comunitários de Saúde: cadastramento de famílias, visitas domiciliares e educação em saúde;
- Serviço Social e Psicologia: suporte para as equipes, atendimento em grupos e consultas agendadas.
- Embora não esteja na Carta de Serviços, constatou-se que duas vezes por semana, às terças e às quintas pela manhã, há sessões de alongamento para os profissionais da unidade e para a comunidade.

As principais atividades na área de Educação em Saúde e Acompanhamento são: Saúde da Criança (nutrição, vacinação, aleitamento), Saúde do Adolescente (drogas, álcool, DST/AIDS), Saúde da Mulher (prevenção ao câncer de mama e de útero, planejamento familiar, DST/AIDS), Saúde do Adulto, ambos os sexos, (Hipertensão arterial, diabetes, hanseníase, tuberculose, dengue) e Saúde do Idoso. A USFJP também distribui medicamentos e marca consulta de especialidades, orientando os pacientes aos Centros de Referências, locais em que se agrupam diversos consultórios específicos: oftalmologia, ortopedia, cardiologia etc.

Para desenvolver essas atividades, a Unidade conta com 93 funcionários assim distribuídos:

Profissional	N.º	Observações
Médico	7	Dois médicos são de apoio (pediatra e ginecologista) e vão à USF uma vez por semana, não são das equipes. Os outros cinco são um de cada equipe. Desses sete profissionais, somente um é efetivo da SEMUS, os outros são temporários.
Dentistas	6	Dois efetivos da SEMUS, um efetivo da SESA e os outros três são temporários.
Atendentes de consultório odontológico	7	Efetivos da SEMUS
Técnico de higiene dental	1	Efetivo da SEMUS
Enfermeiros	5	Um por equipe. Todos efetivos, sendo que uma é da SESA.
Agentes Comunitários de Saúde	31	Em média, seis por equipe. Cada um cobre uma das 31 micro-áreas. São funcionários da Cáritas Brasileira. Todas são do sexo feminino.
Auxiliar de Enfermagem	15	6 efetivos, sendo que uma está de licença por tempo indeterminado, outra está cedida pela prefeitura de Cachoeiro de Itapemirim e 9 são temporários.
Técnico de Enfermagem	1	Efetivo da SEMUS.
Técnico de Laboratório	2	Uma atua com os exames e outra na farmácia da Unidade. Uma efetiva da SESA e a outra da SEMUS.
Auxiliar Administrativo	2	Um temporário e outro da SESA.
Assistente Administrativo	1	Efetivo da SEMUS.
Serviços Gerais	4	1 efetivo (faxineira) e 3 de empresa terceirizada.
Vigilantes	4	Todos de empresa terceirizada.
Especialidades	6	1 fonoaudióloga (efetiva da SEMUS), 1 nutricionista (temporária), 1 psicóloga (temporária), 1 profissional de educação física (efetiva da SEMUS), 1 assistente social (temporária) e 1 farmacêutico (efetivo da SEMUS).
Diretor	1	Efetivo da SESA
TOTAL	93	

Quadro 02: Caracterização dos funcionários da USFJP. Fonte: levantamento técnico realizado na Unidade em agosto de 2006.

Teve-se acesso também aos dados do SIAB (Sistema de Informação de Atenção Básica) referente ao número de pessoas cadastradas pelas cinco equipes até junho de 2006:

Equipe⁹	Famílias Cadastradas	Masculino	Feminino	Total	N.º de pessoas por ACS (cada EqSF contém 6 ACS)	Usuários com Plano de Saúde	
1	1.845	2.724	3.196	5.920	986	4.279	72,8%
2	2.051	2.819	3.782	6.601	1100	4.406	66,74%
3	1.848	2.569	3.301	5.870	978	3.695	62,94%
4	2.141	3.016	3.907	6.923	1153	4.446	64,22%
5	2.426	2.978	4.155	7.133	1188	4.527	63,46%
TOTAL	10.311	14.106	18.341	32.447	-	21.353	65,80%

Tabela 01: Produção das EqSF da USFJP até junho de 2006. Fonte: SIAB adaptado.

A análise da tabela acima é de grande importância para a compreensão de algumas características da Unidade.

A coluna “Usuários com Plano de Saúde” possibilita retratar a quantidade da população cadastrada que é denominada “SUS-dependente”, ou seja, a diferença entre o total de pessoas cadastradas e o total de pessoas com plano de saúde representa a população que, em princípio, seria a dos usuários da USFJP. Todavia, o que se observa no dia-a-dia da Unidade, conforme relato do gestor, é que, tendo em vista a predominância dos planos de saúde participativos, mesmo as pessoas com plano de saúde vão habitualmente à USFJP, seja para consultas de rotina, seja para tratamento dentário, exames menos complexos etc. As pessoas possuidoras de plano de saúde fazem seu uso ou para consultar o especialista de confiança, ou para exames mais complexos ou para internações, ponto em que o SUS é calamitoso. Infere-se disso que esses serviços básicos ofertados pela Unidade são, ao menos,

⁹ A numeração das equipes na tabela não representa, necessariamente, a numeração correta das equipes, conforme dito pelo gestor. Acredita-se que ele queria preservar a produção de cada equipe.

satisfatórios, tanto em relação à qualidade, quanto à espera para atendimento. Faz-se necessário frisar que não se apurou a avaliação dos serviços da Unidade sob a perspectiva dos usuários, mesmo porque tal intento foge ao escopo deste trabalho.

Outro ponto a ser observado é o dimensionamento de profissionais para a população da área de cobertura. A portaria do MS n.º 648/GM de 28 de março de 2006, o normativo mais atual que trata da matéria, preconiza da seguinte forma a proporção habitantes/profissionais de saúde:

Para Unidade Básica de Saúde (UBS) sem Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 30 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantido os princípios da Atenção Básica.

Para UBS com Saúde da Família em grandes centros urbanos, recomenda-se o parâmetro de uma UBS para até 12 mil habitantes, localizada dentro do território pelo qual tem responsabilidade sanitária, garantido os princípios da Atenção Básica (BRASIL, 2006, p.18).

Em outra parte do mesmo documento:

São itens necessários à implantação das Equipes de Saúde da Família:

I – existência de equipe multiprofissional responsável por, no máximo, 4.000 habitantes, sendo a média recomendada de 3.000 habitantes [...];

II – Número de ACS suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por ACS e de 12 ACS por Equipe de Saúde da Família; (BRASIL, 2006, p.24).

Ao comparar os números propostos pela portaria acima e a tabela 01, vê-se que a USFJP é responsável por 32.447 habitantes, número superior não só para UBS com Saúde da Família, mas também para UBS sem Saúde da Família. Não existe equipe com menos de 5.920 pessoas, número 48% maior que os 4.000 habitantes de limite. Na coluna “N.º de Pessoas por ACS”, incluída pelo pesquisador, percebe-se que essa proporção chega a um ACS para 1188 pessoas e não há nenhum ACS que atenda somente às 750 pessoas, conforme estipula o normativo. É necessário relatar que este número é apenas uma média feita para a pesquisa, mas perguntado ao diretor sobre tais valores, ele disse que não estão longe da realidade. O diretor da unidade afirmou, também, que na inauguração da USFJP o bairro contava com

aproximadamente 25.000 habitantes, hoje possui em torno de 40.000, mas as mesmas cinco equipes originais.

Por causa desse dimensionamento elevado da proporção habitantes/profissionais, a USFJP desde abril de 2006 não cadastra mais nenhum habitante, deixando de acompanhar uma parcela do bairro e, por sua vez, já mutilando a própria ESF. As pessoas que são visitadas são aquelas já cadastradas e, caso alguém vá à Unidade fazer algum exame e constate que pertença ao grupo das prioridades traçadas para a Unidade, esse cidadão passa a ser cadastrado para acompanhamento. A outra possibilidade de cadastramento, atualmente, é a solicitação por parte do morador de uma visita do ACS, possibilidade essa que não é bem divulgada, nem pelos ACS, nem na própria Unidade, conforme a pesquisa constatou.

Por causa da falta de pessoal para atender ao bairro, foram estipuladas prioridades para a Unidade pela SEMUS. Esse grupo de prioridades, dito anteriormente, compreende, na USFJP, os diabéticos, os hipertensos, as gestantes e crianças até cinco anos.

Voltando às proporções contidas na Tabela 01, quando se desdobra a consequência desses números, chega-se a conclusões que vão além do excesso da carga de trabalho por profissional e a concomitante queda da qualidade do serviço. Uma vez que a Unidade não é mais capaz de fazer o acompanhamento preventivo e a promoção da saúde de forma adequada, a população passa a ir à Unidade, pois ela é a referência do bairro. Ou seja, o modelo da ESF passa a ser revertido, porque a população volta a procurar os centros de saúde para demandas espontâneas (característica do modelo hospitalocêntrico). Assim, é fundamental manter a proporção de profissionais por habitante, sob pena do comprometimento da própria Atenção Básica.

Durante o levantamento desses dados foi constatado o elevado número de profissionais temporários (contrato de apenas um ano), sobretudo médicos e dentistas (Quadro 02) e perguntado ao diretor da Unidade quais os impactos que esse tipo de vínculo acarreta para o trabalho desenvolvido e conseqüentemente para a gestão da USFJP, ele afirmou que a rotatividade causada por tal vínculo é um grande obstáculo e faz com que se perca a

continuidade do trabalho do profissional com a equipe e da equipe com a comunidade, fator central na proposta da ESF. Todos os cursos e treinamentos ministrados ao profissional, para situá-lo dentro da proposta de prevenção e educação da Estratégia são perdidos e devem ser reiniciados do começo quando o profissional substituto chega à Unidade.

Merece destaque, também, o vínculo dos ACS. Eles são contratados, não da prefeitura municipal ou do estado, mas da Cáritas Brasileira que firmou convênio com a prefeitura de Vitória e outros municípios pelo país. A Cáritas Brasileira faz parte da Rede *Caritas Internationalis*, rede da Igreja Católica de atuação social, composta por 162 organizações presentes em 200 países e territórios, com sede em Roma. Organismo da CNBB – Conferência Nacional dos Bispos do Brasil, foi criada em 12 de novembro de 1956 e é reconhecida como de utilidade pública federal (CÁRITAS BRASILEIRA, acesso em 27 set. 2006).

Ou seja, também são profissionais temporários e, por isso, não possuem as prerrogativas que teriam se fossem efetivos. Todavia, desde fevereiro de 2006 foi publicada a Emenda Constitucional (EC) n.º 51/2006 que garante aos ACS o vínculo com estados ou municípios, substituindo os contratos temporários por meio de processo seletivo público. Embora a EC não tenha dado fim ao problema de vínculo dos ACS, pois a Emenda ainda não foi regulamentada, muito se avançou e essa conquista é, para este trabalho, interessante pois demonstra a força política que essa categoria possui, conforme explicou o diretor da USFJP. Ele disse que não há como a ESF ser bem sucedida sem levar em consideração o papel dos ACS e enfatizou a centralidade desses atores no processo. “Eles, aqui no estado, não sabem a força política que têm...”, completou se referindo ao movimento capitaneado pelos ACS principalmente no Nordeste que culminou com a EC n.º 51/2006.

Os ACS conseguiram “costurar” um movimento que tinha apoio desde a ultra direita até a esquerda radical. Isso por causa da natureza do seu trabalho: intenso contato com as pessoas, serviço tido como importante pela população, além de serem numerosos – aproximadamente 204 mil ACS no país (BRASIL, acessado em 26 out. 2006) e com grande penetração popular, pois atuam tanto

em áreas urbanas, com suas periferias, e áreas rurais. Essa foi a explicação dada pelo gestor da Unidade a respeito do peso político da categoria e sua capacidade de articulação.

Diante de tudo isso que foi exposto pelo gestor, pensava-se que os ACS eram considerados em proporção ao “peso político” atribuído a eles pela própria coordenação, mas isso não ocorreu. “Conversando” com uma ACS (intitulada para este trabalho de ACS1) sobre o dia-a-dia da Unidade, foi-lhe perguntado o que os demais profissionais pensavam sobre o trabalho das ACS. A resposta foi surpreendente: “A gente aqui é pior que lixo, não levam a sério nosso trabalho, nem o que a gente diz, mas isso vai mudar porque reclamamos com o chefe na Roda”. A “Roda”, citada pela indignada ACS, é a Roda de Educação Permanente, iniciativa da Coordenação de Educação em Saúde (CES) da SEMUS.

O pesquisador, então, interessou-se pela Roda e pediu autorização para freqüentar as reuniões, o que foi prontamente atendido pelo gestor da Unidade, fazendo, inclusive, esclarecimentos sobre essa, que ele chamou de “experiência de co-gestão da Unidade”. Na seção sobre a pesquisa de campo, os elementos captados na Roda de Educação Permanente serão expostos.

6 – A PESQUISA DE CAMPO

Na saúde, de forma especial, observar as renormalizações que ocorrem no exercício das atividades e que se dão pelos usos de si contribui para desconstruir o mito de uma racionalidade científica incontestável que esforçam em atribuir às práticas dessa área. O campo, dessa forma, torna-se um local privilegiado.

Exemplo disso está na tese de doutorado de Rosana Horio Monteiro, intitulada “Videografias do Coração: Um Estudo Etnográfico do Cateterismo Cardíaco”, defendida no Instituto de Geociências da Unicamp em 2001. Embora a autora não utilize o referencial teórico da Ergologia, ela chega à conclusão em seu estudo, que acompanhou um grupo de cardiologistas em um hospital-escola nos EUA sobre os diagnósticos baseados nas imagens geradas pelo cateterismo, que as interpretações dessas imagens variam de acordo com a posição social do médico, formação acadêmica, local na hierarquia profissional, experiência. Esses elementos funcionam como filtros que modificam o que eles vêem nas imagens (MONTEIRO, 2001). Ou seja, o diagnóstico, que é o término de um processo que articula inúmeras análises e escolhas é, portanto, um tipo de uso de si mediado pelos aspectos acima (que para a Ergologia podem ser sintetizados como a micro-história dos profissionais) e, por isso, sujeito à variabilidade de indivíduo para indivíduo.

O que se buscou na parte de campo desta pesquisa foi captar esses momentos de uso de si, que sofrem influência dessas micro-histórias, permeadas por valores, e que reconfiguram as normas antecedentes nas atividades de trabalho, colocando *sub judice* “padrões” de gestão.

Seguindo o esquema do “Desenho da Pesquisa” (Figura 02), apresentado no capítulo 04, o material de campo será exposto dividido em duas partes. A primeira, que se refere à Unidade, intitulada “A Pesquisa na USFJP”, que contém as seguintes sub-seções: Roda de Educação Permanente, Cotidianos na USFJP e Reuniões da Equipe Seleccionada. A segunda, que diz respeito às visitas com os profissionais, intitulada “As Visitas Domiciliares”. As informações fornecidas nas entrevistas com os profissionais acompanhados estão

colocadas nas duas partes e o texto frisarà quando ela tiver sido obtida na entrevista.

6.1 – A PESQUISA NA USFJP

6.1.1 – As Rodas de Educação Permanente

As Rodas de Educação Permanente são reuniões mensais que ocorrem com as equipes da Unidade e demais funcionários. Como o dia-a-dia da Unidade é intenso, não há como todos os profissionais pararem para as reuniões, assim, as equipes 2 e 3 compõem uma Roda e as equipes 1,4 e 5 compõem outra Roda, sempre ocorrendo em dias diferentes.

Estão presentes nessas reuniões além de os membros das equipes, o diretor da Unidade e um profissional da CES, que atua como um facilitador da Roda. No caso da Roda da USFJP, esse profissional é um médico ginecologista que atende na Unidade uma vez por semana.

A proposta da Roda de Educação Permanente é criar um momento de discussão dos processos de trabalho da própria Unidade, em que todos tenham a oportunidade de expor suas percepções, dúvidas e reclamações. O facilitador sempre repetia a necessidade de conhecer as rotinas da Unidade e o fluxo de trabalho dos demais setores, como marcação de consultas, de exames etc. pois dessa forma todos teriam uma noção mais completa da Unidade e poderiam dar informações precisas aos usuários, ganhando tempo e melhorando o atendimento¹⁰. Ainda na Roda, as informações são atualizadas sobre procedimentos, leis e assuntos gerais, experiências de outras unidades são compartilhadas. É um espaço “democrático” para pensar melhorias na Unidade e no trabalho dos profissionais, talvez por isso, o diretor, que é formando em Administração pela UFES, a caracterize como uma “experiência de co-gestão”.

¹⁰ Uma dentista da Unidade durante uma reunião da Roda, disse que parecia existir “duas unidades dentro de uma”, uma vez que as pessoas da odontologia não sabiam o que ocorria com relação à parte médica, nem sequer eram capazes de dar qualquer orientação sobre horários básicos de funcionamento e que o mesmo problema existia com relação à odontologia, sendo por isso, duas unidades totalmente separadas.

Embora seja um local em que todos devam falar, isento de hierarquia, o acompanhamento dessas reuniões demonstrou que a discussão sempre é polarizada ou pelo diretor, ou pelos médicos e, às vezes, pelos dentistas presentes. Raríssimas são as colocações de outros profissionais. O próprio arranjo como se sentam no círculo já demonstra tal separação: os médicos ao lado do diretor, junto com o “facilitador” (que é médico), os ACS todos lado a lado com enfermeiras e os Agentes de Controle de Zoonoses¹¹, “o pessoal da Dengue”, juntos em outro lado do círculo.

Infelizmente, o pesquisador pôde, apenas, acompanhar duas reuniões da Roda, ocorridas em setembro e outubro de 2006, pois após essa última, inúmeras contingências causaram a suspensão das Rodas. Primeiro foram as férias do facilitador, depois a intensificação das atividades de fim de ano e, já em janeiro de 2007, as férias do diretor da Unidade. Importante relatar que quase todos os profissionais quando entrevistados disseram que a Roda de Educação Permanente é de grande importância, mas a falta de regularidade compromete sua capacidade de contribuir para as questões da USFJP. Exceção foi a ACS5, que disse “Graças a Deus não tá tendo a Roda, aquilo é uma perda de tempo”. Questionada sobre essa posição, ela recuou, tentando atenuar o que dissera, relatou que as colocações dos agentes não são ouvidas.

A situação de incerteza das datas das reuniões da Roda foi muito criticada pelos entrevistados. Na data das entrevistas, princípio de janeiro de 2007, ninguém sabia dar qualquer informação sobre a próxima Roda, nem ao menos uma previsão. Ficou notório que a continuidade, o permanente da Roda de Educação **Permanente** é amplamente ignorado, minando um momento que poderia gerar bons frutos para a Unidade, conforme também constataram os profissionais entrevistados.

Sobre as Rodas acompanhadas (uma com cada grupo de equipes), evidenciou-se que o saber técnico-científico dos profissionais médicos e dentistas, institucionalizado como o certo, o legítimo para falar em nome de todos, inibe as manifestações dos demais profissionais que são os que

¹¹ Esses agentes não são da USFJP, embora sejam contratados da PMV. A Unidade serve como Ponto de Apoio para guarda de material, encontros e discussões. Eles também participam da Roda.

diariamente estão na “linha de frente”, mesmo tendo estas oportunidade de se pronunciarem. Não que a Roda seja por isso desnecessária, mas imposições sócio-culturais, de um tipo de saber que gera poder, restringem seu potencial. Eis outro desafio para as práticas e políticas de saúde, remetendo, invariavelmente, à complexa questão da multiprofissionalidade das equipes.

Nem todas as USF de Vitória têm a Roda de Educação Permanente e as existentes se encontram em diferentes estágios de desenvolvimento, conforme relatou o médico da CES. Há Rodas já bastante desenvolvidas e que em breve publicarão suas experiências sob a forma de produção acadêmica. Merece destaque a Roda de Educação Permanente da USF da Praia do Suá.

O bairro Praia do Suá possui uma peculiaridade em seus habitantes: um grande número de famílias cujos homens vivem de pesca. Dois problemas são ali constatados: um elevado índice de alcoolismo entre os pescadores, o que culmina com elevado nível de violência contra as mulheres. “Ou os pescadores estão no mar, exercendo seu ofício, ou estão em terra alcoolizados”, assim, colocou o facilitador da Roda ao relatar essa experiência. Os profissionais daquela unidade, com a ajuda de acadêmicos de psicologia (contribuição fundamental, conforme frisou o facilitador) desenvolveram um projeto, em que a Roda teve e tem relevante destaque, de acompanhamento e orientação não só do pescador, mas de toda a família, buscando atenuar esse quadro e obtendo resultados animadores.

A Roda de Jardim da Penha teve seu início em outubro de 2005, encontrando-se, por isso, em uma fase bem mais inicial. Um assunto discutido na primeira Roda acompanhada pelo pesquisador chamou atenção. Os hipertensos e diabéticos ao consultarem os médicos na USFJP recebem medicação, em geral, suficiente para seis meses, assim, após esse período, com o término da medicação, retornam à Unidade para nova avaliação e buscar mais remédios. É uma forma de forçar o acompanhamento desses pacientes. Todavia, as enfermeiras podem, ao examiná-los e constatando um estado de normalidade, carimbar a receita e liberar a medicação por mais um período. Esse procedimento não deve ser feito continuamente, é necessário que o paciente

retorne ao médico para que, após essa consulta de enfermagem, ele volte a examinar o paciente.

O que foi levantado na Roda por uma médica, em tom acusatório, é que há enfermeiras que não estão avaliando tais pacientes, pois “os conhecem”. Simplesmente liberam a medicação, porque marcar consulta é difícil, demorado... e continuou dizendo possuir pacientes que nunca foram por ela examinados, ou seja, ficam recebendo medicação diretamente por consulta de enfermagem. Terminou colocando que “caso o paciente venha a óbito, não serei eu a responsabilizada”.

Sobre essa questão, o gestor alertou a todos sobre a gravidade da situação e destacou a importância de seguir o procedimento correto, ou seja, o cumprimento da norma antecedente.

Embasado no cabedal teórico antes apresentado, sabe-se que somente a obediência ao prescrito jamais resolverá esse problema e, certamente, irá gerar outros. As causas e circunstâncias que levam as enfermeiras a tais condutas devem ser analisadas e compreendidas. As singularidades, as micro-histórias dessas concessões de medicamentos feitas pelas enfermeiras devem ser consideradas. Não se quer justificar tal prática, mas mesmo que seja para recriminá-la, extingui-la e propor outra em seu lugar, o conhecimento mais aprofundado desses usos de si se faz obrigatório.

Um problema de tamanha complexidade não pode ter como solução um “apenas sigam a norma”. Isso é gerir em um plano irreal, simplista e que ao não ir às causas de tal procedimento, apenas atenuará, momentaneamente, o atrito presenciado na Roda entre médica e enfermeiras e o pior, o problema do acompanhamento dos pacientes, o cerne da discussão, não será resolvido.

Para pedir esclarecimentos sobre tal prática, o pesquisador conversou com uma enfermeira da USFJP, mas que não é a enfermeira da equipe acompanhada. Ela, não muito à vontade, falou que esta prática varia de equipe para equipe, pois como todos os usuários são moradores do bairro, logo pertencem a uma área que tem uma equipe responsável e, conseqüentemente, um médico responsável, que acaba “estabelecendo critérios”. Tais “critérios”

foram compreendidos mais tarde, na entrevista com a ACS2, que narrou que há enfermeiras que preenchem as receitas e as levam para os médicos assinarem, como se eles estivessem prescrevendo. “Tem enfermeira que é enfermeira há 30 anos! Eles (os médicos) que confiam nelas assinam sem nem ler, mas têm outros que não fazem nada disso, gostam de tudo certinho”.

Essa enfermeira acabou confessando que a enfermeira da equipe acompanhada “realmente exagera”: passa medicação por prazos longos e medicações que não poderia passar, pois tudo o que elas podem fazer como enfermeiras está regulamentado na portaria 18/2002 da SEMUS. Essa enfermeira disse que a segue de forma inexorável. Tal portaria permite que remédios como os de verme, anticoncepcionais, Tilenol, por exemplo, possam ser prescritos por enfermeiras, mas medicação para diabéticos e hipertensos não, nem aspirinas (A.A.S.).

Ao buscar esclarecimentos sobre os motivos que levavam a enfermeira da equipe selecionada a exagerar, o pesquisador descobriu que a equipe em questão ficou, nada menos, que seis meses sem médico. Ela se via diante do dilema: ou manda o paciente para fila de consulta, ou ela mesmo liberava a medicação, mediante sua avaliação. Por diversas vezes a segunda alternativa foi escolhida, mesmo que fugisse ao protocolo estabelecido pela portaria 18/2002.

É interessante perceber que quando se abandona a análise pontual, focada na profissional que não cumpre a norma e parte-se para uma visão mais ampla, compreende-se a razão de sua conduta, ficando evidente a parcela de responsabilidade da Organização. Se a enfermeira ouvisse a recomendação do diretor da USFJP de seguir a norma, qual seriam as conseqüências? A mais óbvia é o “engessamento” do fluxo de atendimentos, algo que repercutiria em diversas áreas da Unidade.

Aí reside a importância de se conhecer as restrições que se apresentam ao trabalhador e, posteriormente, compreender como e por que ele faz uso de si próprio.

Muitos desses pacientes que foram medicados pela enfermeira, já eram por ela conhecidos, como afirmou a ACS6 em sua entrevista, o que facilita as avaliações que ela executa, o mesmo pode-se dizer da experiência, uma vez que a profissional em questão é formada e exerce seu ofício há 34 anos, segundo informações da própria em sua entrevista. Perguntada sobre a liberação de medicamentos, ainda na entrevista, foi curioso constatar que a enfermeira relatou que apenas libera os medicamentos que constam na resolução 18/2002, negando o fato de liberar remédios para diabéticos e hipertensos, algo que é de conhecimento de todos na Unidade. Fato este que demonstra que a enfermeira sabe que seu procedimento foge às normas, portanto ela nega como forma de se preservar, mesmo o pesquisador deixando bem claro que nenhum nome seria divulgado e que o interesse da pesquisa não era de realizar nenhum tipo de auditoria nos procedimentos da Unidade. Eis sua fala, visivelmente constrangida:

Não, não...eu, todas as enfermeiras, só podemos passar os remédios que constam na resolução 18/2002. A não ser quando o médico já receitou o remédio para hipertenso ou diabético e, quando ele volta, nós liberamos por mais um tempo, depois da nossa avaliação. Agora, receitar medicação pra esses pacientes, sem ter passado pelos médicos não, isso é proibido.

Ainda sobre essa situação, a ACS1 disse que há muitos pacientes que preferem consultar enfermeiras a consultar médicos. Perguntado o porquê, ela disse ter as enfermeiras, muitas vezes, mais experiência do que os médicos. Infelizmente, o pesquisador não pôde acompanhar consultas, seja com médicos ou com enfermeiros, pois se trata de um momento reservado, em que assuntos íntimos são abordados e às vezes pacientes até se despem, porém, acredita-se que não apenas a experiência contribua para essa preferência, mas também a cordialidade e o cuidado dispensado ao paciente estejam entre as causas dessa preferência¹².

Na segunda reunião da Roda o pesquisador presenciou uma discussão acalorada entre enfermeiros, dentistas e o diretor da Unidade. Este, ao cobrar melhoras em procedimentos, com o objetivo de melhorar o atendimento,

¹² O pesquisador, certa vez, ao entrar na sala de estudos dos ACS, local em que ocorrem as reuniões das EqSF, e pedir para participar da reunião, mesmo estando previamente autorizado pela coordenação, percebeu claramente o “ar” de desaprovação da médica da equipe, enquanto que a enfermeira gentilmente prestou esclarecimentos e colocou-se à disposição.

começou a ser criticado pelos dentistas e, posteriormente, pelos enfermeiros, dizendo que faltavam recursos para executar um atendimento decente. O diretor replicou afirmando que as solicitações de materiais e medicamentos (alvo das reclamações anteriores) estavam sendo feitas e que era para ser feito o melhor dentro das possibilidades. Os ânimos ficaram exaltados por um tempo, mas depois, com a intervenção do facilitador, a Roda voltou ao seu curso normal.

Na entrevista com a ACS1, que se referiu à Roda como um local de “lavar roupa suja”, foi possível entender um pouco mais sobre o que estava por trás do conflito acima relatado.

Ela, que disse conhecer o diretor de longa data, antes mesmo da Unidade, relatou que o mesmo é militante do Partido dos Trabalhadores (PT) e como, em outubro de 2006, ocorreram as eleições, o debate político estava em pauta. Grande parte dos profissionais da Unidade apoiava um candidato do Partido da Social Democracia Brasileira (PSDB), que veio a se eleger Deputado Federal, pois ele é médico, já fora Secretário de Estado de Saúde e vice-governador. Além disso, sua irmã atua como médica na USFJP. Percebendo movimentos de propaganda eleitoral na Unidade, como distribuição de *bottons*, o diretor proibiu tais procedimentos, o que foi interpretado por alguns profissionais, como um favorecimento à corrente petista. Assim, o atrito presenciado na Roda refletia, também, um conflito ideológico-partidário.

Como dito anteriormente, o vínculo empregatício dos ACS é um assunto de extrema importância para ESF. A notícia que se espalhava pela Unidade, às vésperas da eleição, era que o candidato a deputado acima relatado, se eleito, iria em Brasília lutar pela regulamentação do vínculo dos agentes. Sua irmã mobilizou as agentes da USFJP e pediu que essas convidassem agentes de outras unidades para uma “pequena reunião” em sua casa, na qual o candidato em meio a um “lanchinho”, iria expor sua forma de atuação no Congresso. Enfim, cenas que refletem o atual quadro político brasileiro...

6.1.2 – Cotidianos na USFJP

Colocou-se no bojo dessa seção terciária todos os eventos que foram presenciados quando o pesquisador estava na Unidade cartografando o seu dia-a-dia, as conversas com funcionários, intercorrências que aconteciam e a entrevista semi-estruturada com o diretor da USFJP. As demandas espontâneas que eram levadas aos consultórios não puderam ser acompanhadas, pelos motivos antes explicados.

A USFJP está localizada em uma das principais avenidas do bairro, possuindo, inclusive, ponto de ônibus em sua frente, o que facilita o acesso dos moradores. Logo na entrada, percebe-se um ambiente que se esforça para ser alegre, tendo muitos cartazes coloridos e quadros de crianças alegres (que têm nos rodapés propaganda de laboratórios). A Unidade possui um *layout* bem distribuído em dois andares, contando também com um espaçoso elevador.

Em meio aos ACS, que possuem uma camisa bem caracterizadora, e aos profissionais de jaleco branco, encontram-se os usuários que se concentram na recepção, situada logo na entrada da Unidade. Há um número elevado de confortáveis e novas cadeiras espalhadas frente à recepção, aos consultórios e à sala de vacina, de forma que o pesquisador nunca presenciou usuários em pé por falta de assento, mesmo no horário “de pico” que é entre às 08h00 e às 09h00.

Os dias são geralmente corridos, sendo muitas vezes difícil para falar com os profissionais, tanto as ACS, quanto as enfermeiras e o próprio diretor, pois sempre estavam ocupados com alguém, ou alguma coisa. Foi em um desses costumeiros dias atribulados que foi feita a entrevista com o diretor da Unidade.

Durante entrevista, foram contadas em um espaço de aproximadamente uma hora e quinze minutos, nada menos que quatro interrupções de naturezas variadas.

O diretor foi, primeiramente, avisado que o sugador da cadeira odontológica não estava funcionando. Ele, então, procurou o telefone da manutenção desse equipamento e orientou sobre a mudança na ordem dos atendimentos odontológicos, para que os pacientes que não necessitassem do sugador

fossem atendidos primeiramente. Após aproximadamente dez minutos, ele retorna para a entrevista que, posteriormente, é novamente interrompida pela faxineira que disse não encontrar a extensão elétrica da geladeira da cantina. Mais uma vez, ele saiu para resolver o problema... minutos depois, retorna. Quando, então, um dentista abre a porta e disse que estava com um paciente querendo autorização para tratamento especial, o diretor o orientou¹³. Reinicia-se a entrevista e, transcorridos alguns minutos, uma mulher abre a porta perguntando pelo diretor. Ele se apresenta e ela falou que precisava fazer uma nebulização, mas estava sem a receita e a enfermeira não queria deixá-la fazer e a encaminhou para a coordenação. Ele negou dizendo que não seria possível, pois na receita contém a posologia do medicamento, ela ponderou afirmando saber a dose “de cabeça” e ele, já sem paciência, encerrou com um enfático “sem receita não é possível”.

Sobre esse único episódio, pode-se constatar uma dependência dos profissionais em relação ao gestor. Quanto à nebulização, a própria enfermeira deveria dizer que sem a receita não há como, pois é a receita que isenta a Unidade de qualquer responsabilidade futura em caso de complicações com a paciente. É o tipo de demanda que não tem necessidade de chegar à coordenação para ser negada. Ter o diretor que ligar para pedir manutenção de equipamento, reorientar o atendimento (aliás, baseado apenas no bom senso), procurar a extensão da geladeira, acabam por desviá-lo de sua função: elaborar maneiras de otimizar a Unidade e cuidar de questões em âmbito gerencial, e não ficar durante todo o dia resolvendo qualquer tipo de problema. Talvez por isso, que ele tenha se queixado que somente no fim de semana, quando ele está pescando, que consegue pensar como diretor, pois durante o dia-a-dia ele trabalha, em suas palavras, na “filosofia do bombeiro: apenas apagando incêndios”.

Também nessa entrevista, o diretor relatou que os funcionários da recepção, segundo ele o “grande gargalo” da Unidade, são da área de saúde, na maioria auxiliares de enfermagem e ficam responsáveis pela marcação de consultas,

¹³ Essas autorizações dizem respeito a tratamentos mais caros e só são dadas quando o dentista atesta a necessidade. No caso em questão, o paciente já queria tal autorização antes de o dentista consultá-lo, para

arquivamentos, geração de relatórios quando solicitados pela coordenação. Mas isso causa problemas, pois os profissionais da área de saúde passam a não atuar em sua área e sim em uma área mais administrativa e, em consequência disso, o gestor diz que esses profissionais ficam desmotivados e não fazem levantamentos, relatórios a contento, pois lhe respondem que esse tipo de serviço não sabem fazer: “dizem pra mim, o que eu sei é medir pressão, dar vacina, eu não sei fazer esse relatório”.

Evidencia-se, diante disso, obstáculos à resolutividade da Unidade. Ou se substituem os funcionários de saúde, por funcionários aptos ao serviço administrativo-burocrático, que uma recepção de unidade de saúde requer (opção bastante remota, pois demandaria novas contratações), ou exige-se um esforço da coordenação para sensibilizar os já atuantes da importância do serviço da recepção e a contra-partida, sem dúvida, da qualificação para tanto, quando não a tiverem. O reconhecimento do problema, mas sem atacá-lo, que foi a impressão sentida com relação a esse assunto, é tão prejudicial ao serviço da Unidade como seu completo desconhecimento.

Também interessantes foram as colocações sobre como as características da população do bairro Jardim da Penha acabam influenciando o próprio cotidiano da Unidade.

O horário de trabalho das ACS começa a partir das 08h00 da manhã, mas como nesse horário muitos moradores estão dormindo, ou arrumando a casa, as ACS aguardam até as 09h00 na Unidade para iniciarem as visitas. Uma agente também relatou que às sextas-feiras à tarde evitam fazer visitas, pois como sexta é o dia da faxina e as donas de casa se cansam, muitas que ficam em casa à tarde gostam de dormir. Após às 11h30 também as ACS não fazem visita, por causa do almoço. Nessas situações os moradores recebem os agentes “de cara feia”, conforme relatou a ACS1.

No período das 08h00 às 09h00, segundo informações das agentes nas entrevistas, elas colocam o serviço burocrático em dia, preenchendo o Boletim Único de Produção (BUP), atualizando prontuários, verificando o livro de

agilizar o tratamento. O diretor disse para o dentista examiná-lo e se fosse necessário, dar tal autorização, como preconiza o procedimento.

solicitação de cadastro, para saber se há algum morador a ser cadastrado na micro-área do agente.

O bom nível de escolaridade da população do bairro também foi destacado pelo diretor: “tem morador que chega na consulta com um monte de páginas impressas sobre a doença que pesquisou na Internet, entrega pro médico e diz pra ele: eu tô com isso, só falta dizer pra ele o que prescrever na receita”. Sobre a aferição de pressão para hipertensos, o diretor disse que o MS preconiza que seja aferida duas vezes por semana, mas como há hipertensos que sabem dos riscos de uma elevação súbita de pressão, eles vão à Unidade para medir a pressão, em alguns casos, quatro vezes num mesmo dia! Não é difícil imaginar o impacto de demandas como essa no serviço da Unidade, ainda mais porque os profissionais não podem se recusar a atendê-los.

Por fim, vale ressaltar a decisão da direção da Unidade a respeito de marcação de exames preventivos e de tratamentos dentários. Para marcar tais procedimentos clínicos, o morador deve assistir a uma palestra educativa ministrada por profissionais da Unidade e, ao término dessa, as consultas são agendadas apenas para os presentes.

Conversando com uma enfermeira da USFJP sobre essa prática, ela disse que é fundamental trabalhar a dimensão da informação na comunidade e isso é feito com essas palestras curtas e objetivas, pois antes havia a crença que a saúde dependia apenas do que o médico iria dizer na consulta e a medicação resolveria o problema, tratava-se da compreensão meramente biológica da doença.

Não se pode negar que tal prática está muito mais alinhada à proposta da ESF. Para tratamento odontológico é o mesmo processo. Sobre isso, uma dentista relatou na Roda de Educação Permanente que ao direcionar um morador para a palestra, na qual iria receber informações inclusive sobre escovação, ele se enfureceu e disse que a dentista insinuava que ele não sabia sequer escovar os dentes, o que demonstra que a crença nos tratamentos como única forma de solucionar os problemas de saúde, ignorando a prevenção, não acomete apenas os profissionais, mas também a população.

Foi presenciado, também, na USFJP, enquanto o pesquisador aguardava uma agente para visita, uma outra agente, que não fazia parte da equipe selecionada, comunicando a uma empregada doméstica sobre o seu cadastramento da Unidade. A empregada tinha ido solicitar consulta com a psicóloga. A Agente perguntou-lhe, logo no início da conversa, onde ela estava trabalhando, pois era sabido que a doméstica não estava mais na casa dos patrões que foram os responsáveis pelo seu cadastramento. A empregada disse que estava trabalhando, agora, como diarista em várias casas, mas ainda em Jardim da Penha. A Agente perguntou onde morava a empregada. Esta disse que morava em Andorinhas, um bairro próximo a Jardim da Penha. A ACS explicou-lhe que ela deveria ser cadastrada, por isso, em Andorinhas, mas não em Jardim da Penha, pois esses dados chegariam ao Ministério da Saúde e descobririam que ela está cadastrada em duas unidades, algo que é proibido. A doméstica começou a narrar as situações difíceis que tem passado, fazendo com que a agente pegasse o encaminhamento à psicóloga e dissesse “vou ver o que posso fazer”. A questão de cadastramento de empregadas domésticas será abordada novamente à frente.

Em outro dia, mais uma situação que deve ser relatada foi presenciada enquanto o pesquisador esperava o início de uma das reuniões da equipe acompanhada.

Agentes de outra equipe aguardavam sua enfermeira-chefe no auditório e, como estava muito calor no dia, as agentes da equipe acompanhada dirigiram-se também para lá no intuito de esperar a reunião começar. O auditório possui ar condicionado, sendo, por isso, um ponto de encontro entre as agentes.

Um agente, não integrante da equipe acompanhada, informou as demais que a Prefeitura da Serra (município adjacente a Vitória) não aguardou a resolução do problema dos vínculos empregatícios dos ACS em âmbito nacional, migrando todos, por meio de decreto, de terceirizados para celetistas (regime de trabalho regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas – CLT) e, ainda, equiparando os salários dos ACS ao dos Agentes de Controle de Zoonoses (ACZ), uma vez que estes ganham mais e são funcionários da prefeitura.

Os Agentes de Controle de Zoonoses são responsáveis pelo combate, no município, de doenças como dengue, raiva, controle de ratos etc. Em Vitória, eles receberam um abono de fim de ano no valor de R\$1.500,00, conforme narraram as ACS nesse “encontro” e as agentes de saúde, não, pois não são funcionárias da prefeitura.

Indignadas com a situação e não poupando críticas à Prefeitura de Vitória, as ACS começaram a dizer que o trabalho dos ACZ só é possível pois “por trás” existem as ACS, uma vez que aqueles não moram nos bairros e muitas vezes têm acesso permitido às residências somente quando estão juntos dos ACS, ou quando estes já avisam ao moradores que “o pessoal da dengue” virá. A ACS2, sobre isso, na sua entrevista relatou: “Os casos de dengue caíram bastante aqui no bairro, todo mundo fala que foi por causa do ‘pessoal da dengue’, mas a gente foi importante, não só eles, coisa que muita gente não vê”.

Para a gestão da Unidade, administrar esse tipo de atrito é algo de extrema complexidade, uma vez que a questão do vínculo e, conseqüentemente, a diferença salarial de funções correlatas, estão além do seu escopo de ação. Porém, o fato dos demais profissionais e a própria comunidade não reconhecer o papel das ACS nos bons resultados alcançados no combate à dengue, consoante relatou a ACS2, é algo que merece atenção da direção, pois o que está implícito nessa fala é a necessidade de terem o reconhecimento de seu trabalho como algo importante, o sentimento de serem úteis à ESF e ao bairro, algo que se torna especialmente relevante quando se fala em saúde, uma vez que o rótulo de cientificidade, de sistema especializado, confere *status* apenas a médicos, a dentistas e a enfermeiros (quando muito), atribuindo um papel totalmente coadjuvante a profissionais como os ACS.

6.1.3 – As Reuniões da Equipe Seleccionada

Foram acompanhadas três reuniões da equipe selecionada, que, oficialmente deveriam ocorrer uma vez por semana, mas, na prática, observou-se que ocorrem com bem menos frequência. As reuniões mais agitadas são as de fim

de mês, nas quais a produção mensal é consolidada no relatório por equipe para se obter o total da Unidade e o respectivo envio à SEMUS, à SESA e ao MS.

As demais reuniões são geralmente breves. Em duas que foram acompanhadas a enfermeira passou informações sobre campanhas e oficinas e, enquanto isso, as ACS atualizavam seus cadernos e preenchiam prontuários, o que demonstrou que tais reuniões eram mais um tempo para “pôr em dia” o serviço burocrático. Nenhum caso de paciente foi discutido em equipe, o que ocorria, no máximo, era algum ACS perguntando se determinado morador comparecera ao preventivo, pegara resultado de exame etc. Essas duas reuniões não tiveram grandes contribuições, embora tenham evidenciado que tais momentos são mal utilizados. A ACS2, em sua entrevista, quando perguntada se as reuniões não eram para tirar dúvidas sobre casos mais complexos, uma vez que estão todos reunidos, ela disse: “Quando é um caso mais complicado, a gente não espera a reunião, não, já pega a Carmem (nome fictício da enfermeira) pelo corredor, conta pra ela o que tá acontecendo e já pergunta o que tem que fazer.”

A terceira visita foi mais interessante, pois houve uma recomendação da direção da unidade para que as equipes elaborassem um Plano de Ação para o ano de 2007 e, após o plano por equipe, as considerações seriam consolidadas no Plano de Ação da USFJP.

As equipes tiveram um mês para elaborar o tal plano, e, justamente no último dia, o dia da reunião acompanhada, é que foram produzi-lo.

Essa reunião foi bem mais extensa: marcada para às 14:00hs, iniciou-se apenas às 14h40 e durou até 17h15. Não que se tenha produzido muito nesse ínterim, pois a médica da equipe levou uma caixa de salgadinhos e, em meio aos assuntos pertinentes, todos comiam, bebiam e falavam temas alheios ao da reunião.

A metodologia do Plano de Ação é baseada no que chamam de “Matriz GUT” – Gravidade, Urgência e Tendência. O interessante foi que apenas uma, das cinco enfermeiras das equipes, recebeu o treinamento para elaboração do

plano de ação com base nessa matriz, de forma que a enfermeira da equipe acompanhada não a dominava plenamente, encontrando, inclusive, dificuldade para explicá-la ao pesquisador.

A enfermeira que recebera o treinamento, e que não é da equipe selecionada, passou às demais as informações sobre a utilização da matriz. A matriz possui uma série de itens como “Saúde da População Idosa”, “Estrutura Física”, “Materiais e Equipamentos”, “Necessidade de Aperfeiçoamento dos Profissionais”, “Medicamentos”. Para cada item desses, atribui-se uma nota nos três aspectos: Gravidade, Urgência e Tendência, sendo o significado de cada nota, dentro de cada aspecto, explicado sob a forma de legenda na matriz.

Ao final da atribuição de pontos, os itens são classificados em ordem decrescente, assim, os mais pontuados surgem como as prioridades da equipe.

Para a reunião, a enfermeira já chegou com a planilha toda pontuada, ou seja, com as prioridades estabelecidas. Argumentou que já fizera para “ganhar tempo”. A planilha possui também uma folha para especificar os itens pontuados como prioridade e colocar as datas de realização das ações. A enfermeira disse aos demais membros da equipe que não iria colocar as datas, pois caso não fosse possível cumprir, não haveria problema, o que demonstra descrédito em relação ao Plano de Ação.

O pesquisador observou que as prioridades quando desdobradas continuavam extremamente superficiais e genéricas, como este exemplo no item “Necessidade de Aperfeiçoamento dos Profissionais”: a equipe elegeu como prioridade “Capacitação em saúde da criança, do adulto, do idoso, do adolescente e da mulher”. Sem pontos específicos, sem ordem de qual capacitação deveria ser primeiro ministrada e, como já dito, sem datas.

Na solicitação de materiais, as ACS alegaram que os moradores diabéticos que necessitam tomar glicose reclamam muito das agulhas, pois são muito grossas, sendo, por isso, importante providenciar agulhas mais finas, observação que foi anotada pela enfermeira. Solicitaram também que aumentasse os tipos de medicamentos ofertados pela Unidade, pois a variedade é muito pequena e

não possui medicamentos mais modernos para o tratamento de hipertensos e diabéticos. A médica, sobre isso, disse: “isso é um sonho, nunca vai acontecer, mas vamos pedir, então”.

Muitos tópicos foram explicados pela enfermeira, sempre dizendo: “eu coloquei isso...” e perguntava se os outros integrantes concordavam, a maioria balançava a cabeça afirmativamente, de forma bastante passiva. Exceção foi a ACS4 que levantou uma questão que gerou comentários. Ela disse que o pré-natal feito na Unidade é muito bom, mas quando chega a hora do nascimento da criança, a USFJP encaminha para a maternidade Pró-Matre (mantida por instituição filantrópica e que atende gratuitamente) mas lá, muitas vezes os médicos mandam voltar, pois ainda não está na hora, causando uma série de complicações à parturiente.

A médica explicou a situação dizendo que pelo fato de ser uma maternidade de acesso público, os leitos são escassos, por isso, os médicos só internam a mulher quando está no chamado “período expulsivo”, ou seja, a criança está na iminência de nascer, o que, segundo ela, é muito arriscado, pois em caso de uma gravidez mais complicada tal procedimento pode colocar em risco a integridade da mãe e da criança.

Tal ponto foi anotado, como uma prioridade de “melhorar a recepção dos encaminhamentos de gestantes para parto”. A análise dessa situação demonstra, mais uma vez, o quão complexo e interdependente é o sistema de saúde, pois, ao possuir uma estrutura reticular, uma vez que um ponto dessa rede apresenta um mau funcionamento, essa disfunção repercutirá em outros pontos. De outra forma, foi isso que a ACS4 relatou ao dizer que o pré-natal é feito a rigor, mas ao chegar em outro ponto da rede as ações lá executadas podem comprometê-lo. É necessário frisar que tal observação fora feita por uma ACS, que percebeu uma questão, externa à Unidade, que comprometia o serviço por elas desenvolvido, algo que comprova a posição defendida nesse trabalho de que as agentes não são apenas corpos passivos, simples cumpridoras de normas, mas têm contribuições a dar para a própria resolutividade do sistema.

Outro ponto colocado no Plano de Ação, por pedido da médica, foi a ênfase nos exames preventivos de colo de útero e mama. A médica se ateve nesse ponto por muitos minutos, versando que estava assustada com a incidência desses dois tipos de câncer nas mulheres em Jardim da Penha, número que, segundo ela, vem aumentando. Em tom autoritário ela falou:

As moradoras daqui acham que o negócio é brincadeira, eu tô assustada com o número de mulher com câncer aqui... a cada seis pacientes marcadas pra preventivo vem apenas uma, elas não têm consciência...você (ACS) têm que pegar esse pessoal pelo braço e trazer pro preventivo. Pode perguntar pra as que estão com câncer, quando foi o último preventivo, eu duvido que tinha alguma que fazia regularmente, o preventivo faz uma diferença tre-men-da!

Sobre isso, a ACS4 fez uma comparação interessante. Como quase todos os exames e consultas na Unidade, há, antes, a obrigatoriedade de se assistir a uma palestra educativa para, ao término dessa, serem marcados os exames ou consultas, inclusive as odontológicas. O que narrou a ACS4 foi que, nos dias das palestras e marcação de tratamentos odontológicos o auditório fica lotado, com pessoas até do lado de fora, porém nos dias do preventivo, muito poucas comparecem, o que demonstra que, como dentista é algo caro e mais urgente, as pessoas comparecem, mas em caso de preventivo, as mulheres não o consideram importante, sempre o protelando.

Em relação ao Plano de Ação, feito às pressas, ficou claro que muitos dos integrantes da equipe não atribuíam muita importância, pois nem se inseriam nas conversas, como foi o caso da auxiliar de enfermagem e de alguns ACS. Todavia, idéias muito pertinentes surgiram, como um curso de capacitação para cuidadores de idosos (nome que se dá às pessoas que acompanham o dia-a-dia dos idosos) o que demonstra a validade do documento, principalmente se fosse levado a sério, inclusive pela USFJP/SEMUS que não deu o treinamento sobre a metodologia para todas as enfermeiras-chefe da equipe, como frisou a enfermeira da equipe.

Excetuando-se essa última, percebeu-se que essa equipe não atribui muita importância às reuniões, sobretudo após o relato da enfermeira que confidenciou ao pesquisador que aquela era a única equipe que não fazia, nem tinha, ata das reuniões de equipe.

6. 2 – AS VISITAS DOMICILIARES

Para compor esta parte da pesquisa foram visitados 19 domicílios, sendo três com a ACS1, três com a ACS2, três com a ACS3, três com a ACS4, três com a ACS5, dois com a ACS6 e dois com a enfermeira, que estava junto com a ACS1. Não foi realizada nenhuma visita com a auxiliar de enfermagem (que também só visita junto com as ACS), pois ela não estava visitando, uma vez que havia ficado envolvida com a recepção da unidade e marcação de consultas, cobrindo outra auxiliar que estava de férias. Não houve visita com a médica, conforme explicado anteriormente, de modo que, dos nove integrantes da equipe selecionada, foram feitas visitas com sete, incluindo todas as ACS da equipe.

Neste tópico, conforme explicado anteriormente, estão as situações presenciadas nas visitas mais pertinentes a este trabalho, bem como sua eventual complementação com relatos obtidos nas entrevistas, que objetivaram exatamente validar, esclarecer e enriquecer a etapa de acompanhamento das visitas.

As Agentes Comunitárias de Saúde estão numeradas nesta pesquisa de acordo com a ordem em que o pesquisador as contactou. Assim, a ACS1 foi a primeira a ser contactada, a ACS2 a segunda e assim progressivamente. Embora a ACS1 tenha sido a primeira, ela logo após conversar com o pesquisador saiu de férias, por isso, as primeiras visitas foram feitas com a ACS2. Quando a ACS1 regressou, as visitas em sua companhia foram iniciadas.

Acompanhou-se a ACS2 em três visitas. Todas essas residências eram de idosos hipertensos e/ou diabéticos. A ACS2 trabalha na USFJP desde sua inauguração há seis anos e é moradora do bairro há mais de vinte anos, conhecendo, por isso, grande parte dos moradores de sua micro-área. Casada e com um filho de nove anos, a ACS2 pareceu ser a mais jovem ACS da equipe acompanhada.

Já na primeira visita feita com essa ACS, teve-se noção de quão complexo é o trabalho por eles desenvolvido. No caminho para essa residência a ser visitada,

a ACS2 contou que estava levando remédios para uma senhora idosa e hipertensa, algo que é proibido, segundo a própria, mas como a ACS2 já a conhece e a acompanha há cinco anos, periodicamente ela traz a medicação. A senhora em questão, de 85 anos, mora com a neta e o bisneto, porém fica a maior parte do dia sozinha, pois ambos saem pela manhã, o bisneto chega da aula ao meio-dia e a neta somente à noite. Essa senhora, de acordo com a ACS2, realiza todas as atividades domésticas (limpa, lava, passa etc.) e se locomove perfeitamente, entretanto apresenta duas resistências às solicitações da ACS: não faz nenhuma restrição dietética, comendo absolutamente de tudo e nunca sai de casa.

O pesquisador presenciou as duas solicitações sendo feitas à moradora, pois ela relatara que estava com as pernas inchadas por causa da pressão alta. Ao divagar sobre a importância de não comer alimentos gordurosos, algo que a senhora gosta e tem hábito, ela respondeu em tom maternal para a ACS2: “ah... eu não vou deixar de comer o que gosto nesta minha idade, minha filha”. A ACS tentou, então, outra abordagem, dizendo que não é preciso deixar de comer, mas apenas reduzir a quantidade, de forma gradual. A simpática senhora abaixou a cabeça e com um sorrisinho a balançou de forma negativa...

A ACS explica-lhe a importância de sair de casa, dar uma volta no quarteirão e passear, pois ficar o dia inteiro dentro de casa faz mal, além da necessidade de tomar sol, mas a senhora novamente refuta, dizendo: “Eu já conheço isso tudo por aí, não gosto de ficar andando, eu gosto mesmo é de ficar em casa”.

Por mais que a ACS2 tenha dito que haveria uma Festa da 3ª Idade na USFJP, com palestra, atividades, a moradora demonstrava-se irredutível. Ficou clara a necessidade de uma abordagem não só pontual (na senhora da situação acima, apenas), mas em toda a família, como preconiza a ESF, pois, dessa maneira, há muito mais “força” para mudar esses hábitos.

Ainda sobre esse caso, o pesquisador, alguns dias após essa visita, retornou ao diretor para atualizar alguns dados e aproveitou para lhe perguntar se eram as ACS que levavam medicamentos aos acamados. Ele, visivelmente surpreso, respondeu após uma breve pausa, que é proibido tal procedimento e que os

familiares do acamado devem retirar os remédios na unidade, deixando transparecer, no entanto, que reconhece a existência de tal prática oficiosa.

Em outro dia, o pesquisador presenciou a ACS3 retirando medicação na farmácia da Unidade, com receita. Ao abordá-la, a agente disse, muito à vontade, que iria levar o remédio a uma idosa, comprovando que a entrega de medicamentos é uma prática comum e de conhecimento de todos, inclusive da direção que permite a retirada de tais medicamentos na própria farmácia da Unidade, mas perante a apresentação da receita, conforme a mesma ACS relatou.

A ACS2, em sua entrevista, quando falava sobre a entrega de medicamentos aos moradores disse que não via porque ser proibido, uma vez que eles sempre estão perto das residências. O interessante foi que ela relatou que a direção da Unidade está pensando em proibir, “de verdade”, pelo seguinte motivo:

O problema é que tem morador que tem filho ou neto que bem poderia pegar o remédio na Unidade, mas como sabem que a gente leva em casa, eles acabam se acomodando, aí não dá...eu acho que é pra gente levar sim, mas só pra quem realmente não tem como pegar aqui.

Outra visita que merece relatar foi a um casal de idosos na qual a senhora é hipertensa e tivera recentemente um problema de trombose, ficando por isso, com o corpo repleto de hematomas e o marido, por sua vez, também é hipertenso e diabético.

No momento da visita estavam em casa apenas a senhora e a empregada doméstica. A senhora disse que estava tomando os remédios para a trombose e começou a lamentar sobre a situação do esposo, pois “a pressão alta a gente toma remédio e pronto, mas a diabete não tem cura, nem remédio”. A ACS2 explicou que há o controle, por meio de medicação e principalmente por meio de alimentação saudável. Ao tocar nesse ponto, a senhora afirmou ter descoberto que o marido estava comendo doce escondido. Ela chegou a essa conclusão ao limpar o banheiro e perceber que a urina respingada ao lado do vaso sanitário estava grossa, com um aspecto de melado, por causa do açúcar.

Ela o pressionou e descobriu que, ultimamente, ele tem “obrigado” a empregada a fazer doces escondidos.

A agente explicou detalhadamente que diabético não pode comer arroz, por se tratar de carboidrato, principalmente arroz doce, sobremesa preferida do marido, nem feito com adoçante, pois esse foi o atenuante usado pela esposa. A ACS chamou a atenção inclusive da empregada.

A dona da casa disse também que ele estava com uma ferida no pé, algo que alarmou visivelmente a ACS que pediu que ele fosse à Unidade para que a enfermeira o examinasse e disse que feridas nos pés de diabéticos requerem muita atenção, por causa da dificuldade de cicatrização. Nesse momento, a agente começou a contar a história de seu pai, que falecera há cinco anos em consequência do diabetes. Ela falou que o pai também comia doce escondido, às vezes colheres de açúcar puro e ainda “gostava de uma cachaça”. Explicou, por fim, pormenorizadamente a forma como o diabético deve lavar o pé, enxugando-o entre os dedos.

O fato de a ACS2 ter perdido o pai por causa do diabetes fez com que sua postura frente a pacientes com essa doença seja muito mais séria e atenciosa. Ao contar sobre o falecimento do pai, ela conclui “diabete não é brincadeira”. Acompanhando outras agentes que visitaram moradores diabéticos, percebeu-se que não têm a mesma preocupação, o mesmo zelo. Essa experiência, contida na história da ACS2 acabou por renormalizar parte de sua prática profissional.

Em todas as três residências visitadas com essa ACS, notou-se a gentileza e afeto com que é tratada. Uma moradora chegou a presentear-a com uma pequena lembrança por ela própria confeccionada.

As três moradoras contaram casos de sua vida que nada tinham a ver com questões de saúde, como por exemplo, formatura do neto, briga com filho, acidente de trânsito sofrido pela nora, vida financeira da família (inclusive citando cifras). Esse diálogo é de grande importância, tanto para as pessoas que “desabafam”, que têm na visita do ACS um momento de quebra da rotina diária (todas as três moradoras visitadas passam a maior parte do dia, todos os

dias, em casa), quanto para as ACS que podem captar situações que necessitem mais atenção, a exemplo do morador diabético com uma ferida no pé, como se presenciou.

É um trabalho de escutar o que os moradores querem e têm a dizer. Percebeu-se que as ACS muito mais ouvem do que falam. Esse vínculo entre ACS e morador passa a ser, por isso, estreito e franco, o que acaba legitimando as ACS para dar conselhos e sugestões ligados à saúde dos moradores, facilitando essa difícil tarefa de mudar hábitos. São as ACS que escutam informações muito mais íntimas sobre vida sexual, adultério, depressão, que não dariam a nenhum outro profissional que não tenha um contato intenso como esse das ACS.

Para ilustrar uma cena dessas, a ACS1 relatou um caso de adultério, contado a ela pela esposa traída, a qual cuida do marido adúltero que está em fase final da vida, por causa do diabetes:

Eles há muito tempo não transam mais, ela me disse, desde que descobriu que ele traía, por isso ela não queria fazer o (exame) preventivo de colo de útero, tem gente que acha que só quem transa tem que fazer preventivo, mas quando o médico examinou ela, descobriu um nódulo na mama, fez o exame e é câncer, tudo por causa do marido.

A complexidade desse tipo de atividade, ilustrada nas situações acima, está no esforço feito pelas ACS para que os moradores substituam hábitos que cultivam a vida inteira. Esmiuçando essa questão, no “Novo Dicionário Aurélio”, em sua primeira definição do verbete **hábito**, este é apresentado como: “1. Disposição duradoura, adquirida pela repetição freqüente de um ato, uso, costume [...]” (FERREIRA, 1975, p.717). Tal definição remete a escolhas tomadas no curso de uma vida e como já se sabe, escolhas são baseadas em valores, aí reside a dificuldade: a mudança de hábitos, passa, necessariamente, pela mudança de valores há muito sedimentados nas micro-histórias desses cidadãos.

Dessa forma, os agentes comunitários mobilizam seus saberes e suas experiências de vida, inclusive relatando casos pessoais (o falecimento do pai diabético, por exemplo), para tentar transformar a postura dos moradores

perante a própria vida, numa demonstração plena daquilo denominado uso de si.

Com relação a esses saberes mobilizados e colocados à prova nessas situações, percebeu-se que o saber técnico, biológico ocupa uma posição secundária. Nenhuma das ACS acompanhadas, em suas orientações utilizavam “explicações estritamente científicas” para convencer os usuários a mudar seus hábitos. Aconselhavam, sugeriam, sempre baseadas no senso comum: o paciente diabético não pode comer arroz doce, porque tem carboidrato, que é açúcar, porque irá fazer mal, a cabeça irá doer, as pernas incharão.

Provavelmente, nem todos os ACS e nem a maior parte dos usuários dominam esse saber técnico e essa é uma explicação para o fato de não o utilizarem tanto. Mas há ACS que possuem o nível médio completo (o requisito é o ensino fundamental completo), mas que preferem uma linguagem mais coloquial, pois acreditam que assim procedendo, as instruções serão mais facilmente alcançadas. A ACS6, em sua entrevista, falou, quando perguntada sobre seu trabalho, que:

É complicado quando a gente pega morador que é analfabeto, ou semi-analfabeto. E pra piorar, quando é assim e ainda mora sozinho... ‘*ichi*’...eu tenho que me desdobrar pra explicar como tem que fazer pra tomar o remédio, marcar o exame, sabe? Explicar de um jeito que ele entenda.

Fica notório como o elemento “comunicação” ocupa lugar de destaque na atividade dos ACS, o que a torna ainda mais complexa, pois esse é um ponto que não é sequer citado nos normativos que tratam da ESF e nem recebem qualquer tipo de orientação nesse sentido.

A ACS1, de 50 anos, casada e mãe de dois filhos, trabalha na USFJP há seis anos. Antes de ser agente, a ACS1 era corretora de seguros, segundo a mesma, ganhava bem mais, porém vivia estressada e doente. Alguns meses após a inauguração da Unidade a agente de saúde que atuava na micro-área da ACS1 pediu demissão e ela foi, então, convocada. A agente, caracterizando a micro-área que atua, disse ser uma região nobre, com maioria dos moradores

da classe média alta o que gerou no princípio resistência ao seu trabalho, pois não conseguia acessar facilmente a esses moradores.

Recentemente, ela se mudou para um apartamento que fica fora da micro-área em que atua, mas ainda em Jardim da Penha, porém a ESF preconiza que o ACS, obrigatoriamente, more na micro-área, o que gerou atritos pois outras agentes falavam com ela para trocar de região, uma vez que já tinha acontecido essa situação com outra ACS e ela tivera que mudar, embora o diretor na Unidade na época fosse outro e não o atual.

Sobre esse episódio, ela narrou:

[...] por ser uma área nobre aqui em Jardim da Penha, o pessoal não abria a porta pra mim não, foi difícil conseguir que eles deixassem eu fazer as visitas, agora que eu já conheço todo mundo, que tô aqui há seis anos eles querem que eu mude? De jeito nenhum...vai lá você ou qualquer outra pessoa fazer visita, não sobe (nos apartamentos), não. Eu já até conversei com o diretor e disse: tá acontecendo isso e isso. Ele disse, faz o seu trabalho e fica tranquila.

Durante o período da pesquisa a agente falou que estava sem pacientes graves em sua micro-área, perguntado o que ela compreendia como grave, ela respondeu que considera graves os pacientes acamados.

Pelas ruas do bairro, a ACS1 cumprimentava pessoas e conversava com alguns moradores, às vezes com abraços e beijos calorosos. Sobre os moradores das residências visitadas, a agente pareceu possuir uma grau de intimidade considerável, o que é importante para seu tipo de trabalho. A ACS1 informou que novembro é o mês da mulher e estava programado para o dia sete de novembro um mutirão de exames preventivos de câncer do colo do útero na Unidade com palestras educativas, assim, nas visitas ela perguntava também a data do último preventivo e incentivava as moradoras a participar.

Sobre o trabalho de Agente de Saúde, a ACS1 disse que é gratificante, mas exige muito do corpo, pois andam bastante e sobem muitas escadas. Ela falou que já operou um joelho e está com problema de coluna em decorrência de suas atividades. Embora a ACS1 tenha negado que a acessibilidade do imóvel seja um critério para sua seleção do local a ser visitado, nas três visitas feitas em sua companhia, duas foram em prédios com elevadores e apenas um foi

em edifício só com escada, porém a senhora visitada morava no primeiro andar.

Dentro da já explicada “validação cruzada”, o pesquisador questionou à ACS3 sobre as agentes que têm problema de coluna ou joelho e se isso interferia no trabalho delas. A ACS3 comentou:

Ah...tem agente que tem problema mesmo...de coluna, de joelho, porque a gente anda muito, o dia todo, sobe escada, desce escada. Quem tem problema, assim, sabe, evita prédio sem elevador, casa muito longe, vai só quando tem que ir mesmo.

Essa informação dada pela ACS3 atestou que a ACS1, possuidora de problemas ortopédicos, sente a necessidade de se poupar fisicamente, ou seja, o uso que ela faz do próprio corpo acaba por influenciar diretamente o seu trabalho, pois os usuários da micro-área dessa agente que moram em locais sem elevador ou mais distantes recebem menos visitas dos que os que habitam em residências mais acessíveis.

São exatamente em tais residências sem elevadores, de difícil acesso, que moram as pessoas de rendas mais baixas, que são, em tese, as mais necessitadas desse serviço público. Em síntese, ilustra-se como o uso parcimonioso do próprio corpo impacta diretamente na resolutividade da Estratégia.

Esse fato evidencia o quão dependente a ESF está dos ACS. Todo o sistema que contém a Unidade, os profissionais, os programas preventivos-educativos têm sua capacidade de resolutividade restringida pela decisão de um ACS, afetando, como visto na Tabela 01, centenas de moradores. Não se condena, de forma alguma, essa preservação do próprio corpo praticada pela ACS, o que se deseja é evidenciar a capacidade de renormalização dos ACS e como isso influencia o serviço prestado pela USFJP e mais, como para muitos moradores o ACS é o único contato com a Unidade, a representação que fazem do serviço de saúde da Unidade é consequência da periodicidade das visitas, da qualidade desse contato entre agente e morador.

Na véspera da visita em que o pesquisador acompanhou a ACS1, ela disse que visitou uma moradora de meia idade que tem câncer no intestino e que já sofreu três cirurgias, mas tem enfrentado complicações no tratamento. Ela não

quer sair de casa, nem receber visitas. A única profissional da Unidade que teve contato com ela, até aquele momento, foi a ACS1 que “diagnosticou” depressão. A agente, então, levaria o caso para a enfermeira que é a chefe da equipe, discutiriam e a ACS1 adiantou que solicitaria a visita da psicóloga para ajudar a moradora.

Nessa situação, uma série de procedimentos serão tomados em consequência desse “diagnóstico” da ACS, mas efetuar tais avaliações sobre o estado de saúde dos moradores não faz parte das atribuições dos agentes, mesmo porque não têm a qualificação necessária para tanto. O ACS é, muitas vezes, o primeiro contato do morador com o sistema de saúde, a “porta de entrada” daquele e, no caso em questão, tal diagnóstico foi feito baseado na experiência e tempo de serviço da agente que levará para sua equipe mais um caso de paciente em depressão.

Esse julgamento que é feito pela agente, independente de estar correto ou equivocado, dá a nítida diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real, e mais, para usar uma expressão de Giglio-Jacquemot (2005), coloca em cena “atores invisíveis” em termos da estrutura formal que acaba por ignorar sua capacidade de renormalização, seu poder, de forma que os rumos do tratamento/acompanhamento poderão ser influenciados por esse primeiro julgamento, por esse “diagnóstico” inicial.

Na entrevista com essa agente, quando perguntado como foi o desenrolar desse caso ela respondeu que a paciente melhorou muito e estava muito feliz, pois já fizera várias seções de quimioterapia e seu cabelo não caía. A ACS1 disse que a psicóloga não foi visitá-la, sem muita segurança, a Agente alegou que foi porque a paciente tem a psicóloga do plano de saúde. Retornando ao assunto da necessidade de preventivos, abordado pela médica na reunião da equipe, a ACS1 contou que essa paciente só fizera o exame porque uma amiga sua marcou e a “obrigou” a ir, depois que descobriu que aquela evacuava sangue. Mesmo nessa situação a paciente, que é advogada e professora, recusava-se a procurar um médico, o que demonstra que a resistência não existe apenas nos pouco instruídos.

Na primeira visita feita com a ACS1, uma moradora foi encontrada nas proximidades de seu prédio e a agente começou a conversar e perguntar sobre o irmão que sofre de Mal de Parkinson e que vem se recuperando de Síndrome do Pânico, algo que o manteve sem sair de seu apartamento, no estado do Rio de Janeiro, por dez anos. Tal síndrome foi consequência de constantes assaltos que sofrera em seu trabalho como caixa de banco.

Moram em um belo e grande apartamento as duas irmãs e o irmão, que é casado, mas suas irmãs o trouxeram do Rio de Janeiro mesmo a contragosto da esposa que, segundo a irmã mais velha, por ser “evangélica fanática”, recusava-se a procurar ajuda especializada além de trancá-lo em casa para ir aos cultos. As irmãs, uma por volta dos sessenta anos e a outra com aproximadamente setenta, não têm nenhum problema de saúde e cuidam do irmão, também na faixa dos sessenta, com a ajuda de duas enfermeiras que se revezam.

A irmã mais velha disse que ele, quando sob os cuidados da esposa, ficava o dia todo sentado em frente à televisão, chegando a desenvolver um quadro de desnutrição e desidratação e passou a se locomover apenas por cadeira de rodas. Por causa de uma queda em casa, foi internado e as irmãs o trouxeram para Vitória. Ele vem apresentando melhoras significativas, pois já está andando e conversando, algo que não fazia.

O homem teve acompanhamento de fonoaudióloga, faz tratamento fisioterápico, além do seu médico particular. A ACS1 falou sobre a psicóloga da Unidade, inclusive elogiando-a. O interessante foi que a ACS1 sugeriu não apenas ao irmão consultar a psicóloga, mas também às duas irmãs, pois a profissional de psicologia pode ajudá-las na difícil tarefa de dedicar grande parte da vida a cuidar do irmão. Após a visita, o pesquisador interessado em conhecer um pouco mais a Agente e a concepção que ela faz de seu trabalho, perguntou-lhe por que é importante acompanhar não só o paciente, mas também a família. Ela respondeu que o trabalho dos agentes comunitários é um trabalho de prevenção e que, por isso, busca-se cuidar não só do paciente, mas também de seus familiares, evitando que mais pessoas adoeçam e melhorando a própria qualidade da assistência que as irmãs darão ao irmão.

Ficou claro o discurso da ESF. Credita-se isso ao fato, informado pela própria ACS1, que os agentes nos últimos meses estão fazendo uma série de cursos, ministrados tanto pela SESA, quanto pela SEMUS, que se inserem na lógica de Educação Permanente, também situada no bojo das propostas da ESF. A Roda de Educação Permanente também contribui, por meio de “reforços” freqüentes, a reafirmar os princípios da ESF.

O domicílio visitado em seguida foi em um prédio de quatro andares ocupado por completo pela mesma família. A visitada foi a matriarca dessa família, com 87 anos, e que há cinco retirou um câncer do pulmão e há alguns meses foi diagnosticado o Mal de Alzheimer.

Por se tratar de uma família de posses, ela tem a sua disposição três enfermeiras que se revezam, faz aula para exercitar a memória (parte afetada pelo Alzheimer), faz hidroginástica e em sua casa trabalham duas empregadas. Na visita, uma das empregadas disse que a senhora esteve viajando em Venda Nova do Imigrante e como a ACS1 também conhece a cidade, ficaram conversando sobre a viagem e a culinária de lá. A agente perguntou à enfermeira que estava acompanhando a senhora se naquela data já havia sido aferida a pressão arterial e foi informada que sim e estava em 10 por 7: “pressão de criança”, brincou a ACS1.

Ao término da visita, o pesquisador constatou que, com exceção da pergunta sobre a pressão, absolutamente nada sobre saúde fora tratado. Perguntado a ela sobre o caso dessa senhora e o trabalho do ACS ela respondeu: “Em casos assim, que a moradora tem três enfermeiras, um monte de médico pra cuidar dela, duas empregadas, a gente não tem nada o que fazer, a não ser escutar e dar amor, muito amor”.

Novamente, percebeu-se que a contribuição dos agentes, durante o exercício de suas funções, está muito mais centrada na produção de vínculo do que em ações de ordem biomédica, mesmo porque, diante de quadros como esse acima, a contribuição da ACS nessa dimensão é muito limitada.

No princípio de novembro, deu-se continuidade às visitas com a ACS3 que é casada, moradora do bairro há 14 anos e há 6 é ACS. Na primeira residência,

visitou-se o único morador acamado da micro-área da ACS3. A agente contou que o paciente, hoje com 51 anos, há seis anos tivera um Acidente Vascular Cerebral (AVC), conhecido como “derrame”, que prejudicou sua parte psicomotora: ele não anda, movimenta somente o braço esquerdo, fala muito pouco e com dificuldade. Porém, o médico que o acompanha disse, segundo a ACS3, que ele tem consciência de seu estado, pois essa área do cérebro não foi prejudicada. Hoje ele vive “o dia todo dopado”, expressão da ACS3, pois quando não está, ele se revolta com sua situação, xinga e se debate.

Ocorre que a medicação para isso, o Aldol, é de circulação controlada, medicação “tarja preta”. Tendo em vista que ele tem que tomá-lo todos os dias, seu médico particular emite uma receita e a médica da USF emitia outra, para conseguirem a quantidade necessária. Acontece que a nova médica da equipe não quer prescrever a medicação para este paciente, pois faz ressalvas em dopá-lo constantemente. A técnica de enfermagem que assiste ao paciente (contratada pela família) disse que ligou para a antiga médica da Unidade, que sempre o acompanhou, e que aguardava o retorno para ver se ela prescreveria, mesmo já estando em outro emprego. Disse, ainda, que com a chegada do mês de dezembro, ficava difícil encontrar os médicos, assim, ela precisaria de medicação para o mês de dezembro também.

Constatou-se que a ACS3 se empenhava em conseguir a medicação para o paciente, pois, certa vez, como ela própria relatou, já o vira sem o efeito do remédio, tendo ficado chocada não só com o quadro de revolta do homem, mas também com o sofrimento que a situação infligia a esposa. Evidenciou-se que um sentimento de pena permeava a ação de obter a medicação de forma mais breve possível. Sentimento este que fazia com que a antiga médica a prescrevesse e que permitiu à técnica de enfermagem solicitar a ela mais uma vez uma receita mesmo tendo a doutora saído da USFJP e não mais acompanhar o paciente.

A opção da nova médica em não prescrever indiscriminadamente, situando-a mais próxima a um protocolo médico (a norma antecedente), liga-se ao fato de ela não ter conhecido e acompanhado o paciente, como fizera a médica anterior, não permitindo que ela fosse alcançada por esse sentimento. Na

entrevista com a ACS3 o pesquisador perguntou sobre esse paciente e como estava a prescrição de sua medicação. Para surpresa, a ACS3 relatou que solicitara à nova médica que lhe acompanhasse em visita ao homem e, após essa visita, a médica constatou a necessidade da droga: “Depois que a doutora viu o Pedro (nome fictício do paciente), entendeu a situação dele”.

A ACS3, no segundo domicílio do dia, foi fazer o cadastro de uma moradora que acabara de se mudar de Goiabeiras para Jardim da Penha. A ACS3 comentou com o pesquisador que o cadastro só estava sendo feito porque a moradora foi à Unidade solicitar, pois eles não estavam cadastrando mais por motivo de falta de pessoal, realidade que o pesquisador já tinha conhecimento.

Ao chegar no apartamento, a ACS3 descobriu que os moradores já haviam residido no mesmo apartamento há alguns anos e, por isso, já tinha a ficha deles no “arquivo morto” da Unidade. Ocorre que a moradora pediu para cadastrar a empregada e a agente explicou que só poderia fazê-lo se a empregada morasse com ela, ou se passasse a semana no trabalho e fosse para casa aos fins de semana. A dona do apartamento disse que a empregada passava a semana com eles e às sextas-feiras ia embora.

Entretanto, conversando com a própria empregada para pegar os seus dados (nome completo, idade, histórico de doenças) a ACS3 ficou sabendo que ela tem uma filha de dois anos que fica com a avó, mãe da empregada. Ela queixou-se, ainda, de fortíssimas crises de asma e de ter “pressão alta”.

Sobre a asma, a ACS3 disse que recentemente todos os agentes fizeram um curso sobre doenças respiratórias e que há um programa de acompanhamento dos pacientes com doenças respiratórias, que inclui o Hospital Infantil, o Hospital São Lucas e a Santa Casa de Misericórdia. Para participar desse programa, a USFJP daria o encaminhamento para a empregada comparecer a um desses hospitais e lá ela seria monitorada, havendo explicações sobre medicamentos e procedimentos para atenuar a doença, exames etc.

A ACS3 transmitiu essas informações com bastante segurança, evidenciando, mais uma vez, a importância da Educação Permanente, que mantém os

agentes sempre atualizados, bem informados e aptos a darem o direcionamento adequado a cada situação.

Ainda durante a conversa, a ACS3 perguntou à empregada por que ela achava que tinha pressão alta. A moça, de 22 anos, disse que na gravidez ela teve pressão alta e sentia os lábios e o corpo incharem e que, ainda hoje, com frequência sente tais sintomas. A ACS3 então explicou que iria para a unidade, atualizar o cadastro e retornaria depois para levar o encaminhamento para o acompanhamento da asma da empregada e informações sobre o tratamento da pressão alta.

Ao sair do apartamento, a ACS3 disse ao pesquisador que pelo fato de ter uma filha de dois anos, ela estava desconfiada que a empregada não dormia no trabalho, mas sim voltava para a casa diariamente, em Serra Dourada. Se isso fosse verdade, o acompanhamento da hipertensão deveria ser feito na unidade de seu município e não em Jardim da Penha, já o de asma não teria problema, pois não é feito na Unidade, como o de hipertensão, e sim em hospitais.

A ACS3 falou que levaria o caso para a enfermeira, chefe da equipe, pois ela não pode simplesmente não cadastrar a empregada, uma vez que a moradora poderá reclamar. A ACS3 expõe à enfermeira esses casos, para que ela decida, assim, a agente não pode ser responsabilizada.

Esse quadro ilustra algo bastante recorrente na USFJP que é o cadastramento de empregadas domésticas e, conseqüentemente, o monitoramento delas pela Unidade. Não há nenhum procedimento padrão sobre isso e a ACS3 inclusive informou que o cadastramento de empregadas varia de equipe para equipe, o que existe é uma prática de se cadastrar apenas as empregadas domésticas que moram nas casas em que trabalham, mas esse não é um critério rígido.

Interessante notar a suspeita lançada pela ACS3 sobre a informação da dona da casa: seria realmente verdade que a empregada residia no trabalho? A ACS3 comentou: “Quando a gente pergunta se mora na casa ou se ela (a empregada) vai embora, todas elas dizem que moram, com a maior cara deslavada, mas quando a gente procura saber, descobre que nem sempre é verdade”.

A desconfiança se deu exatamente no momento em que a empregada disse ter uma filha de dois anos, pois a ACS3 alegou ao pesquisador que “criança pequena, nessa idade, não fica sem a mãe”, por isso ela achava que a empregada retornava diariamente para casa e, assim sendo, não estaria na condição de ser acompanhada pela USFJP.

A riqueza dessa visita residiu em presenciar como a experiência da agente – como profissional de saúde, por já ter presenciado tais situações em outros cadastramentos e como mãe, por suspeitar que filhos nessa idade necessitem da presença materna – foi fundamental para tentar distinguir as informações verdadeiras e falsas de morar ou não no trabalho. Esse saber adquirido no curso de suas práticas modifica seu agir e, aprofundando, exemplifica, mais uma vez, que as agentes são as grandes triadoras do sistema. Se ela não pusesse em dúvida tal informação, os cadastros de empregadas seriam muito mais freqüentes, o que, no ponto de vista dessa agente, não seria algo bom para a USFJP.

Essa espécie de “investigação” e “julgamento” feito pela agente em muito extrapola as atribuições de seu trabalho. Mesmo que seja a enfermeira da equipe a dar a palavra final sobre o cadastramento ou não da empregada, ela o fará baseada nas informações levadas pela ACS3, de forma que a inclinação de a agente a crer que a patroa e a empregada mentem será transmitida à enfermeira, que tomará sua decisão, mesmo que telefone, ou procure saber mais sobre a residência, influenciada por essa impressão da agente.

Para cadastrar ou não empregadas domésticas, diante do que foi observado e também conversado com as agentes, o “princípio” do “se morar, cadastra; se não morar, não cadastra” demonstra-se extremamente insuficiente. É empregada de quem? Qual a sua doença? São algumas perguntas cujas respostas flexibilizam o “princípio” acima.

Exemplo disso o pesquisador obteve quando aguardava uma agente para agendar uma visita. A ACS1 aproximou-se e explicou que uma vizinha sua, amiga de longa data, tem uma empregada, que não mora no trabalho, cujos exames diagnosticaram câncer, embora a própria empregada não tenha sido informada ainda, pela patroa. A patroa solicitou, então, à ACS1 que

cadastrasse sua empregada, para que houvesse um melhor acompanhamento e acesso a exames, o que foi feito.

Na entrevista com a ACS5, quando se abordou esse tema, ela narrou um caso em uma casa na qual ela, com o aval da enfermeira, cadastrou a empregada que lá trabalhava. Ocorreu que, certa vez, quando a médica fez visita a esse domicílio, juntamente com a ACS, a empregada “deixou escapar” que não morava no emprego. Após a visita, a médica exigiu o descadastramento da empregada, o que teve que ser feito. A queixa da agente foi que, como é ela que diariamente está nas casas, tal atitude prejudicou seu trabalho, pois os moradores que ficaram sabendo do ocorrido pensaram que a ACS tivera participação em tal atitude, o que acabou abalando o vínculo entre agente e moradores e, em última análise, sendo negativo para a própria ESF.

Em síntese, diante desse exemplo de cadastrar ou não empregadas domésticas, são esses “atores invisíveis” que se vêem diante de verdadeiras bifurcações: acolher pessoas, mesmo que não moradores e, assim sendo, inflar ainda mais a população a ser coberta, ou seguir o prescrito, em nome da resolutividade da Unidade?

Nas entrevistas, há agentes que afirmaram que as empregadas, por exemplo, devem ser cadastradas e acompanhadas nas unidades de seus respectivos bairros. Outros, por sua vez, disseram que, como são bairros pobres, podem não ter unidade de saúde e as que existem funcionam precariamente. Nessa bifurcação o que fala mais alto? Cada profissional faz a sua escolha de acordo com cada micro-história, não apenas sua, mas da situação na qual está imerso.

As visitas continuaram com a ACS4, há 18 anos moradora do bairro e há três ACS. Divorciada e de meia-idade, a ACS4 demonstrou-se muito simpática e disposta a colaborar com a pesquisa, o que é um ponto importante para o pesquisador. O primeiro domicílio visitado com ela foi um apartamento em que mora uma família composta pelo pai, mãe e uma criança de três anos. A ACS4 disse que por várias vezes já havia tentado colher os dados da criança, mas como os pais trabalham o dia inteiro, a empregada que cuida da criança não sabia dar as informações necessárias. Nesse dia, a mãe e a criança estavam presentes e foi possível realizar o cadastramento.

A ACS4 explicou à mãe da criança que iria precisar da carteira de vacinação do filho, pois uma vez por mês ela deve passar os dados das crianças de sua área para a enfermeira da equipe e também informá-la sobre as doenças que ele teve ultimamente. A mãe, então, disse que seu filho tem intolerância à lactose e que teve otite há dois meses antes da visita (08/11/2006). A ACS registrou todas as informações, perguntou se tinham plano de saúde e a mãe respondeu que ela e o marido sim, apenas a criança não, pois achavam que não precisava.

A ACS4 perguntou se o marido tinha algum problema de saúde e a esposa disse que ele é hipertenso e que parou de tomar a medicação por conta própria, pois “ele é muito teimoso”, algo que preocupou a ACS4, que, declarando-se também hipertensa, falou que a hipertensão é uma doença silenciosa, muitas vezes assintomática, mas quando se manifesta, ou através de derrame ou infarto, pode ser muito tarde. A agente passou alguns minutos explicando à jovem senhora a importância de cuidar da hipertensão e convencer o marido a ir à USFJP para que ele faça uma consulta, seja medicado e acompanhado. Evidenciou-se, mais uma vez, como sua experiência pessoal de hipertenso, em suma, sua própria história, é um elemento que integra o uso de si.

O mais interessante dessa visita, porém, foi que, a ACS4 respondendo ao questionamento do pesquisador sobre o destino dos dados coletados na residência, ela disse que iria atualizar o cadastro da família e preencher os dados referentes ao filho do casal que deve ter um acompanhamento mais próximo, uma vez que crianças até cinco anos estão entre as prioridades da Unidade. Sobre os dados do menor, ela disse que colocaria sobre as vacinas, que estavam em dia, a alergia à lactose, a otite e, surpreendentemente, o peso e a altura da criança, os quais ela não aferiu!

Nem foi necessário questioná-la, após a visita ela já foi explicando que, como a criança não parou um segundo durante a visita (pulava, chutava a bola, subia na mesa, jogava o boneco para cima, chegou a se pendurar no parapeito da escada do prédio, sendo necessário a vizinha vir alertar a mãe) ela percebia que ele tinha “muita energia”, logo, era um sinal de saúde e que a altura e o

peso, embora ele estivesse “um pouco magrinho” estavam compatíveis com a idade.

Foi a expressão de uma arbitragem, uma decisão totalmente pragmática, cujos critérios não podem ser outros a não ser os contidos – e constituídos – na sua própria história.

Na etapa das entrevistas, foi perguntado a essa e às demais ACS como que o peso e altura das crianças são lançados no BUP, uma vez que as crianças não são pesadas nem medidas. Todas responderam que perguntam aos pais, pois não fazem visitas com balança e nem fita métrica. Todavia, no caso acompanhado, a mãe da criança, em momento algum, foi questionada sobre tais dados, o que remete à duas possibilidades: ou a ACS4 os inventou, ou deixou em branco, o que é pouco provável, pois esses dados devem ser repassados para o prontuário da família para efeito de monitoramento do menor.

Nessa mesma visita, a vizinha que viera avisar sobre a criança, avistou a ACS4 e disse que há muito a procurava. Após encerrar a visita que fazia, a agente dirigiu-se ao apartamento da senhora que a procurara.

A moradora contou que seu irmão, que veio do Rio de Janeiro, é diabético e descobriu um câncer na medula. O médico que o acompanha aqui em Vitória solicitou uma série de exames para iniciar o tratamento. Todavia, o senhor não possui plano de saúde, nem aposentadoria, uma vez que, em briga com a mãe, queimara todos os seus documentos, sendo por isso, também, que a família está tendo dificuldade em obter até o auxílio doença. O homem mal se locomove e sente dores fortíssimas. A solicitação da irmã, portanto, era para que o irmão fosse cadastrado na USFJP para ter acesso aos serviços disponibilizados pela Unidade, medicamentos e, sobretudo, exames.

Tendo em vista a urgência na entrega dos resultados dos exames, para que o médico iniciasse o tratamento, a irmã pediu à agente para que os mesmos fossem agilizados. A ACS4 solicitou a lista de exames a serem feitos, para verificar quais poderiam ser feitos na rede pública. Após indicar os que poderiam ser realizados, ela sugeriu, ainda, laboratórios com preços mais

acessíveis para os demais exames. A agente, então, falou à moradora que iria cadastrá-lo e que conversaria com a enfermeira (chefe da equipe) e com a técnica de laboratório para que o material dos exames fosse colhido e o resultado liberado com urgência, sem seguir os trâmites normais.

Sensibilizada pelo quadro de grande complexidade, agravado pela situação financeira que se apresentava, a agente não poupou esforços para contribuir com a família, mobilizando outros profissionais e se empenhando em acelerar a entrega dos exames. Forneceu, inclusive, o próprio telefone celular, uma vez que é difícil contactá-la pelos telefones da Unidade.

A ACS4 foi indagada pelo pesquisador sobre como é feito o procedimento para agilizar a coleta e entrega do exame. Ela informou que não é algo que seja normatizado e que só é feito em raras exceções. Constitui-se em agendar de forma mais breve possível a ida do paciente à Unidade para coletar o material e, em seguida, escreve-se nas embalagens do material a palavra “urgente”.

O material coletado nas unidades de saúde do município de Vitória são analisados em um laboratório próprio da SEMUS, à exceção de exames mais sofisticados que são enviados aos laboratórios da rede privada com os quais a prefeitura tem convênio. Ou seja, o código “urgente” não é inerente apenas à USFJP, ele é válido em uma série de outras organizações, pois atravessa toda essa cadeia que abrange a coleta, entrega do material ao laboratório competente, análise e devolução do resultado para a unidade. Isso é comprovado pela própria ACS4 que diz ser a solicitação de urgência um tanto quanto resolutive. A importância desse caso é demonstrar a abrangência dos procedimentos informais, não explicitados em normativos. E, pelo relato da ACS4, os profissionais fazem um uso adequado da opção “urgente”, pois são raras as vezes em que a utilizam. Talvez um esforço no sentido de formalizar as situações em que se poderia utilizar tal opção iria criar uma série de entraves – quem está apto a solicitar, quais os casos etc. – que acabaria por extinguir a agilidade do recurso, seu atributo principal. Quer-se, com isso, demonstrar a importância da organização informal, gerada e mantida nas atividades diárias dos profissionais.

Retornando ao exemplo em si, houve uma quebra no trâmite normal da coleta e entrega de exames, ou seja, uma renormalização do prescrito, deflagrada pelo julgamento que a agente fez da situação que se colocava à sua frente. Para a ACS4 “burlar” (pois fugiu ao prescrito) a seqüência normal dos exames é perfeitamente justificável pela gravidade do paciente e o que é interessante, também, é que a diretoria da Unidade talvez nem tenha conhecimento dessas renormalizações que ocorrem a todo momento e que interferem diretamente na dinâmica da unidade, o que reafirma a colocação da ergologia que a gestão é exercida por qualquer trabalhador e não apenas pelos que ocupam altos níveis.

É oportuno relatar que a agente em questão comentou que ela e mais algumas agentes foram designadas pelo gestor da Unidade a pesquisarem no comércio local a quantidade de funcionários, seus nomes e idade, que não moram no bairro, apenas trabalham, para, de posse desses dados, demonstrar para a prefeitura de Vitória a necessidade de mais profissionais de saúde na Unidade, pois quando esses trabalhadores passam mal, recorrem ao auxílio da USFJP e, como ela já está sub-dimensionada, não conseguem atendimento adequado e reclamam bastante. Sobre esse fato, a ACS4 disse : “A Unidade sempre sai no ‘Qual é a bronca?’, porque o pessoal chega lá e não consegue atendimento mesmo”, referindo-se a uma coluna de um jornal local no qual os leitores escrevem denunciando alguma situação ou serviço que os desagradem.

O cenário acima demanda uma reflexão sobre quem são os usuários da USFJP, pois pensar que são apenas os moradores é, de certa forma, um recorte limitado, uma vez que qualquer intercorrência surgida no bairro será levada à Unidade, pois é a referência em saúde mais próxima da localidade devendo ter, no mínimo, uma estrutura capaz de realizar um acolhimento inicial.

Dando continuidade aos relatos das visitas, a ACS5 é a agente mais recente na USFJP, iniciando suas atividades em fevereiro de 2006. Casada e bem mais introvertida que as demais, a ACS5 sempre dava respostas curtas aos questionamentos do pesquisador. Ela, assim como a ACS1, também não mora na micro-área em que atua, mas, ao contrário da ACS1 não se mudou para outra localidade dentro do bairro. Ela já foi contratada, após seleção, para uma

micro-área diferente da onde mora, apontando uma falha nesse quesito que é obrigatório.

A primeira visita com essa agente foi à casa de uma senhora de 76 anos que sofre de mal de Parkinson e de edema de linfoma, uma doença que faz com que suas pernas e pés fiquem excessivamente inchados, dificultando sua locomoção. A senhora morava sozinha, mas após sofrer uma queda em casa, e ficar o dia inteiro caída por não conseguir se levantar, seu filho a levou para morar no apartamento dele, local da visita.

Muito serena e simpática, a senhora estava deitada na cama e conversou com a ACS5 sobre sua última ida ao médico que, segundo a senhora, disse estar o mal de Parkinson estabilizado. A agente ficou contente e a felicitou pela notícia, dizendo que ela era uma pessoa muito paciente e forte. A senhora, então, indagou se seria realmente bom ser forte naquela altura da vida. A ACS5, antes de deixar a moradora introduzir o assunto de morte e sofrimento, tratou de levantar a auto-estima da senhora, fazendo-lhe elogios e perguntando sobre a família, o que a entreteve por toda a visita. Já na rua, a agente disse, visivelmente triste, que a cada visita que faz a essa senhora ela está mais debilitada.

Após essa residência foi visitada uma residência em um prédio na mesma rua, onde moram sozinhos um casal de idosos. A agente relatou que normalmente deixa essa visita por último, uma vez que o casal gosta muito de conversar.

Antes de entrar no domicílio, a agente explicou que o casal, ambos com aproximadamente setenta anos, não possui mais condições de morar sozinho, mas recusa-se a ir para a casa ou do filho, em São Paulo, ou da filha, em Minas Gerais. Explicando o porquê dessa afirmação, a ACS5 disse que na última visita que fizera ao casal percebeu sacos plásticos de supermercado (eles tinham acabado de fazer compras) sobre o fogão pegando fogo, fazendo fumaça e um cheiro forte de plástico queimado, mas o casal não estava percebendo. Ela teve que alertá-los. Em outra visita, o feijão queimou, pois a senhora o esquecera.

Dentro do apartamento do casal, evidenciou-se a real necessidade de colocar essa visita como última: o senhor contou sobre um trote telefônico de seqüestro do filho, uma emocionante narrativa que durou aproximadamente dez minutos. A esposa também fazia longas interrupções na história. A ACS5 em momento algum tentou cortá-los, deixando-os concluírem o caso. Com relação à saúde, respondendo às perguntas da agente, ambos disseram estar bem, tomando a medicação necessária. Então, novamente o senhor começou a contar histórias do filho, que é médico em São Paulo, o que durou mais um bom tempo.

Ao término da visita, foi perguntado à agente sobre visitas dessa natureza, em que a demora se dá não pela complexidade da situação de saúde dos visitados e sim pela vontade (ou necessidade?) deles conversarem. A colocação da ACS5 foi esclarecedora:

Tem morador que não tem nenhum problema de saúde, pressão alta, diabete, mas quando você faz a visita fica um tempão lá, eu já tive visita que fiquei duas horas e meia conversando. A pessoa tava depressiva, morava sozinha, mas a gente não deixa de levar saúde também quando faz isso.

Ficou claro no discurso dessa agente que ela percebe seu trabalho como sendo de grande importância para a comunidade. Sua própria forma de agir nas visitas demonstrava isso, uma vez que sempre estava atenta à fala dos moradores, anotando informações que considerava relevante. A duração média das visitas, que com as outras agentes girava em torno de dez a doze minutos, foi de aproximadamente dezoito minutos.

Deve-se ressaltar que a ACS5 traça seu itinerário de visitas levando em consideração, também, as características dos moradores – como são e agem –, a serem visitados. Assim, a residência em que ela despenderia muito tempo, ficava para o final, como forma de não comprometer as visitas aos demais cadastrados.

A visita feita na seqüência explicitou um fato importante.

Foram visitadas duas irmãs, uma por volta dos sessenta anos e outra com aproximadamente setenta, que moram sozinhas em um simples apartamento, sem elevador. As moradoras não possuem plano de saúde e a visita objetivava a entrega de remédios a uma irmã (ela entregou também a receita que lhe fora

dada para a retirada da medicação) e entrega de um resultado de exame à outra.

As duas irmãs são hipertensas, sendo que a mais velha é, ainda, diabética, o que as coloca dentro das prioridades de acompanhamento traçadas para a USFJP. A visita em si transcorreu sem problemas, a ACS5 conversou com as irmãs e deu-lhes informações sobre marcação de outros exames.

Ao sair do apartamento a agente começou a relatar que essas irmãs são visitadas por ela com muita frequência, porque não têm plano de saúde, são de idade, moram sozinhas e porque fazem parte das prioridades da Unidade. A ACS5 lamentou que possua pacientes cadastrados que não os visita há tempos e atribuiu essa situação ao diretor da USFJP. Segundo ela, no princípio de 2006 o diretor exigiu que fosse feito um mutirão de cadastramento, no qual durante um fim de semana – pois os moradores estariam em casa – as agentes iriam procurar em suas micro-áreas moradores que ainda não foram cadastrados para, então, cadastrá-los.

O resultado foi um aumento absurdo na proporção de moradores por ACS, ocasionando o que se constata na Tabela 01. Ela, então, continuou:

Entre cadastrar e não visitar, e não cadastrar é melhor não cadastrar porque as pessoas que foram cadastradas acham que vão ter as nossas visitas, mas não dá pra visitar todo mundo cadastrado, então a gente vai **nas pessoas que precisam mais, dentro das prioridades da Unidade**” (grifo nosso).

Ao se analisar o impacto desse mutirão não pela ótica da ACS5, que deixou bem claro que a sua ordem de visitas obedece à capacidade financeira do morador, mas em termos da administração da USFJP, percebe-se que o mutirão em questão trouxe consequências negativas para as ACS, que são as que sentem na ponta da ESF as frustrações e reclamações da população. No entanto, deve-se ressaltar que tais iniciativas também podem servir como forma de pressionar as instâncias superiores para obtenção de mais recursos, evidenciando o dimensionamento inadequado perante à população do bairro.

Há, pelo que foi colhido junto às ACS, moradores de longa data no bairro que nunca foram visitados e há, também, moradores que já foram inclusive cadastrados, mas que nunca receberam visita de qualquer profissional da

USFJP, o que contribui para o descrédito da própria Unidade, da ESF e por último, do serviço público.

Para encerrar os relatos das visitas com a ACS5, é oportuno narrar que logo quando saíram da Unidade para iniciarem as visitas, a agente disse que só iria fazer as visitas com o pesquisador porque já havia marcado com este anteriormente, uma vez que todas as ACS estavam fazendo “operação tartaruga”, pois o prefeito de Vitória havia concedido um abono pecuniário de fim de ano a todos os servidores do município, mas as agentes não o receberam, pois são terceirizadas.

O vínculo de trabalho das ACS traz algumas implicações ao serviço disponibilizado pelas EqSF, como o conflito acima relatado, por exemplo. Faz-se necessário frisar que tal vínculo é uma contradição situada no cerne da própria ESF.

Uma vez que a ESF intenta ser um programa de inclusão das comunidades ao SUS, em uma análise maior, à rede de proteção social do Estado, e esse mesmo programa, em nome de uma “governança corporativa” fragiliza os vínculos empregatícios dessas figuras centrais na ESF, que são os ACS, excluindo-os de uma série de outras prerrogativas, dessa também rede de proteção social do Estado, não se instaura aí uma contradição interna?

Os princípios do SUS de equidade e justiça social, que permeiam a ESF, jamais serão plenamente alcançados caso não se façam reflexões sobre pontos tão importantes como esse.

A última agente acompanhada foi a ACS6, há 21 anos moradora de Jardim da Penha, casada e com uma filha, é há seis anos ACS da USFJP.

Tal Agente desde o princípio não se mostrou receptiva à idéia de fazer visitas acompanhada do pesquisador. Nas incursões desse, ela sempre dizia que sua área era “muito complicada, porque o pessoal não recebe bem”. Disse, ainda, que há residências em que nem a auxiliar de enfermagem comparece. Contou, também, um caso em que fora acompanhada de um estagiário mas após a visita a moradora enviou uma carta para a USF reclamando da presença indevida daquele.

As visitas com essa Agente foram postergadas duas vezes, por negativas da parte da Agente. Era notório seu desconforto (que se tornou mútuo) perante as solicitações do pesquisador. Nas visitas em si evidenciou-se o motivo.

Ela disse, no caminho das visitas, aliás as conversas com todas as ACS nos percursos se demonstraram riquíssimas, que há moradores que “da porta mesmo despacham a gente. Perguntam: o que que você quer hoje? Eu tô bem de saúde.”

Visivelmente insatisfeita com a profissão, a ACS6 falou que pretende mudar para um apartamento maior e, quando isso ocorrer, largará o emprego, pois sua área é “muito complicada”.

O que ficou evidente é que, o que a ACS6 considerava “complicado” eram situações inerentes à atividade de qualquer ACS. O que tornava tais situações difíceis de lidar era o fato de que ela não se demonstrava propensa a encará-las. Não se quer aqui fazer um julgamento da Agente, uma vez que essa série de descasos aos quais as ACS são submetidas pode ter perfeitamente levado a essa situação. Deseja-se, sim, demonstrar a situação de completo desengajamento da profissional, como fica claro nessa fala: “Tem casa que a visita demora, a pessoa quer conversar, aí a gente parece que é tudo, psicóloga, assistente social, ouvir os problemas de todo mundo, como se a gente já não tivesse os nossos.”

Percebe-se a diferença de postura entre a ACS5 e a ACS6, por exemplo, como encaram de forma diferente a atividade que desenvolvem. Por duas vezes o pesquisador presenciou a chegada da ACS6 na USFJP após às 09h00, sendo que a jornada de trabalho se inicia às 08h00.

Foram feitas apenas duas visitas com essa agente, além do morador que ela sempre encontra na rua, conforme descrito abaixo. A primeira visita foi um tanto quanto breve, aproximadamente oito minutos, depois a Agente explicou que a moradora visitada não gosta muito de visita, embora em momento algum o pesquisador tenha percebido qualquer ação ou fala da moradora nesse sentido, ao contrário, a impressão registrada foi que a ACS6 desejava encerrar a visita de forma mais breve possível.

Já a segunda visita foi muito mais extensa. Levou aproximadamente vinte e dois minutos e foi possível perceber que a ACS6 possuía um laço de amizade com os moradores, pois tratavam de assuntos pessoais, conversavam sobre amigas em comum etc. Após a visita a ACS6 relatou que é amiga da dona da casa e que seu marido geralmente leva os moradores para os lugares, pois não possuem carro. Outros favores demonstraram uma elevada intimidade entre eles. Cabe ressaltar, portanto, que esses moradores e a Agente se conheceram através do trabalho desta como ACS.

Foi interessante perceber que a ACS6, ao encontrar um senhor na rua, apresentou-o ao pesquisador e disse que o visita apenas na rua. Assim como a ACS6, as ACS1 e ACS2 também fizeram esse tipo de “visita”, bem mais curtas que as visitas padrão, embora aborde sempre as mesmas perguntas diretas: se está tudo bem, se está tomando remédio, se o remédio está acabando.

Nas entrevistas, essas agentes foram questionadas se essas situações contam como visitas para a BUP. Elas falaram que não e a ACS1 explicou, ainda, que existe uma categoria de “visita de acompanhamento” na qual se enquadram esses encontros casuais. Eles são computados, mas esses dados não seguem para a SEMUS, ficam apenas em âmbito da própria Unidade. Sobre essas visitas de acompanhamento a ACS3 fez uma colocação interessante:

Olha só...as visitas de acompanhamento não contam como visitas, só é visita quando é feita na residência do usuário. Agora, tem vezes que a gente vai fazer a visita e encontra o morador saindo de casa, indo pro trabalho. Aí a gente fala: ‘tava indo na sua casa, fazer visita’, mas o morador fala que tá com pressa, saindo, aí eu falo o que tenho que falar e, nesses casos, eu coloco como visita. Mas tem agente que coloca muito acompanhamento como visita, pra dar as 12 visitas por dia.

Esse relato chamou atenção, pois demonstrou, ainda mais, como é difícil aferir a “produtividade” dos agentes. Mesmo havendo essa meta mínima de doze visitas, percebeu-se que as ACS podem burlá-la quando quiserem, pois não há nada que comprove a autenticidade dos dados lançados no BUP. Aprofundando, tal constatação coloca em xeque os números referentes à cobertura populacional da ESF. Se tal prática for costumeira, o que garante que os números contidos na Tabela 1, sobre a produção da equipe, não estão inflados? O que iria distorcer uma série de ações tomadas com base nesses

números. Elaborar mecanismos para aferir de forma melhor a produção desses profissionais é uma questão que deveria ser pensada nacionalmente.

Voltando às visitas, chegou-se, então, à primeira residência onde mora uma senhora de 74 anos, diabética e hipertensa que perdeu a filha no começo de 2006 e que, segundo a ACS6, “anda muito triste desde que isso aconteceu”. A Agente perguntou-lhe sobre como estava a pressão e a glicemia e a moradora respondeu que há muito tempo não os media, o que deixou a ACS6 preocupada. A Agente ficou, então, de marcar com a auxiliar de enfermagem para que as duas retornassem à casa da moradora para fazer as aferições.

A senhora começou a se queixar que não tem mais vontade de sair de casa, porque tem medo de ser assaltada. A Agente iniciou um breve discurso, após recriminá-la pela displicência com o controle da pressão e do diabetes, para tentar sensibilizar a moradora da importância de se cuidar. Disse que há 21 anos no bairro nunca fora assaltada e que caminhar é muito importante, é “bom pra espalhar a cabeça, sair de casa”.

Ao sair dessa residência a ACS6 relatou que a moradora está triste por causa da morte da filha, algo que ela ainda não conseguiu assimilar. A Agente prefere não tocar no assunto porque, segundo a própria, faz a senhora se lembrar da filha e como tais lembranças sempre a fazem sofrer, a agente evita a conversa. Mas como é possível querer ajudá-la sem abordar o tema da morte da filha, que como a própria ACS6 disse, é a causa desse quadro em que se encontra a moradora? Um caminho melhor não seria tentar convencê-la a procurar ajuda profissional, como a psicóloga que a Unidade disponibiliza? O caminho escolhido pela Agente foi o de “sempre que possível” visitar a moradora, mas nunca tocar no assunto da morte da filha.

No caminho da próxima residência a ser visitada, a ACS6, contando um pouco da história da família, falou que uma das moradoras estava com câncer. O surpreendente foi que ela pronunciou baixinho, sussurrando – embora estivessem apenas o pesquisador e a Agente, na rua –, aliás, algo que o pesquisador percebeu em outras ACS. A palavra câncer é tida como um palavrão, pois está, na concepção das ACS, intimamente ligada à morte. Notou-se que tal termo, juntamente com toda a representação que as agentes

fazem dele, sensibiliza-as, fazendo com que sejam extremamente dóceis e atenciosas com os usuários que são acometidos dessa doença. O atendimento a esses moradores é visivelmente diferente. Nesta pesquisa foram presenciadas duas visitas a moradores com câncer.

Ao chegar à residência, a ACS6 apresentou a senhora de 90 anos, que possui câncer de pele (já retirou vários tumores pelo corpo), a dona da casa, de 64 anos e a empregada. Mora também no apartamento um filho adotivo com problemas mentais, que tem 30 anos de idade, mas que não estava na casa no momento da visita.

Como já dito, essa visita foi muito mais longa e teve um tom muito mais de encontro de amigas do que de visita entre profissional de saúde e morador, como visto em outras oportunidades. Entretanto, questões de saúde foram abordadas, principalmente sobre o estado da senhora de 90 anos, que não sabe que tem câncer, pois surgiu um novo tumor na região da base da nuca, mas o médico aconselhou não operar, tendo em vista a já avançada idade da moradora.

O rapaz, de 30 anos, foi adotado quando pequeno, pois a mãe, à época empregada da família, veio a falecer. Ele é alto e extremamente corpulento, mas com uma mentalidade de criança. Toma inúmeros remédios, principalmente para alucinação e agressividade, pois por vezes já agredira os moradores quando contrariado. Essas informações foram passadas pela dona da casa, em meio a várias histórias do rapaz e da família. Bastante animada e simpática, sempre repetia “já passei por cada coisa...”.

Confessou mais tarde que sua mãe perdera uma filha em um incêndio, e, por isso, a mãe passou a ter alucinações que a casa estava pegando fogo e, por vezes, seu próprio corpo o que a levava a se jogar no chão e se debater. Passou a se sentir perseguida e sempre cobria todas as janelas da casa com toalhas. A filha relatou que a levou a diversos médicos, mas nenhuma medicação resolvia por muito tempo. Então, a filha fez a seguinte analogia:

Eu pensei: o João (nome fictício para o filho adotivo) tem alucinação e toma o remédio tal, 10mg, a minha mãe tá tendo alucinação, mas ela é bem menor que o João, eu vou partir o comprimido dele pela metade e vou dar pra minha mãe, vai que resolve... você sabe que

resolveu?! Ela até hoje toma esse remédio, 5 mg! Depois que ela tava tomando eu fui no Dr. Carlos (nome fictício do médico que atualmente acompanha a mãe) e falei pra ele o que tava acontecendo e o que eu tinha feito ele me disse: 'tá funcionando?' eu falei que sim e ele falou: 'então continua!'

A filha disse que teve que tomar essa atitude, bastante perigosa, pois já estava desesperada, afirmou que enlouquecia junto com a mãe e como não via melhoras significativas, não teve outra opção: tratou de medicá-la.

Essa visita possibilitou evidenciar que os assuntos, inclusive os mais delicados, são abordados com mais naturalidade e de forma direta, à proporção do grau de intimidade entre profissional e usuário, o que afirma a importância da produção de vínculo. Não há a menor dúvida que as histórias contadas pela dona da casa não seriam tão ricas se não houvesse intimidade entre a moradora e a ACS6, pois foram abordados assuntos extremamente delicados, como narrações de verdadeiras surras que o filho adotivo fizera as moradoras sofrer.

Pelo lado da ACS6, conhecer tais situações e, de fato ela já conhecia, permite ações muito mais efetivas: foi por intermédio da Agente que a moradora conseguiu obter a carteirinha de deficiente mental para passe livre nos ônibus da Grande Vitória e obtenção de medicamentos disponíveis na Unidade. O fato de o marido da ACS6 transportar esses moradores quando necessitam demonstra que os vínculos iniciados na relação agente-morador extrapolam os limites das visitas, fortalecendo os próprios vínculos e sendo benéficos tanto para os profissionais, quanto para os moradores e em suma, para a própria Estratégia.

As duas últimas visitas feitas foram na companhia da enfermeira e da ACS1. Ressalta-se que também as visitas com a enfermeira foram adiadas por diversas vezes, sempre devido a atividades internas na Unidade (mutirão de exame preventivo, preparação de palestra educativa), de modo que, a exigência feita aos enfermeiros de realizar visitas ao menos uma vez por semana não é nem de perto cumprida.

Em sua entrevista, a enfermeira confirmou que em razão do excesso de trabalho, ela só faz visitas quando sua presença é requisitada pelos ACS para

casos mais complexos. A enfermeira, já na faixa dos cinquenta anos, é casada e possui um neto. Percebeu-se que ela goza de um certo *status* não apenas em sua equipe, como também com os demais profissionais, pois por vezes presenciou-se outras enfermeiras e agentes tirando dúvidas com ela sobre procedimentos da Unidade e, em uma ocasião, a enfermeira que substituíra o diretor em período de férias, pediu-lhe que ministrasse uma palestra sobre prevenção de câncer de colo de útero, pois tal assunto era de seu domínio.

A primeira residência visitada com as duas profissionais foi a de um senhor de aproximadamente 60 anos, casado, que recentemente estivera internado devido a complicações do diabetes. A ACS1 já havia comentado com o pesquisador que esse paciente era um pouco “rebelde” pois não gostava de seguir as orientações dos profissionais. A enfermeira o examinou, aferiu sua pressão e mediu sua glicose com o glicosímetro. Após constatar que os números estavam dentro dos padrões, levando em consideração que o morador estivera internado, a enfermeira começou a fazer perguntas sobre os hábitos alimentares da família e não apenas do paciente. A alimentação do paciente, ultimamente, tem sido feita com estrito rigor: pouca gordura, sem sal e evitando açúcar. Porém a esposa disse que gosta de comida “mais temperada”. Nesse ponto a enfermeira interveio e começou a explicar que é muito difícil exigir que o esposo mude seu hábito alimentar sendo que a sua mulher continua com a alimentação antiga e, nesse sentido, fez a seguinte colocação:

Olha...não dá pra querer que ele pare de comer tudo que ele gosta, mudar a comida dele e quando ele olha pro seu prato tá aquele monte de coisa que ele tem vontade de comer e não pode. Você vai ter que mudar também, pelo bem dele. É claro que sua dieta não precisa ser tão rigorosa, mas no dia-a-dia você vai ter que fazer isso.

Depois, a enfermeira falou com o paciente sobre a grave situação que ele se encontrava e os cuidados que tal situação requeria. Sobre a “rebeldia” do paciente, a enfermeira falou: “Agora acabou... você gostou de ficar internado? Não, né? Então, só depende de você.”

A enfermeira quase nunca sugeria, era sempre mais assertiva, exigindo as mudanças, que segundo ela, eram imprescindíveis à melhora do paciente.

Essa visita foi um pouco mais longa do que as feitas com as ACS, durando aproximadamente 20 minutos.

A próxima visita foi a um rapaz que sofrera acidente automobilístico há 23 dias sem muita gravidade, embora tenha ficado com vários ferimentos pelo corpo. Como não possui plano de saúde e está semi-acamado, devido a uma fratura na perna, a enfermeira foi visitá-lo para trocar os curativos e ver como ele estava.

A enfermeira, que já o visitara antes, perguntou-lhe se estava tomando a medicação, um anti-inflamatório, e a mãe logo interveio dizendo que há dois dias ele parou de tomar, pois queixava-se de dor no estômago. A enfermeira questionou-lhes por que não avisaram à ACS, ou a ela, pois teria perguntado à médica o que fazer, mas que suspender a medicação por conta própria era errado, pois atrasaria a recuperação.

A enfermeira perguntou se o estômago havia melhorado e, mediante a resposta afirmativa do rapaz, disse para que voltasse a tomar o remédio e que ela iria conversar com a médica para ver se trocariam de medicação. Após essa breve conversa, a enfermeira trocou os curativos e após aproximadamente 20 minutos de visita os profissionais partiram.

Durante as duas visitas, percebeu-se que a ACS1 quase não se manifestava, mesmo sendo ela a agente mais extrovertida da equipe. As brincadeiras que a ACS1 fazia durante as visitas não ocorreram na presença da enfermeira, mesmo havendo entre as duas, conforme observou-se no dia-a-dia, um relacionamento amigável. O pesquisador questionou a ACS1 sobre esse “silêncio” na entrevista e essa foi a resposta:

(Breve pausa) Não é que eu fique em silêncio, é que, pô, ela (a enfermeira) sabe mais do que eu, quase não faz visita, então, quando ela tá visitando eu deixo ela fazer o trabalho dela, não fico me metendo, mas tô ali, se ela precisar de alguma coisa.

Tal resposta permite supor que mesmo tendo as duas profissionais um bom relacionamento, quando do exercício das atribuições da enfermeira, pelo fato dessa possuir um saber mais especializado e, por isso, ocupar um local destacado das ACS, acaba havendo essa “intimidação” e o mais surpreendente é que, diante do observado, tal “intimidação” não ocorre no sentido da

enfermeira para a agente, ao contrário, ocorre da agente em relação à enfermeira, ou seja, aquela automaticamente se põe em uma posição subalterna a esta, demonstrando que essa hierarquização dentro da equipe, por mais que se fale ao contrário, existe e permeia todas as relações.

Contudo, pode-se pensar também em termos de legitimação dos saberes reconhecidos pelos profissionais e que integram, sem dúvida, as normas antecedentes, pois a agente reconhece na enfermeira saberes o que a leva a confiar em suas ações.

Após a narração das situações vivenciadas, algumas observações devem ser feitas, assim, segue-se o capítulo das considerações finais que apresenta, ainda, as limitações deste trabalho.

7 – ÚLTIMAS CONSIDERAÇÕES

Primeiramente, ao retornar à questão da multiprofissionalidade tida como princípio da ESF, evidenciou-se, nas Rodas de Educação Permanente, nas reuniões da equipe e nas entrevistas, que o compartilhamento de saberes praticamente não existe, ocorrendo somente uma transmissão desses que sempre seguem o sentido da enfermeira para as ACS e a auxiliar de enfermagem e às vezes da médica, para a enfermeira e, em seguida, para os demais membros da equipe.

Infelizmente, nas entrevistas as ACS 1, 3 e 4 frisaram que os médicos, não todos, não reconhecem a importância dos trabalhos dos agentes, o que é um obstáculo à própria ESF, pois quando assim procedem, não se abrem às experiências e saberes dos ACS e, conforme o pesquisador observou, muitas das agentes possuem uma capacidade de reflexão sobre questões de suas atividades que, se ouvidas e implementadas, de certo contribuiriam para a melhora do serviço da USFJP. Isso não é difícil de se imaginar, uma vez que são as ACS que estão diariamente nas ruas, visitando e ouvindo os anseios da população.

Mesmo sabendo que uma busca à transdisciplinaridade requer modificações estruturais, que abranjam não só os aparelhos formadores desses profissionais, mas também a própria maneira como se dão as relações em nossa sociedade, é imperativo que os órgãos de saúde se articulem nesse processo, não objetivando apenas uma melhora qualitativa da ESF, mas principalmente reconhecendo nos profissionais “mais coadjuvantes” sua autonomia e dispensando-lhes o respeito merecido.

A questão do vínculo de trabalho dos ACS também é um assunto que urge em ser resolvido, uma vez que traz implicações diretas à ESF. Exigir que o ACS more na micro-área em que atua foi, inicialmente, um ponto colocado para facilitar o acesso desse às residências, porém, com o passar do tempo, tal norma vem emperrando o serviço, pois como proceder quando o ACS se muda, mas continua dentro do seu bairro, como ocorreu com a ACS1? Mudá-la de área iria jogar por terra anos de trabalho e o vínculo constituído com aqueles moradores. Há cidades maiores em que uma rua faz a divisa entre

dois municípios, nesse caso, se a ACS se mudar para o outro lado da rua, outro município, ela deverá abandonar seu trabalho uma vez que seu ofício exige seleção pública? São questões que demandam cautela, pois uma exigência que objetivava facilitar o serviço, em alguns casos tem funcionado no sentido contrário. Todavia, na USFJP percebeu-se que o bom senso vem sendo utilizado pelo diretor, buscando renormalizar tal exigência, possibilitando à ACS1, por exemplo, desenvolver seu trabalho junto aos moradores que já conhece.

Percebeu-se que as ACS quando em visitas, desempenham uma função até certo ponto contraditória, o que demanda usos de si influenciados também pela situação vivenciada. Às vezes elas se comportavam como “amigas”, principalmente quando desempenhavam o papel de educadoras, instruindo os moradores sobre hábitos mais saudáveis, às vezes, na mesma visita, se comportavam de forma mais repressiva e autoritária, exigindo que parassem de comer alimentos doces/gordurosos e, em um caso, exigindo que uma moradora parasse de fumar. Na entrevista da ACS6, ela relatou uma situação que ilustra bem essa questão. Afirmou que, em casos de paciente com hanseníase, o ACS **deve**, se perceber que o paciente não toma as medicações pontualmente, ir a casa deste, todos os dias e no horário da medicação para vê-lo fazendo uso do remédio, ou seja, fiscalizando-o, exercendo uma forma de controle.

Saber quando agir de forma coercitiva e quando abordar os usuários de forma mais suave é algo bastante complexo, pois o vínculo existente entre agente e morador se constitui, basicamente, em uma relação de confiança e amizade, assim, o excesso de autoridade poderia minar tal vínculo, por outro lado, uma vez que são agentes de saúde, elas se sentem legitimadas para cobrar e controlar certos comportamentos. Há um limite, muito tênue e flexível, entre essas duas posturas das ACS e que sofrem influência de uma infinidade de variáveis, como quem é o morador, qual o seu problema, como ele está hoje, como a ACS está hoje, como é o vínculo ACS-morador, enfim, inúmeras possibilidades que ratificam a complexidade do trabalho dos ACS.

Sobre essa complexidade, constatou-se também que são, de fato, as ACS as grandes triadoras do sistema de saúde existente na USFJP, pois é a partir da

avaliação delas que os casos tomarão determinados rumos e, obviamente, exercer essa atividade de triagem não consta entre as atribuições prescritas para tal função.

Voltando à postura dos profissionais nas visitas, a enfermeira, pelo fato de ter bem menos contato com os moradores, nas duas residências acompanhadas sempre adotava uma postura mais autoritária, utilizando verbos no imperativo, ficando clara sua escolha por uma conduta mais repressiva, que, de certo modo, é legitimada por uma hierarquização social dos saberes.

Do ponto de vista da administração, é fundamental que se vá além do prescrito e reconheça a capacidade de renormalização de todos os atores, sob pena de se exigir algo que impeça o fluxo do trabalho, ou em seu lugar, que se efetive um pacto tácito no qual os gestores, no sentido clássico, “finjam” desconhecer as renormalizações para que os profissionais continuem a fugir do prescrito abertamente, em nome do bom andamento das atividades. Isso já ocorre na USFJP, quando a direção insiste em não abordar o caso de transporte de medicamentos feitos pelas ACS para pacientes ou também fazendo “vistas grossas” às prescrições, por enfermeiras, de remédios fora do critério estabelecido para hipertensos e diabéticos.

Não se tem resposta para explicar por que esses assuntos não são discutidos abertamente, talvez a certeza de que mudar o prescrito seja extremamente difícil, favoreça essas condutas de fingir que tais fugas às normas não existam. Isso, contudo, pode levar a complicações. Em caso de qualquer incidente, possivelmente o ônus recairá sobre os profissionais que “não cumprem a regra”, entretanto sabe-se que todos são gestores e que tais situações são fruto da complexidade da atividade de trabalho, portanto, todos estão implicados, mesmo aqueles que estão no conforto de cargos protegidos pelo prescrito.

São as restrições ambientais, que também se operam em âmbito da organização USFJP, que exigem dos profissionais escolhas, usos de si. Muitas vezes cobra-se desses profissionais resultados, mas a direção não disponibiliza, mesmo porque algumas vezes não os possui, os “instrumentos” para tanto.

Enfim, acredita-se que a pesquisa foi capaz de cumprir com os objetivos principal e específicos, descritos no início do trabalho, sobretudo ao demonstrar que as atividades de trabalho desses profissionais são verdadeiros “locais de encontro” e, muitas vezes, “locais de confronto” de valores, de saberes e de sentimentos, demonstrando sua enorme complexidade. Para tanto, ocupou destaque a ergologia que demonstra enorme potencial para auxiliar a administração na condução das situações de trabalho. Contudo, esta pesquisa apresentou uma série de limitações que são expostas a seguir.

7.1 – LIMITAÇÕES DA PESQUISA

Este trabalho deparou-se com alguns obstáculos que acabaram o limitando. A desorganização e a falta de continuidade das Rodas de Educação Permanente restringiram o acesso a um excelente local de compreensão das situações de trabalho, no qual a interação dos profissionais se dava de maneira mais franca.

A questão do tempo disponível para a elaboração da dissertação exigiu que fosse acompanhada apenas uma equipe, embora acredita-se que se fossem duas as equipes acompanhadas as incoerências em relação a vários procedimentos, como prescrição de medicamentos por enfermeiras e cadastramento de empregadas domésticas ficariam mais explícitas, sendo possível traçar um paralelo entre os diversos usos de si e as renormalizações desses profissionais. Seria igualmente interessante se fossem estudadas não apenas uma, mas duas Unidades de Saúde da Família, em bairros com características sócio-econômicas bem distintas, para constatar “como” e “se” tais aspectos influenciam nos usos de si, renormalização e gestão das unidades.

As visitas realizadas foram, majoritariamente, em residências de idosos. Ao questionar a enfermeira, na sua entrevista, sobre tal coincidência, ela falou que isso ocorreu por dois motivos: os idosos estão entre as prioridades da USFJP e é bem mais fácil encontrá-los em casa, algo que já não ocorre com os demais moradores.

Ao utilizar os referenciais da Ergologia e Cartografia para uma pesquisa na área de Administração, objetivou-se demonstrar que tais referenciais possuem uma capacidade de leitura e dotam o pesquisador de instrumentais teóricos que, ao investigar o micro, o implícito, os afetos, sem buscar modelos homogeneizantes, evidenciam aspectos fundamentais para a gestão, mas que sempre são ignorados.

A capacidade desses referenciais é potencializada quando são aplicados em estudos na área de Saúde Pública, pois se trata de um serviço, ou seja, há franco contato entre sujeitos com histórias e valores diferentes, às vezes até contraditórios (não apenas entre profissional e usuário, mas também entre os próprios profissionais) e por ser **de Saúde**, faz com que sentimentos como sofrimento, morte, pena, dor, perda, estejam presentes. E, quando tais sentimentos são percebidos no dia a dia dos profissionais, evidencia-se o quão capazes são de renormalizar as normas antecedentes.

Finalmente, buscou-se demonstrar que gerir qualquer arranjo social sem considerar esses elementos trazidos à tona pela ergologia e cartografia é gerir em um plano descolado da realidade e que compreende os seres humanos não como sujeitos, mas como indivíduos passivos e que não impregnam suas atividades com vestígios de suas histórias e valores, como de fato o fazem.

8 – REFERÊNCIAS

AZOURY, E. B. **Curso Básico em Saúde da Família: A Construção de um Projeto Local para a Requalificação Profissional no Espírito Santo**. 2003. 205f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

BARROS, M. E. B. **Desafios Ético-Políticos Para a Formação dos Profissionais de Saúde: Transdisciplinaridade e Integralidade**. 2006. (No prelo).

BITTAR, E. C. B; ALMEIDA, G. A. **Curso de Filosofia do Direito**. 2 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

BRASIL, Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. **Primeira Pesquisa Nacional de Avaliação da Satisfação dos Usuários dos Serviços Públicos**. Brasília: Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Série Pactos pela Saúde. Vol 04. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, Ano II, Edição Especial, maio de 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. *Site do Ministério*. Disponível em <www.saude.gov.br>. Acessado em 08 mai. e 10 out. 2006..

BRASIL, Ministério da Educação, Conselho Nacional de Educação, Câmara de Educação Básica. **Parecer número 16 de 05 de outubro de 1999**. Disponível em <www.mec.gov.br/cne>. Acesso em: 09 mai. 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. **Informe da Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, Ano IV, julho/agosto de 2003.

COSTA NETO, José W. **Medicina Baseada em Evidências**. Disponível em <www.portalmedico.org.br/revista/bio11v2/revistabioetica.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2004.

CÁRITAS Brasileira. **Quem Somos**. Brasília. Disponível em www.caritasbrasileira.org, acesso em: 27 set. 2006.

DURRIVE, L; SCHWARTZ, Y. Proposition de Vocabulaire Ergologique. 2001. Disponível em www.ergologie.com. Acessado em: 27 nov. 2006.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado da Saúde, CODRHU. **Plano de Desenvolvimento de Pessoas**. Vitória: SESA, 2004.

ESPÍRITO SANTO, Secretaria de Estado da Saúde. **Programa de Saúde da Família: Certificação das Equipes**. Vitória: SESA, 2005.

FERREIRA, A. B. H. **Novo Dicionário Aurélio**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

GIGLIO-JACQUEMOT, A. **Urgências e Emergências em Saúde: Perspectivas de Profissionais e Usuários**. Rio de Janeiro: Fiocruz. 2005.

GOODE, W. J; HATT, P.K. **Métodos em Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1977.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 3.ed. Petrópolis: Vozes, 1992.

LANDMANN, J. **Medicina não é Saúde: As Verdadeiras Causas da Doença e da Morte**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1983.

MACHADO, K. **Equipe Mínima, Dilemas e Respostas**. Radis: Comunicação em Saúde, Rio de Janeiro, n.º 51, p. 8-10, nov.2006.

MACHLINE, C., CAMPOS, C.V.A. **Determinação e Avaliação do Custo do PSF – Programa de Saúde da Família**. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DOS PROGRAMAS DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO, 29. 2005, Brasília. **Anais...**[CD-ROM]. Brasília: ANPAD, 2005.

MONTEIRO, R. H. **Videografias do Coração: Um Estudo Etnográfico do Cateterismo Cardíaco**. Tese de doutorado. Departamento de Política Científica e Tecnológica. Instituto de Geociências. Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Defendida em novembro de 2001. Disponível em <http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000236028>. Acesso em: 15 de outubro de 2006.

PETINELLI-SOUZA, S. **Análise da Interface Subjetividade e Competências no Trabalho**. 2006. 106f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

_____; MACHADO, L. D; BIANCO, M. F. **O Trabalho como Gestão: Analisando o Cotidiano no Centro de Operações de Empresas Geradoras e Distribuidoras de Energia na Região Sudeste**. In: Fórum CRITEOS, 2005, Porto Alegre. Anais do Fórum CRITEOS, 2005. p. 11-27.

PORTO, M. F. S; ALMEIDA, G. E. S. Significados e Limites das Estratégias de Integração Disciplinar: Uma Reflexão Sobre As Contribuições da Saúde do Trabalhador. In: **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n.02, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232002000200013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 02 mar 2007. Pré-publicação.

REY, F. L. G. **Sujeito e Subjetividade**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2003.

RODRIGUES, M. P; ARAÚJO, M. S. S. **O Fazer em Saúde: um novo olhar sobre o processo de trabalho na Estratégia de Saúde da Família**. Disponível

em <www.observatorio.nesc.ufrn.br/texte_polo05.pdf>. Acesso em: 30 de maio de 2004.

ROLNIK, S. **Cartografia Sentimental: Transformações Contemporâneas do Desejo**. Porto Alegre: Sulina, 2006.

SANTOLIN, M. C. **Mobilização, Articulação e Entrega de Competências aos Processos de Trabalho: Um Estudo na Indústria do Aço**. 2006.125f. Dissertação (Mestrado em Administração) – Programa de Pós-Graduação em Administração, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória, 2006.

SCHWARTZ, Y. Seminário Trabalho e Saber. Belo Horizonte, 12-16 maio 2003.

_____. Circulações, Dramáticas, Eficácias da Atividade Industrial. In: BIDET, J. TEXIER, J. (orgs.). **La Crise du Travail**. Paris: PUF, 1995, p. 133-153.

_____. Disciplina Epistêmica, Disciplina Ergológica – paidéia e politeia. In: **Pro-Posições**, (Unicamp), vol. 13, n. 01, jan./abr. 2002, p. 126-149.

_____. Ergonomia, filosofia e exterritorialidade. Trad. in: Daniellou, François. **A ergonomia em busca de seus princípios**. São Paulo: Ed. Blucher, 2004b.

_____. Os Ingredientes da Competência: um exercício necessário para uma questão insolúvel. **Educação & Sociedade**. Campinas, ano XIX, nº 65, p. 101-139. 1998.

_____. Trabalho e Gestão: Níveis, Critérios e Instâncias. In: FIGUEIREDO, M; ATAYDE, M; BRITO, J; ALVAREZ, D. (orgs.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: Dp&A, 2004a, p.23-33.

_____. Trabalho e uso de si. In: **Pro-posições**, (Unicamp), vol 01, n. 05, dez. 2000, p. 27-52.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: Equilíbrio entre Necessidades de Saúde, Serviços e Tecnologia**. 2. ed. Brasília: UNESCO Brasil, Ministério da Saúde, 2004.

TELLES, A, L; ALVAREZ, D. Interfaces Ergonomia-Ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M; ATAYDE, M; BRITO, J; ALVAREZ, D. (orgs.). **Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo**. Rio de Janeiro: Dp&A, 2004, p.63-90.

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

ZARIFIAN, P. **Valor, Organização e Competência na produção de serviço**. Seminário Temático Interdisciplinar. São Paulo, 1999.

_____. **Objetivo Competência: por uma nova lógica**. São Paulo: Ed. Atlas, 2001.