





# Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde

## **Governo Federal**

### **Ministro da Saúde**

Humberto Sérgio Costa Lima

### **Secretária de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde**

Maria Luiza Jaeger

### **Chefe de Departamento de Gestão da Educação na Saúde**

Ricardo Burg Ceccim

## **Fundação Oswaldo Cruz**

### **Presidente**

Paulo Marchiori Buss

### **Vice-presidência de Ensino e Recursos Humanos**

Tânia Celeste Matos Nunes

### **Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**

Antonio Ivo de Carvalho

### **Coordenadora do Programa de Educação a Distância - ENSPSA**

Lúcia Maria Dupret

## **Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde**

### **Coordenação Nacional**

Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Lúcia Maria Dupret

Ricardo Burg Ceccim

### **Equipe Técnica-Pedagógica**

Cleide Figueiredo Leitão

Guido Antonio Espírito Santo Palmeira

Lúcia Maria Dupret

Henriette dos Santos

Marisa Teixeira

Valéria da Silva Fonseca

### **Secretaria Executiva**

Karla Travaglia

### **Apoio Administrativo**

Andréia Maciel

Ingrid Merscher

Sherman Santos

Sueli Neves

Vilma Brito

## **Autores**

### **Orientações para o curso**

Cleide Figueiredo Leitão  
Guido Antonio Espírito Santo Palmeira  
Lúcia Maria Dupret  
Henriette dos Santos  
Marisa Teixeira  
Valéria da Silva Fonseca

### **Unidade de Aprendizagem Integradora**

Cláudia Maria da Silva Marques  
Laura Camargo Macruz Feuerwerker  
Ricardo Burg Ceccim

### **Unidade de Aprendizagem: Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho em Saúde**

Carlos Maurício Guimarães Barreto	Laura Camargo Macruz Feuerwerker
Débora Cristina Bertussi	Murilo Wanzeller
Dulce Helena Chiaverini	Ricardo Burg Ceccim
Gustavo Figueiredo	Roseana Meira
José Inácio Jardim Mota	Rossana Staeve Baduy

### **Unidade de Aprendizagem: Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde**

Aluísio Gomes da Silva Junior	<b>Colaboradores</b>
Cláudia Maria da Silva Marques	José Ivo Pedrosa
Laura Camargo Macruz Feuerwerker	Júlio Alberto Wong Un
Maria Cristina Botelho de Figueiredo	Liane Beatriz Righi
Ricardo Burg Ceccim	Lúcia Inês Schaedler
Silvana Martins Mishima	Maristela Cardoso Caridade

### **Unidade de Aprendizagem: Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde**

Angela Capozollo	Silvia Matumoto
Cinira Magali Fortuna	Sueli Rezende Cunha
Henriette dos Santos	Túlio Batista Franco
Júlio Wong Un	

## Validadores<sup>1</sup>

Adailton Isnal	Dario Francisco Olivet Salles	Joeber Bernardo Soares de Souza
Adalgisa Borges de Carvalho Assis	Débora de Sales Pereira	Jorge Adelson Marialva Batista Júnior
Aderli Goes Tavares	Denise Barbosa de Castro Friedrich	Jorge Luís de Souza Riscado
Adivete Santos Figueiredo	Denise Bueno	José Carlos □Silva
Adriana Cristina Franco	Derly Silva Streit	José Carlos Moraes
Adriana de Castro Rodrigues Krum	Ediane Ragnini	José Eduardo Moreira Amorim
Adriana Katia Corrêa	Edimeia Ribeiro Alves Vieira	Judite Hennemann Bertoncini
Adriana Nunes Chaves	Edir Nei Teixeira Mandú	Juliemy Aparecida de Camargo Scuoteguazza
Adriene Jacinto Pereira	Edylene Maria dos Santos Pereira	Kátia Ferreira Costa Campos
Aida Celeste de Brito	Elaize Maria Gomes de Paula	Kátia Maria da Silva Lima
Alberto Novaes Ramos Júnior	Eliana Marília Faria	Katiane Geria Melo Lima
Alessandra Moreno Maestrelli	Eliane Aparecida Sanches Tonolli	Kellem Raquel Brandão de Oliveira
Aline Santos Monteiro	Eliane Moreira da Costa	Kelly Christina Gomes de Araújo
Alóide Ladeia Guimarães	Elio Andriolo	Laureni Dantas de França
Amarílis Pereira Amaral	Elioenai Dornelles Alves	Leci Denise Brinker Siqueira
Ana Cristina Sales de Messias	Elizabeth Barcellos Azoury	Leonora Catharina Martins Pinto Rodrigo
Ana Cristina Couto Amorim	Elizabeth de Sousa Barcelos Barroqueiro	Liana Maria Costa Gomes Lima
Ana Maria Martins Moser	Elizabeth Mitiko Konno	Lídia Batista Colombani
Ana Paula Chancharulo de Morais Pereira	Elizabeth Soares Oliveira de Holanda Monteiro	Líliã Aparecida Kanan
Ana Tania Lopes Sampaio	Elisângela Lucas Teixeira	Livia Cristina Benavente
Anadja Maria dos Santos Rios	Elzimar Evangelista Peixoto Pinto	Loide Clementina da Cunha
André Luiz da Silva	Érica Simone Barbosa Dantas	Lorene Louise Silva Pinto
Andréa Cristina de Farias Mello	Ériko Marvão Monteiro Duarte	Lucélia Borges de Abreu Ferreira
Andréa Leão e Silva	Etel Matiello	Lúcia Marques Cleto Duarte Lusim
Ângela Rocha de Lamare Leite	Eugênio Lúcio Vieira	Lucilane Maria Sales da Silva
Antônio Carlos Gomes do Espírito Santo	Eunice Alves Gomes	Luiz Carlos Castello Branco Rena
Antonio Carlos Sansevero Martins	Fabiana Patucci	Luiz Evaristo Ricci Volpato
Ari Vieira Lemos Júnior	Fabiano Marques Rosa	Luiz Marcos Ribeiro
Arminda Rezende de Pádua	Fabio Luiz Storer	Luzia Marlene Viveiros Machado
Auriman Cavalcante Rodrigues	Fábio Tetuo Omonó	Luzilena de Sousa Prudêncio Rohde
Aurora Del Carmem Rosell Soria	Fernanda Cristina Castelo de Lima Martins	Manoel Martins Vieira
Bárbara Maria Soares Pereira Wanderley	Fernanda de Oliveira Sarreta	Mara Christina Martins Freire
Beatriz Galvão de Carvalho	Fernando Antonio da Silveira	Mara Lúcia Rocha Ramos
Berenice das D. Gonçalves	Fernão Diego de Souza Lopes	Marcelo Dala Bernardina Dalla
Betina Black Dalarmelino	Francimeiry Amorim da Silva	Márcia Maria Bragança Lopes
Brenda Mercedes Justiz González	Francisco Rosemiro Guimarães Ximenes Neto	Margareth Lucia Paese Capra
Camila Rosália Antunes	Franklin Leandro Neto	Maria Alice Amorim Garcia
Carla Moura Cazelli	Francisca Nogueira da Silva	Maria Antonia Ramos Costa
Carlos Antônio Leal	Gesilda Meira Lessa	Maria Aparecida Davi Monteiro
Carlos Augusto Fernandes Bêta	Gilberto Souto Caramão	Maria Aparecida Moreira Martins
Carlos Henrique Ferreira	Gladys Amélia Vélez Benito	Maria Aparecida Rodrigues Cangussu
Carlos Pilz	Gloria Maria Pinto Coelho	Maria Cândida de Pádua Bruce Souza
Carlúcia Maria Rodrigues e Lima	Graziela Damasceno de Araújo	Maria Cristina de Moraes Coelho Caiuby
Carmen Maria Casquel Monti Juliani	Hedy Lamar Almeida Sanches	Maria Cristina Succar Tacla
Cecília Maria Carvalho Soares Oliveira	Helen Brüggemann Bunn Schimitt	Maria das Graças Alves Lima
Cecília Maria Cruz da Silva	Heliana Mara Souza Fonseca	Maria das Graças Silveira de Castro
Cinira Magali Fortuna	Iara Maria Oliveira Torres	Maria de Fátima Rodrigues dos Santos Godói
Clarice Fonseca Mandarino	Inês Alcione Guimarães Tavares	Maria de Jesus Loredó Rocha
Claudete Ayane Omotto	Inez dos Santos Gonçalves	Maria de Lourdes Dutra
Claudete Schroeder Lopes	Iraildes Andrade Juliano	Maria do Carmo Moreira
Cláudia Maria Ramos Medeiros Souto	Isabella Murara Vieira	Maria do Socorro de Araújo Dias
Claudio Alencar do Rego Barros	Ivaneide Medeiros Nelson	Maria do Socorro Leite Galvão
Creuza Maria Brito Queiroz	Ivani de Oliveira Penques	Maria Ediné Schmitt
Cristina Amélia Luzio	Ivône Gonçalves Nery	Maria Elizabeth Araújo Ajalla
Cristina Campos dos Santos	Jaqueline Aparecida Erig Omizzolo	Maria Elizabeth da Silva Hernandes Corrêa
Cristina Setenta Andrade	Janete Elza Felisbino	Maria Eny Coelho
Danilo Figueira Gonçalves	Jaqueline Fernandes Pontes	Maria Fátima Maciel Araújo
Dânya Fonseca Marcondes	João Roberto Bettoni Nogueira	Maria Francisca Santos Abritta Moro

<sup>1</sup> Este material foi validado pelo conjunto dos tutores do Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente.

Maria Gilcia do Nascimento Dantas de Sá	Neuzely de Oliveira Pereira	Sheila Saint-Clair da Silva Teodósio
Maria Gorete Ferreira da Silva	Newton Lessa Júnior	Silvana Maria Gois Gomes
Maria Helena dos Santos	Nila da Conceição Cardoso	Silvia Matumoto
Maria Imaculada Ferreira da Fonseca	Nilce Emy Tomita	Silvia Renata Gomes Remígio Sousa
Maria Iracema Mariano de Amorim	Norico Miyagui Misuta	Silvio Yasui
Maria Izabel D'Eça Neves Caruso Macdonald	Odenir Dias Teixeira	Simone Carvalho Charbel
Maria Liracy Batista de Souza	Odete Nazaré Vilhena de Macedo	Sirlei Fávero Cetolin
Maria Lucélia da Hora Sales	Olinda Maria de Fátima Lechmann Saldanha	Sofia Campos dos Santos
Maria Lúcia Tozetto Vettorazzi	Otília Simões Gonçalves	Solane Maria Costa
Maria Marta Nolasco Chaves	Paulo Klingelhofer de Sá	Sônia Cristina Stefano Nicoletto
Maria Odete Feres Simão	Petrônio José de Lima Martelli	Sonia Maria Olhas Gouvea
Maria Paula Cerqueira Gomes	Raquel de Moraes Sampaio Araújo	Soraya Maria de Medeiros
Maria Rocineide Ferreira da Silva	Regina Célia Lima Cardoso Silva	Sueli de Carvalho Vilela
Maria Rosa Logiodice Cardoso	Rejane Roesler Mocinho	Sueli Soldati Abranches
Maria Teresa Seabra Soares de Britto e Alves	Rita dos Reis e Souza	Suely do Nascimento Silva
Maria Teresinha Pinheiro	Rita Maria Callegari Basso	Suzete Marchetto Claus
Maria Zenilda Lira do Rego	Robélia Dórea da Silva	Tânia Macêdo Costa
Marilene de Souza Santos	Roberto Echer	Tânia Mara da Silva Bellato
Marileni Marta Nascimento Martins	Romeu Selistre Sobrinho	Tânia Maria Ribeiro Monteiro de Figueiredo
Marília Santos Fontoura	Rosa Veronese	Telma Semirames de Castro Mendes
Marinêz Gonzalez	Rosana Marcondes	Teresa de Jesus Martins
Marinila Calderado Munguba Macêdo	Rosana Maria Paiva dos Anjos	Tereza Kazue Saito Hayasida
Marisa Leal Correia Melo	Rosangela Elias	Terezinha Eduardes Klafke
Maristela Ines Osawa Chagas	Rosangela Lima Penha	Valéria Caill Abrão Salomão
Maristela Rodrigues Marinho	Rosani Pagani	Valter Adriano Paulino de Campos
Marisa de Fátima Pedrosi	Roseli Maria Cardoso Ribeiro	Vanderlúcia da Silva Pontes
Marlene Madalena Possan Foschiera	Roseli Regina Freire Marconato	Vanessa Rosar Mattos Dias
Marli dos Santos Matos	Rosemery Andrade Lentz	Vencelau Jackson da Conceição Pantoja
Marta Gama de Magalhães	Rosiane Araújo Ferreira Feliciano	Vera Lucia de Barros
Marta Pereira Coelho	Rosimara Werner Lemos Duarte	Vera Lúcia Gonçalves Pacheco
Mayke Heidrich	Rubia Passos Landi de Souza	Vera Lúcia Quinhones Guidolin
Milton Menezes da Costa Neto	Salette Mafioletti Kozelinski	Vera Regina do Carmo Mendonça
Mônica Aparecida da Cunha Pícolo	Sandra Kennedy Viana	Vilma Teresinha Nadal Zardo
Mônica de Almeida Carrerio	Sandra Lucio Minuncio	Virgínia de Freitas Costa Castilho
Mônica Kramer de Noronha Andrade	Sandra Marcia Soares Schmidt	Virgínia Maria Costa de Oliveira
Mônica Valadares Martins	Sandra Regina Brandão Guimarães	Virgínia Rodrigues Braga
Naderge Nazaré da Costa Moura	Sandro Schreiber de Oliveira	Vitória Augusta Teles Netto Pires
Nair Chase da Silva	Sebastião Elias da Silveira	Vitória Solange Coelho Ferreira
Neila Falcone da Silva Bonfim	Sebastião Lázaro Ortiz	Wanêssa Lacerda Poton
Nelson Ferreira Lima	Sergio Murilo Conti de Souza	Zélia da Rocha Albernaz
Neuza Maria Garzim Faria	Sheila Elke Araújo Nunes	Zélia Maria de Matos Lopes



# Curso de Formação de Facilitadores de Educação Permanente em Saúde

## **Unidade de Aprendizagem**

### **Trabalho e Relações na Produção do Cuidado em Saúde**

2005 Ministério da Saúde

Todos os direitos desta edição reservados à Fundação Oswaldo Cruz

Tiragem 1ª edição – 7.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

Programa de Educação a Distância – EAD/ENSPSA/ FIOCRUZ  
Programa de Formação de Facilitadores de Educação Permanente  
Av. Leopoldo Bulhões 1.420, sala 316 – Prédio Torres Homem  
Manguinhos – Rio de Janeiro – CEP 21041-210  
Tel.: (21) 2598-2938 / 2598-2525  
e-mail: secfacilitadores@ead.fiocruz.br  
Home page: www.ead.fiocruz.br

**Revisão Técnica Metodológica:**

Cláudia Maria da Silva Marques  
Cleide Figueiredo Leitão  
Henriette dos Santos  
Marisa Teixeira

**Revisão Ortográfica:**

Roberto Botelho Rondinini

**Capa:**

Alessandra Gérin de Castro

**Ilustração:**

Alessandra Gérin de Castro  
Dino Vinícius Ferreira de Araújo

**Editoração Eletrônica:**

Abreu's System

**Fotolitos, Impressão e Acabamento:**

Artes Gráficas Edil Ltda.

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

**Catálogo na fonte  
Centro de Informação Científica e Tecnológica  
Biblioteca da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca**

B823c Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de formação de facilitadores de educação permanente em saúde: unidade de aprendizagem – trabalho e relações na produção do cuidado em saúde. / Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro : Brasil.Ministério da Saúde/FIOCRUZ, 2005.

104p.

ISBN 85-334-0930-3

1.Educação em saúde. 2.Educação à distância. 3.Aprendizagem.  
I.Título.

CDD - 20.ed. – 362.1042

## Sumário

Apresentação .....	13
Mapa Referencial da Unidade .....	17
Reflexões iniciais .....	19
CASO – Jardim das Flores .....	23
CENA 1 – Filomena busca atendimento da Unidade de Saúde .....	24
CENA 2 – A filha de Filomena é atendida na Unidade de Saúde. ....	27
CASO – Madalena .....	31
CASO – Reunião de Equipe .....	39
Cena 1 – Discutindo na equipe um caso atendido. ....	39
Cena 2 – As ressonâncias da reunião na unidade de saúde .....	41
CASO – O Cotidiano de um Pólo de Educação Permanente em Saúde .....	45
Cena – Fragmentos de uma reunião do Pólo .....	46
TEXTOS .....	51
TEXTO 1: O modo hegemônico de produção do cuidado .....	51
TEXTO 2: O Processo de Trabalho em Saúde .....	67
TEXTO 3: Velocidade e Intervalo no Tempo da Saúde .....	81
TEXTO 4: Vivendo o Mundo do Trabalho – O Trabalho Humano e os Coletivos: Os desafios de estar na vida com os outros e a construção do trabalho de saúde em equipe .....	93

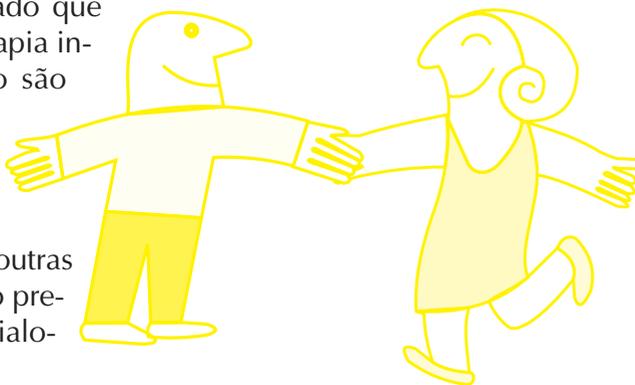


## Apresentação

Nesta unidade, você terá a oportunidade de conhecer – ou lembrar – o que é considerado o “coração” do cuidado em saúde: as relações, individuais e sociais, que configuram, constroem e criam o cuidado em saúde. Aqui serão abordados, partindo de casos ilustrativos, baseados em situações reais, temas-chave para a ação em saúde e, conseqüentemente, para estimular e empreender processos de educação permanente em saúde.

Sua tarefa como facilitador está marcada profundamente pelos afetos decorrentes dos encontros com as pessoas. A Saúde é produzida em processos de trabalho, processos feitos do trabalho de diversas pessoas, coletivos, organizações e instituições. Na produção do trabalho, em saúde intervêm, de forma complexa, fenômenos e processos. Alguns deles serão apresentados para reflexão e discussão:

- Iniciaremos com o caso do *Jardim das Flores*, no qual acompanharemos Filomena, moradora de periferia – e depois a filha dela, grávida – nos seus itinerários e caminhadas pelo serviço de saúde. Esse caso traz o modo predominante de operar e produzir o trabalho em saúde; as múltiplas vozes e posturas que encontramos; as possibilidades de cuidado e descuidado (quando não há cuidado) e as conseqüências da nossa atuação e nossas falas;
- O segundo caso é o de Madalena e sua filha Maria. Esse aborda um processo de produção de cuidado que se inicia em uma unidade de terapia intensiva onde as regras do jogo são transformadas pelas sensibilidades e experiências dos envolvidos. Além disso, esse caso remete à descoberta dos coletivos sociais, nos quais outras regras, outras culturas, outras prioridades estão presentes e devem (ou deveriam) dialogar com as lógicas dos serviços;



- O terceiro caso é o da *Reunião da Equipe*. Esse caso enfoca um dos âmbitos da organização do trabalho em saúde: a equipe. Nela ocorrem dinâmicas e processos – ditos e não ditos – que são decisórios na produção do cuidado. Hierarquias, conflitos, focos, duplos ou triplos discursos acontecem, bem como acordos, diálogos, amizades e pactos;
- O último caso, sobre o Pólo de Educação Permanente em Saúde, traz com brevidade uma cena em que está colocada, na “arena”, uma diversidade de posições de atores, refletindo visões de mundo, interesses e concepções de saúde, de educação e do próprio trabalho do Pólo.

Esses casos pretendem convidá-lo a refletir sobre o trabalho em saúde e a produção de cuidado. Ao longo dos mesmos, você encontrará a indicação de textos que pretendem alimentar e fomentar aspectos sobre os temas enfocados. Esses textos foram criados e pensados para estabelecer diálogo contínuo com os casos. Casos e textos estão interligados. Você pode – e deve – ir e voltar de um a outro e entre todos os textos (inclusive os das outras Unidades). Crie seu próprio ritmo, sua música – invente sua própria caminhada!

Com relação aos textos que se encontram nesta unidade:

- O primeiro, **O modo hegemônico de produção do cuidado**, aborda o que chamamos de racionalidade hegemônica ou predominante que orienta a prática dos profissionais de saúde. Essa forma de pensamento norteia o fazer cotidiano de profissionais, instituições e grupos culturais e confere uma certa direcionalidade e prioridade a fenômenos e processos no mundo da saúde. É, por isso, fundamental sua problematização;
- O texto **O Processo de Trabalho em Saúde** discute como se realiza o processo de trabalho para a produção de cuidado e quais tecnologias nele operam. Por tecnologia não nos referimos aqui a objetos materiais ou equipamentos sofisticados exclusivamente. Escutar e oferecer carinho são também tecnologias. O texto oferece, ainda, ferramentas valiosas para analisar o processo de trabalho em saúde;
- Em **Velocidade e intervalo no tempo da saúde** discute-se como estamos inseridos em lógicas e situações muito além do que a nossa vontade individual poderia entrever ou querer: como estamos produzindo o nosso trabalho e os nossos modos de sentir, falar, agir, estar;
- O texto **Vivendo o mundo do trabalho: o trabalho humano e os coletivos** teoriza sobre o trabalho em equipe, esse âmbito de organização que surge como elemento central na consecução de processos de cuidado sustentáveis. Discute-se a equipe e suas relações.

Durante os casos e textos, estão propostas questões para pensar e sentir que você poderá discutir com seu tutor na medida de sua necessidade, assim como com outros parceiros desse processo. Ao final de cada caso, são apresentadas atividades que deverão ser registradas e encaminhadas a seu tutor.



Para facilitar o processo de aprendizagem, sugerimos que você registre seu pensar-sentir-agir durante o percurso nesta unidade, no bloco de notas (disponível no ambiente virtual do curso). Você pode anotar impressões, sentimentos, inquietações, dúvidas, enfim, a sua construção nessa caminhada. Uma caminhada onde:

*“O chão recebe a semente,  
E a árvore procura o Sol.  
Entre o chão e o Sol,  
As árvores, num devir-vida,  
Florescem e os frutos são...”*

JORGE BICHUETTI (2000)



## **Mapa Referencial da Unidade**

**O cuidado nos serviços de saúde.**

- ⇒ **As tecnologias de produção da saúde;**
- ⇒ **Ampliação da clínica.**

**O processo de trabalho em saúde.**

- ⇒ **Trabalho em equipe;**
- ⇒ **Ferramentas analisadoras.**

**Processo de subjetivação e a micropolítica.**



## Reflexões iniciais

Nesta unidade, seu ponto de partida é sua própria experiência em relação aos serviços de saúde.

Nesse momento, convidamos você a fazer um exercício de reflexão (introspecção). Procure trazer à memória suas experiências, como usuário, na utilização de serviços de saúde.

Escolha uma delas, a mais significativa...



Lembre-se do que você viu e vivenciou, como você se sentiu...

Lembre-se do que você esperava do atendimento e de como esse foi realizado.

Agora traga à memória as pessoas que cuidaram de você. Quem eram elas? O que elas fizeram? Você se sentiu cuidado?

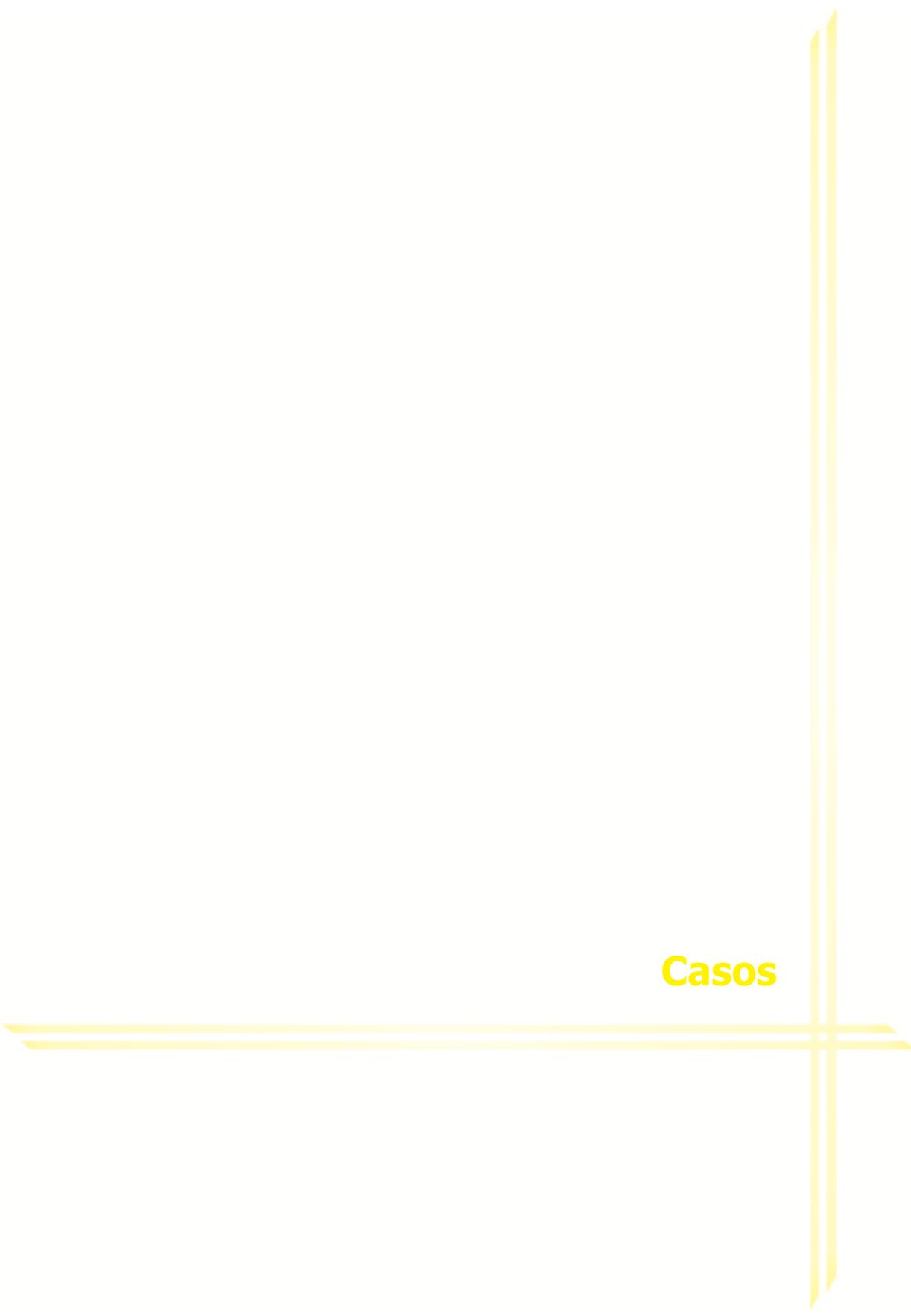
Retorne para seu plano de estudos, vamos propor que você pense mais objetivamente sobre essa situação.



**O que é cuidado para você?**

**Liste as características do que, para você, seria uma atenção de boa qualidade.**





**Casos**



## Caso – Jardim das Flores

A Unidade Básica de Saúde (UBS) Jardim das Flores fica situada na região do Vale de São Jorge. Lá vive uma comunidade formada por famílias de trabalhadores da indústria metalúrgica. Além da UBS, há também uma escola municipal para crianças de 1<sup>a</sup> a 8<sup>a</sup> séries. Mais embaixo, há um campo de futebol, do qual a própria comunidade cuida, para o lazer da meninada. Há, ainda, igrejas espalhadas pela região e um comércio muito movimentado.

Na Unidade de Saúde, floresce um pequeno jardim na entrada, que é cuidado pelo Sr. José, com atividade voluntária de jardineiro. Lá trabalham 30 pessoas que mantêm o atendimento no horário de 7 às 17 horas, de segunda a sexta-feira. São 8 auxiliares de enfermagem, 2 escriturários, 3 auxiliares de serviços gerais, 2 vigias, 2 pediatras, 2 clínicos, 2 ginecologistas, 2 dentistas, 1 técnico de higiene dental, 1 gerente, 2 auxiliares de farmácia, 1 assistente social, 2 enfermeiras, que se dividem em jornadas de trabalho de 20, 30 e 40 horas semanais. Esses trabalhadores garantem os serviços de consulta médica nas 3 especialidades (Clínica, Pediatria e Gineco-obstetria), visitas domiciliares, vacinação, curativos, inalação, coleta de material, atendimento odontológico básico, dispensação de medicação, grupos educativos para gestantes, hipertensos e diabéticos.

A População da área de abrangência da Unidade é de 18 mil habitantes.

A gerente realiza reuniões com os trabalhadores da unidade somente para resolver problemas, ou para acertar administrativos e transmitir informações.

A unidade não conta com Comissão Local de Saúde.





## Cena 1 – Filomena busca atendimento da Unidade de Saúde

Filomena é dona de casa, tem 45 anos, mãe de dois adolescentes, e esposa de um operário metalúrgico. Mora na periferia da cidade e sofre de freqüentes dores de cabeça. Amiúde, vai ao centro de saúde consultar o médico.

Naquele domingo, a dor repete-se e Filomena resolve que no dia seguinte vai retornar à Unidade de Saúde mais uma vez como tem feito, periodicamente, nos últimos anos.

Na segunda-feira, pontualmente às 4:30 da manhã, debaixo de uma brisa fresca do mês de maio, sai de casa para a Unidade de Saúde, onde chega às 4:50 para obter uma senha, o passaporte para a desejada consulta médica.

Às 7:00, Sr. Valdeci, porteiro da Unidade de Saúde, abre a porta, coloca ordem na fila e distribui 12 senhas, correspondentes à maior parte das 16 consultas ofertadas pelo médico clínico naquele dia. Filomena é a 11ª. Dirige-se com calma à recepção e, portando seu precioso “salvo conduto”, cumprimenta as recepcionistas, as quais conhece há 8 anos desde a fundação da Unidade de Saúde.

– Pode sentar e esperar o médico, Filomena. Ele só chega às 8:30.

Walquíria e Rosa Maria são boa gente, mas trabalham muito, não têm tempo nem de olhar pra gente quando chegamos aqui. Vão direto perguntando o nome, pegando a senha e anotando no caderno.

Filomena sabe que vai ser a manhã inteira ali. Enquanto a recepcionista revira o arquivo em busca do seu prontuário, dirige-se até o banco no fundo da sala e encosta por ali, esperando um alívio para as dores de cabeça. Já não sabe quantas vezes

veio à Unidade e o mesmo problema. A dor

vai e volta. A Unidade cheia, criança chorando, muita fala que bate como um zumbido na sua cabeça. O som das vozes parece oco, confuso e a dor ali, insistente.

Já veio muitas vezes ao médico para resolver o problema da dor de cabeça, mas nunca houve uma resposta satisfatória no sentido de dar um jeito definitivo ao seu problema. Nos últimos anos, passou por muitos deles. Tem o Dr. Marcus, que foi o primeiro da Unidade. Chegava cedo, mas era muito apressado e às 8:30 e meia, mais ou menos, já tinha atendido todo mundo. Mandou fazer uns exames. Filomena fez Raio X, tirou sangue, voltou ao médico que receitou uns remédios. Caros. Ela comprou depois de algum tempo e tomou todos eles. A dor foi embora, mas depois voltou.

Depois do Dr. Marcus veio o Dr. Virgílio. Não chegava cedo, porque tinha de passar no hospital antes de vir pra Unidade. Mas nunca faltava. Consultou Filomena muitas vezes. Cada vez pedia um tanto de exames e, depois de prontos, receitava novos medicamentos. Mas nunca tinha tempo pra conversar direito. As consultas eram rápidas e silenciosas. Falar, só o necessário, respondendo às perguntas que o médico fazia e só.

Agora é o Dr. Gustavo. Médico novo e já sem tempo pra conversar. Quer ver o problema da cabeça, pesquisa tudo pelos exames e receita muitos remédios.



E assim vai passando a vida de Filomena. Queixa-se das dores aos médicos, ao marido, aos filhos, às vizinhas, à diretora da escola e até o padre já ouviu.

Às 8:30 chega o médico e as pessoas agitam-se para a consulta que está prestes a ocorrer. Filomena havia esperado boa parte da manhã, tendo de ouvir as piadinhas de sempre, que fazem com ela.

– Olha ela de novo, vem toda semana e não tem nada – comenta a funcionária.

– É, deve ser manhosa, não quer trabalhar e vem pra cá – diz outra.

Filomena não tem boa reputação com os funcionários da Unidade de Saúde. É tida como uma pessoa que procura o serviço sem necessitar. Que já se pesquisou seu problema e verificaram que não tem nada. Uns falam que ela toma consulta de quem realmente precisa. Mas ela sente a dor, vai fazer o quê? A dor está lá e é o tal negócio, ela pensa “Pimenta no olho do outro não dói”. Pois, então, ela sente a dor e pronto, vai buscar o recurso.

– Mas são tantos anos e nada. O que será que eu tenho? – começa a indagar a mulher.

Após ter feito pré-consulta com a Auxiliar de Enfermagem, que verificou sua pressão arterial e peso, e uma ansiosa espera por 45 minutos, tempo em que o médico realizou as 10 consultas anteriores à sua, Filomena é chamada ao consultório.

### **Para pensar e sentir:**

*Considerando como Filomena está se sentindo, pense em quais expectativas ela traz para o serviço de saúde?*



**Que profissionais a atenderam até este momento e qual a sua avaliação sobre esses atendimentos?**

No consultório...

– O que a Sra. tem? – pergunta Dr. Gustavo, olhando o relógio.

– Dor de cabeça, Doutor. Desde ontem, não passa...

– Tá com febre?

– Não, senhor. Eu tenho tido dor no corpo.

– O corpo a gente fala depois, quero saber da cabeça. Tem dor atrás dos olhos? Tem tontura?

– Não, senhor.

O médico passa a examiná-la. Após o término, Filomena pergunta:

– Posso conversar com o senhor?

– Sim.

– O meu corpo todo está doendo e acho que minha pressão está alta.

O médico interrompeu-a, verificou a pressão anotada:

– A pressão está boa, mais alguma coisa?

– Não, senhor.

Após um curto tempo de relógio, ela sai com a receita de um analgésico, a indicação para exames e retorno daí a 15 dias. O mesmo rito que se repete na sua vida nos últimos anos.

Filomena sai com o nó na garganta. Queria falar alguma coisa, mas ficou entalado ali. Uma conhecida sensação de que faltou alguma coisa na consulta... “Eu falei tudo que tinha de falar? Não esqueci alguma coisa? O que foi mesmo que ele perguntou?”.

As questões torturam sua memória e ela repassa cada segundo da consulta, como se fosse um filme rodando no seu cérebro. Tentava se recordar das perguntas do médico, seus gestos. “Ele franziu a testa, será que é sinal de que meu problema é sério? Vou perguntar da outra vez que vier aqui.” – pensa a mulher, enquanto caminha vagarosamente na Unidade de Saúde.

Dirige-se à recepção que fica com a prescrição de exames para marcar e comunicar à Filomena. Ela sai da unidade e leva consigo a dúvida, a expectativa do exame marcado, a esperança de curar aquela dor, a ansiedade pelo retorno ao médico para perguntar o que ela tem, falar da sua angústia, da sua vida. Que vida?! A vida da qual nunca lhe perguntaram e sobre a qual ela nunca falou.

### **Para pensar e sentir:**

*O que D. Filomena conseguiu expressar durante o atendimento médico?*

*Analise os processos de escuta, formação de vínculo e responsabilização.*

*Analise a abordagem do médico. Quais aspectos foram priorizados pelo profissional?*

*Você identifica práticas educativas no atendimento realizado?*

*O Texto “O modo hegemônico de produção de cuidado” (página 51) pode auxiliá-lo em seu trabalho*



No retorno, após 30 dias, de posse dos exames, Filomena repetiu o mesmo ritual: a brisa, a madrugada na fila, o porteiro. A recepção, seguida da espera e da pré-consulta. Finalmente a consulta médica. Dessa vez quem falou com o médico foi o papelório que ela trouxe. Foi com ele que o médico conversou. Colocou o Raio-X contra a luz, balbuciou alguma coisa, olhou o exame de sangue e falou algo mais (Tão baixo!...). Depois pegou a caneta e prescreveu a receita. Deu-lhe o papel com os nomes dos remédios e mandou procurar a farmácia.

“E a vida?” – pergunta-se uma frustrada e dolorida Filomena. “A vida é pra ser vivida e não falada, deve ser assim. Também, ele tem tanta coisa pra fazer... não vai ter tempo pra ouvir”. A sensação de que faltou alguma coisa, sentimento de descuidado, desproteção, insegurança.

– Tenho ou não um problema sério? E se for um câncer?

Filomena decide que assim que puder vai agendar consulta com outro médico. Quer ver o que ele vai falar do seu problema. Quer ter certeza. Mesmo que o pessoal vá xingar e criticar por estar voltando à Unidade, ela vai marcar assim mesmo.

Na farmácia, a auxiliar que atendeu a Filomena verificou a receita e entregou os medicamentos, explicando a forma de tomá-los. Escreveu na caixa de cada um o intervalo de horas para consumo dos medicamentos e



recomendou que os mesmos fossem tomados nos horários certos e guardados em lugar adequado, longe do alcance de crianças. E, com voz carinhosa, ela disse:

– E a vida Filomena, como está, tudo bem na família?

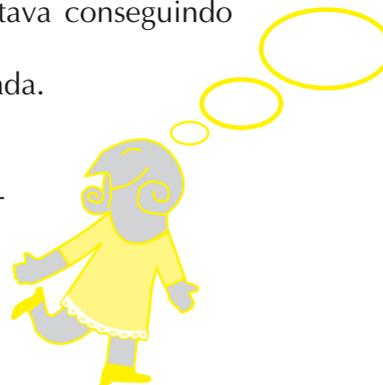
A pergunta surpreendeu. Nunca lhe perguntaram isso. Mas ao mesmo tempo destampou algo preso na garganta e ela começou a falar do desemprego do Marido, da falta de dinheiro, da gravidez da filha, da prestação atrasada, enfim, a vida era um turbilhão que ela não estava conseguindo controlar.

Depois da conversa, Filomena mostrou-se mais aliviada.

### Para pensar e sentir:

*Como você vê a interação entre Filomena e a Auxiliar? Compare aos atendimentos anteriores.*

*Quais **conceitos de saúde** sustentam as práticas apresentadas no caso, o que acha disso?*



## Cena 2: A filha de Filomena é atendida na Unidade de Saúde.

Filomena está preocupada com a filha, grávida novamente. Não sabe direito como vai ser com mais uma criança em casa... Amanhã vai acompanhar a filha na consulta de pré-natal.

– Ainda bem que o Posto tá marcando consulta para gestantes e crianças a qualquer hora, porque assim não precisa chegar tão cedo para conseguir ser atendido.



Bete, a filha de Filomena, tem 18 anos e está grávida do seu terceiro filho. A primeira consulta de pré-natal na unidade sempre é feita pela enfermeira, para agilizar o atendimento e segue o protocolo da Secretaria Municipal de Saúde.

Na consulta, é preenchida a ficha de pré-natal, aberto o cartão da gestante, solicitados os exames de rotina e realizadas as orientações.

A enfermeira, recém-chegada à unidade, é uma pessoa bastante simpática e educada. Pega um formulário e inicia o atendimento, perguntando:

– A gravidez é desejada?

– Não foi desejada nem planejada. Meu último filho nasceu há sete meses e eu estava tentando colocar o DIU quando engravidei.

A resposta foi anotada pela enfermeira, sem que procurasse dar continuidade ao diálogo sobre questão tão fundamental para Bete. A consulta prosseguiu com outras perguntas para o preenchimento da ficha e com os procedimentos de rotina: a enfermeira mirou a balança, mandou subir, pesou-a e anotou. Pegou o aparelho de pressão em cima da mesa, apertou aquilo no braço da Bete, mediu a pressão arterial, anotou. Prescreveu exames laboratoriais e iniciou as orientações, anotou no prontuário. Parabenizou-a pela gravidez, orientando sobre alimentação, recomendando que não usasse bebidas alcoólicas, não fumasse. Finalizou, então, com a seguinte fala:

– Tente ficar bem com você para transmitir calma para o bebê.



### Conceitos de saúde

No momento 1 da Unidade de Aprendizagem de Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde, você terá a oportunidade de se aproximar mais da discussão sobre o conceito de saúde

– Mas eu estou nervosa, porque perdi também a chance de ser admitida no trabalho, porque o teste de gravidez na urina foi positivo.

A enfermeira tentou animar Bete respondendo, quase de imediato, que era possível realizar vários tipos de trabalho em casa. E se despediu, desejando-lhe boa sorte.

**Para pensar e sentir:**

*Analise a abordagem da enfermeira. Que aspectos foram priorizados pela profissional?*

*Você apontaria alguma semelhança desse atendimento com o de Filomena? Qual (is)?*

*O que os atendimentos recebidos por Filomena e Bete provocaram em você?*

*Como te afetaram?*

*Como você imagina que os atendimentos afetam a forma de ser, pensar, agir e sentir dos trabalhadores e usuários?*

*E você? Reflita sobre o seu modo de agir/sentir/pensar no seu cotidiano de trabalho e na sua vivência.*



## Avaliação

- Considerando as situações apresentadas, analise a organização do processo de trabalho, na Unidade Jardim das Flores. Aplique o fluxograma analisador. Para subsidiar o seu trabalho leia o texto **Processo de trabalho em Saúde** (página 67) e utilize os roteiros propostos.
- Analise a produção de cuidado. Retome o seu conceito de cuidado e de qualidade da atenção. Você proporia mudanças no atendimento/atenção oferecido e no processo de trabalho dessa unidade. Quais?



### **Questão norteadora para a proposta de Ação de Educação Permanente em Saúde**

Pensando na atividade de elaboração da proposta de ação de Educação Permanente em Saúde, procure identificar, nos serviços de saúde da sua localidade, questões semelhantes às abordadas nesse caso. Discuta com seu tutor sobre isso.



## Caso Madalena

Este relato é baseado em histórias reais de mulheres moradoras no Bairro Rocinha. A narrativa resgata o trabalho conjunto entre elas e os profissionais de Saúde de um Instituto de Referência na área de atendimento Materno Infantil. A história é contada de forma **a dar voz** a todos os envolvidos na busca de estratégias para construir um sistema de saúde mais justo e ético.

Quando conheci Madalena, nem imaginava sua vida.

Como enfermeira da Unidade de pacientes graves, primeiro conheci sua filha Maria. Maria nasceu prematura, foi submetida a uma cirurgia por refluxo gastro-esofágico e adquiriu, então, uma gastrostomia (abertura no estômago) e uma sonda para alimentação. Desenvolveu uma doença pulmonar crônica e permaneceu muito tempo em ventilação mecânica na UTI. Era muito desnutrida, o que dificultava sua recuperação e agravava seu quadro. Maria ficou internada cinco meses e passou a ser dependente de tecnologia dura, ou seja, de um arsenal terapêutico que inclui equipamentos, medicamentos e insumos essenciais à sua sobrevivência.

O trabalho na UTI era pautado pela manutenção da vida da criança. Trata-se de um setor que possui muitos monitores, respiradores, uma temperatura mais fria e muitos ruídos sonoros que indicam o funcionamento e os alarmes dos equipamentos. O processo de trabalho é intensamente centrado no domínio do cuidado tecnológico e especializado.

Todos os trabalhadores da UTI envolvidos no cuidado formam, no cotidiano, uma arena diária de lutas, encontros e desencontros, o que se traduz num mundo vivo e vivido por todos, nem sempre integrado, que muitas vezes exclui a família.



Os cuidados envolvidos no tratamento hospitalar são diversos e têm características próprias. O grande arsenal de equipamentos, as rotinas de tratamento da doença e a intensidade do ritmo de trabalho dificultavam uma aproximação com Madalena.

Madalena veio muitas vezes à **UTI** ver sua filha Maria. Naquela época, o processo de trabalho pouco permitia que houvesse tempo para incluí-la na abordagem clínica. No entanto, a dinâmica do atendimento fez-me entrar em contato com ela. O meu trabalho como enfermeira remeteu-me a conversar com Madalena, pois ela, como mãe e responsável, devia autorizar os procedimentos no corpo de Maria que eram necessários para sua sobrevivência.

Madalena estava apavorada, com muito medo e resistia a assinar. Nesse momento, iniciei um diálogo com ela; tudo a assustava.

– Como? Minha filha não vai comer pela boca? Eu não sei lidar com isso. Minhas outras filhas são como todas as crianças. O que vou fazer da minha vida?

Sua angústia mobilizou-me profundamente... Senti-me no seu lugar quando enfrentava situações sobre as quais eu não tinha domínio, isso me deixava insegura. Como deve ser difícil para Madalena.

Estar sensibilizada por sua dor e dificuldade possibilitou uma abertura para o diálogo. Organizar com meu corpo uma postura de ouvinte e de escuta sensível tornou-se necessária. Estava totalmente receptiva à sua fala.

Em nossos encontros, pude dividir com Madalena o que tanto me inquietava! Dizer a Madalena que o trabalho na UTI exigia muita rapidez e eficiência. Esse modo de operar o cotidiano da assistência no Hospital proporcionava pouco tempo para entrar em contato com as aflições das famílias.

Compartilhar com Madalena sentimentos comuns de insegurança e medo frente ao novo, por motivos diferentes, favoreceu a construção de uma relação de confiança para o cuidado de Maria.

Essa aproximação trouxe Madalena ao Hospital quase todo dia.

Mostrava-se assustada com os aparelhos. Tudo era novo e desconhecido para Madalena. Observava atentamente os profissionais tão competentes e julgava-se incapaz de cuidar da sua filha. Em uma de suas visitas, ela queixou-se, falando emocionada:

– Sabe, a única coisa que eu posso oferecer à minha filha é meu colo. Segurar no colo, pegar e acariciar. Fiz isso com minhas outras filhas. Aqui me sinto impotente, não posso fazer nada.

Esse diálogo mobilizou discussões com os demais profissionais da equipe da UTI que foram revelando diferentes posições. Alguns resistiam às modificações, alegando falta de tempo e dificuldades em mudar as rotinas, considerando que a presença da mãe atrapalharia o andamento do trabalho. Outros, apesar de sensibilizados, não viam possibilidades de mudar as rotinas. No cotidiano do trabalho, esse tema foi recorrente.

Isso possibilitou, após algum tempo, decidirmos juntos que, quando Madalena viesse ver a filha, a equipe iria ajudá-la a pegar sua criança. Chegamos à conclusão de que essa era uma forma importante para manter o vínculo mãe-filha. Os profissionais concordaram que esse era um direito e que traria vantagens para Maria. Aquele aconchego também era terapêutico.



A discussão apontou para a necessidade de incluir Madalena no processo terapêutico como sujeito interessado e responsável pelos cuidados futuros de sua filha.

Essa mudança na postura da equipe foi uma alegria para Madalena que se sentiu mais participante no tratamento de sua filha. Os diálogos que se estabeleceram durante a longa permanência de Maria no Hospital possibilitaram construir um diagnóstico das necessidades que eram anunciadas para implementar um planejamento de cuidado após a alta. A dificuldade de Madalena em cuidar de sua filha em casa apontava para a importância de realizar ações de educação para saúde.

O treinamento prescritivo foi então iniciado. Eu falava e ela ouvia. Usava uma linguagem técnica e com termos da ciência. Não sei muito bem se ela compreendia, mas agora precisaria lidar com a nova realidade. A gastrostomia, procedimento comum para os profissionais de saúde, causava pavor em Madalena.

Os dias que se passaram foram de estranhamento para Madalena. Ela não conseguia tocar sua filha, tinha medo da sonda. Ela achava que era como uma tripa que estava para fora do corpo da menina. Seu corpo estava assustado, retraído, parecia menor do que era. A cor da sua pele estava muito pálida e sua voz muita fininha. Quase não se podia ouvir o que ela falava.

A percepção da situação de sofrimento de Madalena levou-me a pensar com ela em soluções para os desafios de cuidar diariamente de uma criança dependente de tecnologia.

Assumir esse compromisso foi muito importante para nós duas, para sua filha e para a equipe da UTI, porque construímos, ao longo dos encontros, uma relação de confiança que foi enriquecedora para a prática clínica da equipe, pois a informação sobre quem era Madalena foi ganhando visibilidade.

Madalena foi se constituindo sujeito no processo, instaurando sua singularidade de mulher com uma herança de dificuldades.

Ela dizia: — Parece até que joguei pedra na Cruz, tanto sofrimento e tanto desafio. Enfrento uma guerra todos os dias... Não é fácil, não! Muito diferente da vida da senhora...

Interessante em nossos diálogos foi Madalena perceber que eu também, como profissional de saúde, enfrentava muitos desafios diários na minha vida pessoal e profissional. Essa descoberta proporcionou uma identidade comum: somos todos humanos e estamos na vida de modos diferentes.

Agucei meus sentidos e desenvolvi uma escuta sensível para estar com ela. Dediquei mais tempo aos nossos encontros e pude descobrir que minha disponibilidade ampliava o canal de comunicação.

Madalena estava aflita, longe das filhas e de sua casa... Com saudades. Sentindo-se culpada por abandonar as outras filhas que também precisavam dela.

Essa interação deu elementos novos para minha atuação como enfermeira.

Concedida a alta, logo em seguida Madalena retornou, para surpresa de todos da equipe. O que poderia estar errado?

Quando Madalena entrou na unidade com Maria depois de três dias no domicílio uma pessoa da equipe logo exclamou: — Madalena não cuida direito, não é uma boa mãe!

Ao ouvir a frase de julgamento do profissional, Madalena se desfez.

Seu corpo foi atravessado por aquela afirmação! Madalena estava apavorada com tanta responsabilidade. Estava marcada demais pelo labores da vida e pelo sentimento de culpa de não ter conseguido lidar com Maria.

Madalena disse: – Meu coração ficou despedaçado...

Resolvemos em equipe, que era melhor visitar o domicílio e ver as condições estruturais da família para receber Maria. Nossos argumentos para manter a alta foram: o leito que ela ocupava era necessário para outras crianças; o tratamento pode ser realizado em casa; é responsabilidade da mãe cuidar de Maria; seria melhor para Maria ficar em casa. Mas, será que Madalena estava preparada para cuidar de uma criança diferente?

Fui incumbida pela equipe de realizar a visita domiciliar.

Ao chegar ao Bairro Rocinha, a constatação foi de uma tamanha injustiça social. A Rocinha era um bairro que não tinha a menor estrutura, o acesso difícil, ruelas, esgoto a céu aberto, onde se alojava a minúscula casa de Madalena e sua filha Maria.

Ao atravessar as ruelas, fiquei reflexiva e atenta. Meus olhos viam no concreto a realidade de um povo oprimido pela dureza do cotidiano, coisas que nem imaginamos no interior dos hospitais e no conforto de nossas casas.

Pensei várias vezes que o contexto produz o texto. Lembrei-me da desnutrição de Maria e de sua diarreia que nunca sarava como me dizia sua mãe.

Ela tinha mais duas filhas. Morava com a mãe que é viúva. Uma família de Mulheres. Poucos recursos. Onde estava a autonomia daquelas mulheres?

A decisão da visita foi importante. A equipe mostrou-se surpresa. Essa oportunidade aproximou os profissionais de um setor fechado e isolado da realidade de vida de quem cuidávamos. O médico da equipe afirmou para o grupo: — Precisamos valorizar mais essas questões quando planejarmos a alta.

O treinamento realizado no Hospital não condizia com o contexto no qual ela vivia. Todos os profissionais estavam desafiados tanto quanto Madalena. Precisávamos re-organizar todo o processo educativo com o contexto que se apresentava. Rever a nossa prática. Buscar novas alternativas conceituais e clínicas que levassem em consideração sua realidade de vida.

Contei ao grupo do Hospital o orgulho de Madalena quando falava sobre a história do nome do bairro onde morava.

– É por causa de uma mulher chamada Russinha, ela veio plantar legumes e vender aos moradores da Zona Sul, ela foi reunindo muitas pessoas vindas do nordeste que acreditaram no seu sonho. Tudo era plantado numa pequena horta e depois vendido. Com o dinheiro, as pessoas iam construindo moradas e ficando por ali. Eram algumas pessoas e veja só...

Um profissional, ao ouvir os relatos sobre Madalena e seu bairro, afirmou: – Onde há fragilidade há também força. Força para construir um futuro!

Nas visitas ao domicílio e à comunidade, descobri que a sonda de gastrostomia era somente uma parte do todo que compunha aquela realidade.

A família não ajudava Madalena nos cuidados, não dividia as responsabilidades. Ela estava fatigada, cansada e segundo ela sofrendo dos nervos. Os vizinhos zombavam de Maria porque ela tinha uma tripa na barriga. A creche não recebia Maria porque ela era doente e muito esquisita. Os professores e funcionários da creche tinham medo de tocar nela.

Quanto desconhecimento sobre a doença de Maria! Maria não é aceita porque assusta as pessoas por ser diferente, afirmava Madalena.



– O que fazer? – indagava.

Madalena, por sua vez, não podia trabalhar porque tinha de cuidar o tempo todo de Maria e também havia as visitas aos ambulatórios de especialidades para acompanhamento: neurologia, cirurgia pediátrica, pneumologia, genética, fisioterapia respiratória. Esse tipo de atendimento fazia com que Madalena tivesse de ir ao Hospital todos os dias.

Com todo esse desafio, a força guerreira de Madalena se manifestava. Muitas vezes, observei uma garra e uma enorme disposição nas suas ações. Fazia lembrar a força dos guerreiros em combate.

Num dos nossos encontros, ela disse: — Estou muito cansada da guerra, queria uma vida mais leve que não me exigisse tanto.

Madalena sentia essa força e afirmava: — Há algo que me coloca de pé todos os dias para ir à luta.

Dizia, ainda: – Queria ter mais lugares com que pudesse contar para cuidar de Maria. Queria que os vizinhos a aceitassem como ela é, não reparassem tanto. Queria que o pessoal do hospital me ajudasse mais.

E continuava com sua sabedoria de vida: — Tenho minha fé. Não é uma fé cega, é algo que me conforta e me dá esperança de um futuro melhor. Quando estou muito cansada da lida diária, paro um pouco.

– Dou uma pequena parada... Respiro, olho para Maria. Aquele sentimento de mãe aparece e me sinto profundamente ligada a ela. Sou responsável por ela. Ela precisa de mim e de todos para sobreviver.

– Às vezes, sinto-me culpada quando alguns pensamentos me ocorrem, “Como eu gostaria de não ter tido uma filha assim.”; “não agüento mais esse sofrimento!”; “nunca tenho tempo pra mim!”; “tenho medo de falar isso e ser mal entendida.” Mas esses pensamentos sempre voltam à minha cabeça e me fazem sofrer.

Na consulta, Madalena estava inspirada. Como aprendo com ela, embora ela sempre me diga que ela é que aprende comigo.

Reflico sobre essa jornada de cuidado. Acredito, depois de dois anos, que aprendemos em comunhão nos momentos que estamos disponíveis para estarmos com o outro, construindo nosso futuro e o de Maria e, por que não dizer, do todo que nos cerca?

Maria agora está com dois anos, cresceu, está muito pesada, cansa-se facilmente ao caminhar. Madalena conta, no grupo, os desafios que experimenta fora do Hospital com o transporte, por exemplo.

Ela diz: – O motorista do ônibus diz que Maria não é deficiente física.

– Ora, minha senhora, ela anda!

Madalena diz que, às vezes, encontra um motorista que diz: – Coitadinha! Pode entrar com a criança. Ele tem pena, mas desconhece nosso direito.

Madalena reflete e afirma: – Essas coisas que o motorista não sabe me impedem de estar nas consultas do Hospital. Muitas vezes, não tenho dinheiro...

Continuando a reflexão, constata suas dificuldades:

– O Posto de Saúde local, não posso usar. Lá é só vacina. O atendimento, só no Hospital do Centro. Lá eles sabem como cuidar de Maria. Nos outros hospitais eles dizem: – A criança não é nossa.

Ampliar o diálogo tem feito muita diferença. Aproximar de Madalena possibilitou à equipe constatar que era necessário ampliar nossas ações. A

equipe também tem procurado dividir suas dificuldades com os responsáveis pelo Hospital. O diretor está cuidando de conversar com os representantes do sistema de saúde local sobre os casos novos e de maior complexidade.

Madalena já não se sente tão só.

O envolvimento dos profissionais da UTI e dos gestores proporcionou grande avanço.

Madalena foi incluída no recém-criado PADI (Programa de Atendimento Domiciliar Interdisciplinar).

Madalena está muito feliz: – Lá tem a Luíza, o Almiro, a Rafaela, eles vêm na minha casa e me ajudam no tratamento. Isso mudou muito minha realidade. Parece pequeno, mas é grande!

Nos encontros, Madalena afirma: – Estou ficando mais exigente dos meus direitos e tenho com quem contar. O encontro com as outras famílias no grupo educativo, que acontece uma vez por mês aqui no Hospital, me fez ver que não estou só no mundo. A enfermeira Noélia e outros profissionais ajudam a gente a encontrar saídas para nossos problemas. Isso me fortalece, fortalece a todos nós! Eu sei que tenho muito a oferecer, minha experiência se soma a das outras mães. Vou te dizer: É show de bola. Estamos falando até de leis... Outro dia veio uma pessoa de uma Associação, a gente está se organizando... Queremos o que todos querem: vida boa para nossas crias e para nós também, que somos mães!



#### **Para pensar e sentir:**

- 1. O que os atendimentos recebidos por Madalena e Maria provocaram em você? Como te afetaram? (sentimentos, emoções, saberes).*
- 2. Como você avalia que afetaram os trabalhadores e as usuárias? (forma de ser, pensar, agir e sentir).*
- 3. Você vê relações desse caso com a proposta de educação permanente em saúde? Quais?*



## Avaliação

1. Compare o atendimento/atenção oferecido por esse serviço para Madalena e sua filha com o oferecido no caso anterior. Analise as diferenças observadas. Considere os seguintes itens:
  - A – Abordagem clínica dos profissionais (elementos para a prática do cuidar);
  - B – As ações e atividades propostas para intervenção no processo saúde/doença/reabilitação (projeto terapêutico);
  - C – A interação entre os profissionais;
  - D – A relação com a organização e movimentos sociais
  - E – A relação com os demais serviços de saúde.
2. Retome ao seu conceito de cuidado, qualidade de atenção e às propostas de mudanças sugeridas por você no início da unidade. Você acrescentaria algo às suas propostas?
3. Analise os processos de aprendizagem vivenciados no caso.





### Textos

Consulte também o Mirante 1 da Unidade Práticas Educativas no cotidiano do trabalho para discussão sobre Aprendizagem significativa.

Além dos **textos** anteriores, os indicados abaixo podem auxiliá-lo na realização de seu trabalho.

**“Velocidade e intervalo no tempo da saúde”** (página 81)

**“Fazer do Amor uma Cidade/Fazer o Amor numa cidade: a presença do social e do cultural nos contextos e nas práticas da saúde”** (Unidade Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde)

### **Questão norteadora para a proposta de ação de Educação Permanente:**

Tendo em vista o seu papel de facilitador de EP, analise a produção de cuidado na realidade dos serviços de saúde da sua localidade e apresente ações de educação permanente a serem desenvolvidas. Discuta com seu tutor sobre isso.



## Caso – Reunião de Equipe

### **Cena 1 – Discutindo na equipe um caso atendido.**

A cena a seguir é a de uma equipe de saúde em discussão de um caso em atendimento na Unidade. Participam da reunião dois médicos (um generalista e um pediatra), cinco agentes comunitárias, um enfermeiro, dois auxiliares de enfermagem e gerente.

Agente Comunitária de Saúde 1: – Eu gostaria de discutir o caso da Dona Sebastiana.

Enfermeira: – Eu também tenho um caso para discutir que é da dona Júlia.

Agente Comunitária de Saúde 2: – Então vamos logo, porque daqui a uma hora vou sair, tenho consulta médica.

Enfermeira: – Alguém mais tem algum caso para discussão?

Médico 1: – Se a Dona Sebastiana que vai ser discutida é a mãe da Érica, eu não tenho mais nada a dizer desse caso, já fiz tudo o que podia e ela não adere ao tratamento proposto.

Gerente: – Então, vamos começar por esse, porque me parece que essa dificuldade não é somente do Dr. 1, mas de muitos daqui.

Auxiliar de enfermagem 1: – Eu mesma, quando a percebo chegando, tenho vontade de sumir.

Agente Comunitária de Saúde 1: – Ela está atravessando uma fase de vida muito dura, tem pressão alta, não toma os medicamentos, não vem aos grupos, eu canso de chamar, não participa da caminhada matinal... Não sei o que fazer mais.

Médico 1: – Esse caso não tem solução. Acho perda de tempo. Não podemos descadastrá-la da Unidade?



Auxiliar de enfermagem 2: – Lá no meu outro trabalho é assim: paciente que não aceita tratamento é dado alta.

Médico 2: – Como é a vida dessa mulher?

Agente Comunitária de Saúde 3: – É aquela, da casa cor-de-rosa?

Agente Comunitária de Saúde 1: – É, mas ela mora com a filha Érica, é viúva há 3 anos e recebe uma pensão de 1 salário mínimo. Contam que era muito alegre quando a filha morava lá mas estava casada e ficava com os dois netos. Agora a filha se separou e a guarda das crianças ficou com o pai. A casa esvaziou de um tempo para cá.

Médico 2: – Mas por que ela causa tanto desconforto na equipe?

Auxiliar de enfermagem 2: – Ela é aquela pessoa chata, sabe? Quer tudo na hora, vem aqui na recepção e pergunta: “Tem consulta para hoje?”. Se você pergunta “É para a senhora? Ela já responde “Já vi que vai me enrolar... Não é mesmo, aux. 1?”

Auxiliar de enfermagem 1: – Não! Sabe, tenho outra idéia sobre ela. É daquelas pessoas que participam, já foi da associação de moradores. Agora, anda revoltada da vida.

Enfermeira: – É mas revolta. É problema de saúde? Que temos com isso?

Agente Comunitária de Saúde 3: – Acho que tenho uma sugestão...

Agente Comunitária de Saúde 4: – Ah! Lembrei. É hoje que vamos refazer o mapa da sala 4?

Gerente: – Gente, vamos ver isso depois. Vamos voltar ao caso.

Agente Comunitária de Saúde 3: – Queria fazer uma sugestão...

Enfermeira: – Sabe, acho que tem coisas que precisávamos de ter um psiquiatra aqui, já dar tratamento de uma vez. O que nós podemos fazer nesse caso? Não vejo nada.

Agente Comunitária de Saúde 1: – Então, que que eu faço? Se vocês que estudaram não sabem...

Agente Comunitária de Saúde 2: – Quem tem de falar aí do caso são os doutores! Eles têm as respostas disso daí.

Enfermeira: – Eu discordo! Como enfermeira tenho meu valor.

Agente Comunitária de Saúde 2: – Não, você também tem estudo, quis dizer que eles sabem mais desses casos.

Enfermeira: – Não concordo de novo!

Agente Comunitária de Saúde 2: – Deixa pra lá...

Agente Comunitária de Saúde 5: – Só para dar um aviso: o ônibus mudou o trajeto e também os horários.

Agente Comunitária de Saúde 2: – Gente, preciso ir. Até à tarde.

Médico 2 (dirige-se ao médico 1): – Qual o problema ao seu ver?

Médico 1: – Ela vem com a PA toda descontrolada, mente que está tomando o remédio, no começo, eu modificava a prescrição, agora não sei mais o que fazer.

Médico 2: – Experimenta antes de atendê-la se acalmar e não iniciar a consulta você falando. Deixa ela falar.

Médico 1: – E eu faço o quê? Os pacientes já entram esperando eu dizer o que devem fazer. Perguntam “E aí, Doutor, o Sr. não vai abaixar minha pressão?”

Médico 2: – Procure esperar um tempo e deixar que ela fale sobre si, sobre o que pensa que acontece com a pressão dela, com ela.



Enfermeira: – Sabe, que isso aí é interessante, porque a gente pensa que o paciente não sabe da vida dele e se surpreende.

Auxiliar de enfermagem 1: – É, lembra a Dona Joaquina, ela chegou à conclusão de que estava querendo ficar doente porque assim tinha atenção dos filhos. Agora se cuida, emagreceu, vai ao salão de beleza... a pressão está super boa.

Gerente: – Acho interessante isso não só para o Dr 1, mas para todos daqui: para quem visita, quem recebe na recepção... Vamos procurar... (é interrompido)

Auxiliar de enfermagem 2: – A gente aqui é muito bonzinho, esses pacientes ficam mal acostumados....

Médico 1: – Vou tentar, mas não sei não se isso vai dar certo... (dirige-se ao médico 2) Até porque você pode conversar assim com seus pacientes porque sua agenda aqui é bem *light*. Tem dia que eu atendo 16 e quatro encaixes...

Médico 2: – Não! Minha agenda é como a sua. Quem disse que eu atendo menos?

Auxiliar de enfermagem 1: – Eu que não fui, viu Dr.?!

Agente Comunitária de Saúde 1: – E se a gente discutisse o caso da dona Sebastiana com o pessoal lá da Saúde Mental? Podia convidar para vir aqui e discutir com a gente.

Médico 1: – Acho isso bom, porque eles lidam mais com isso e podem nos ajudar. Isso pode ser feito? Acho que seria interessante todos os trabalhadores participarem. Poderia ser uma coisa para o aprendizado de todo mundo.

Agente Comunitária de Saúde 2: – E por que não encaminha ela de vez pra lá?

Auxiliar de enfermagem 2: – Isso que eu penso! Não segue direito, dá alta, encaminha para outro lugar.

Enfermeira: – Porque é da nossa área, e somos nós os responsáveis por cuidar da família dela e dela.

Gerente: – Vou ver. Na próxima reunião, eu informo se poderá acontecer essa discussão de caso com o pessoal da saúde mental. Mas, antes, tenho de ver na Secretaria de Saúde, se pode. Bom, precisamos ir para o outro caso, desse ficamos assim?

### **Para pensar e sentir:**

1. *Analise as colocações dos trabalhadores tendo em vista as propostas de atuação no caso. Quais propostas de cuidado estão em disputa?*

2. *Você identifica tensões nos diálogos? Quais?*

3. *Existem momentos em que os participantes se afastam do objetivo formal da reunião? Por que será?*





## **Cena 2. As ressonâncias da reunião na unidade de saúde**

Na copa da unidade, após a reunião, acontece o seguinte diálogo:

Médico 1: – Ai! A Dona Sebastiana não sai da minha cabeça. Fico muito preocupado com o que possa vir a acontecer com ela.

Auxiliar 2: – Cuidado para não se envolver demais.

Auxiliar 1: – Eu queria falar mais, mas fiquei com vergonha.

Agente Comunitária de Saúde 3: – Ninguém ligou para o que eu disse. Por isso eu penso que não adianta falar.

Auxiliar 2: – Aqui é assim, combina as coisas na reunião, mas todo mundo faz do jeito que acha. Que nem isso de escutar mais, vocês acham que dá tempo pra isso?

Médico 1: – Não sei... Mas fica difícil saber até onde ir. Acho que ela precisa de alguém para apoiá-la.

Auxiliar 2: – Também acho, Doutor, mas deixa isso para lá. Experimente este bolo que a Agente Comunitária de Saúde 3 trouxe para nós.



### **Para pensar e sentir:**

*1. Há diferentes valorizações das falas dos integrantes da equipe? Quais seriam os motivos dessas diferenças?*

*2. Pensando que reunião é trabalho, o que foi produzido?*

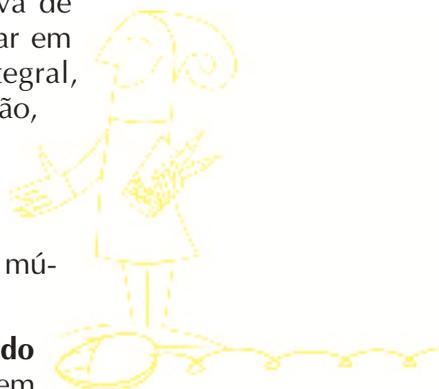
*3. Reflita sobre o processo de trabalho como um lugar de encontros/desencontros de interesses e desejos. Como isso se dá no seu trabalho?*



## Avaliação

1. Como a educação permanente pode contribuir para a construção do trabalho em equipe na perspectiva de criação de novos modos de operar em saúde: mais cuidadoso, mais integral, com vínculos, com responsabilização, resolutividade. Justifique.
2. Agora escolha uma forma de expressão que represente seu aprendizado até este momento (poesia, música, filme, imagem, outras).

A leitura do texto: **“Vivendo o mundo do trabalho”** (página 91) pode auxiliá-lo em seu trabalho.



### **Questão norteadora para a proposta de ação de Educação Permanente:**

Tendo em vista o seu papel como facilitador de Educação Permanente e considerando a realidade dos serviços de saúde da sua localidade, analise a produção dos grupos e equipes e aponte ações de educação permanente em saúde a serem desenvolvidas. Discuta com seu tutor sobre isso.



Você pode, também, ir ao Mirante 2 da Unidade de Aprendizagem Práticas Educativas no Cotidiano do Trabalho quando aborda o tema problemas e atores sociais. Além disso, no Momento 3 da Unidade de aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde, você aprofundará estas questões na realização das atividades e também no texto “A Educação Permanente em Saúde como Estratégia de Gestão de Coletivos”.



## Caso – O Cotidiano de um Pólo de Educação Permanente em Saúde

Agora vamos fazer uma aproximação ao cotidiano de um Pólo de Educação Permanente em Saúde numa base locorregional.

Mas, antes, convidamos você a relembrar suas experiências nas rodas de negociação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde.

O que você tem vivido?

Que tensões você identifica nesses espaços?

O que você tem aprendido?

Como tem sido a construção das pactuações e das relações de cooperação?

Vamos a uma situação de uma reunião de um Pólo que já foi constituído e que, neste momento, está discutindo as necessidades de formação e desenvolvimento de pessoas.

Participam desta reunião: representantes de estabelecimentos formadores, gestores municipais e estadual, trabalhadores e representantes de movimento social e estudantil.



## **Cena – Fragmentos de uma reunião do Pólo**

Gestor Municipal 1: – Do nosso ponto de vista, pretendemos fechar a agenda de curso para nossa região hoje, porque senão os recursos financeiros não serão repassados a tempo.

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 1: – A minha Universidade ficou sabendo dessa reunião de última hora... Por isso não consegui trazer a relação dos cursos que poderemos ofertar. Mas poderemos providenciar e estamos abertos às necessidades que se apresentarem.

Gestor Municipal 2: – Eu andei conversando com meu pessoal sobre a necessidade de mudança do modelo de assistência, a começar pelo acesso e forma de atendimento aos usuários. Alguma coisa tem de ser feita. Há muitas reclamações.

Representante da Escola Técnica 1: – Acho que o começo seria por uma capacitação dos trabalhadores...

Representante do movimento estudantil: – Capacitação em quê?

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 2: – Eu trouxe a lista de cursos que a minha faculdade vai oferecer. São vários e de toda natureza, mas os professores querem saber como será o pagamento.

Trabalhador 1: – Quais cursos?

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 2: – Os de técnicas, como punção venosa, atendimento de urgência, atendimento pré-natal, hipertensão e diabetes. Talvez repetir aqueles de tuberculose e hanseníase, lembra???

Gestor municipal 2: – Quantas horas de curso?

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 2: – Dá para fazer uma boa palestra sobre cada um desses temas em duas horas.

Representante da Escola Técnica 1: – Não, penso que os cursos devem ter 30 a 40 horas.

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior

2: – Nossa, para que tanto tempo?

Representante do movimento social: – Gostaria de saber se o posto de saúde vai fechar no dia dos cursos. Como vai ser feito o atendimento da população, se isso ocorrer? Acho que o atendimento não pode parar em função desses cursos.

Trabalhador de saúde 1: – Os cursos serão ministrados dentro do horário de trabalho?

Representante dos usuários: – E quem será treinado?

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 3: – É, isso é muito importante porque, dependendo da categoria, podemos fazer conteúdos mais ou menos aprofundados.

Gestor municipal 2: – Esperem um pouco, esses cursos têm por perspectiva construir um SUS de qualidade, resolutivo, que atenda integralmente. Vocês acham que devemos repetir os cursos como sempre fizemos? Vocês acham que tem dado resultado?

Trabalhador de saúde 2: – Mas o que vamos aprender com esses cursos? Já fiz muitos treinamentos, é muito legal, mas nunca consigo aplicar em meu serviço e nem passar para os meus colegas.

- Já tenho muito para me preocupar: a pós-graduação, projetos de pesquisa e ainda esse semestre vou ter aluno de graduação



Representante do movimento estudantil: – É, eu concordo. Os cursos estão distantes da realidade e, além disso, não ajudam a resolver os problemas do dia-a-dia e nem ajudam as pessoas a trabalharem juntas.

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 1: – Estou vendo que precisamos rever nossas concepções sobre educação, saúde, sobre o SUS e sobre a Educação Permanente.

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 3: – Isto é uma inovação. Estamos sem saber ainda como elaborar cursos dentro dessa nova proposta para atender as necessidades. E também porque nunca tivemos de discutir com os gestores municipais, estaduais, alunos e trabalhadores!

[Silêncio.]

Representante da Escola Técnica 1: – Eu entendo que temos dificuldade em entender essa proposta. Está muito vago, sem objetividade.

Gestor municipal 1: – Acho que estamos fugindo um pouco do assunto.

Gestor Estadual: – Senhoras e senhores, sugiro que hoje se defina qual organização fará qual curso. Temos pressa em colocar esses treinamentos na rua, a verba pode ser recolhida.

Gestor Municipal 2: – Mas ainda não acertamos que cursos serão realizados, além do que, esses cursos devem atender às necessidades dos municípios. E já falei para vocês que estamos tendo muitas reclamações e precisamos treinar os trabalhadores para melhorar a qualidade do atendimento da população.

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 1: – O nosso problema é que sempre decidimos tudo e agora a proposta é outra, temos de fazer uma pactuação, combinar...

Representante do Estabelecimento de Ensino Superior 2: – Então não se trata de ofertar cursos, a proposta é maior do que isso...

Representante do movimento social: – Vocês podem discutir, mas o que a gente precisa é de atendimento melhor, que não demore três meses para conseguir vaga, que os médicos não fiquem nesse empurra que não resolve nada! A gente fica é mais doente! Não tem condições ter de levantar de madrugada para pegar senha! Tem de melhorar é isso!

### **Para pensar e sentir:**

*Como esse fragmento de reunião o afeta?*

*Você vê semelhanças com a realidade de sua  
locomotiva?*

*No papel de facilitador de Educação Perma-  
nente em Saúde, imagine como você interferiria  
nessa reunião?*





## Avaliação

Analise essa reunião, considerando os seguintes aspectos:

- *compreensão dos diferentes participantes sobre educação permanente;*
- *os interesses envolvidos e seus portadores;*
- *momentos de negociação e pactuação;*
- *subjetividades produzidas e em produção.*



Você já viu aspectos sobre o sentido da roda como um mecanismo mais democrático e participativo de gestão no texto “O desafio de ser facilitador de práticas de educação permanente em saúde” na Unidade de Aprendizagem Integradora. Você pode voltar a esse texto, caso ache necessário.



O Momento 3 da Unidade Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde faz maiores aproximações aos processos de pactuação e negociação nas rodas de educação permanente em saúde.

### **Questões norteadoras para a proposta de ação de Educação Permanente em Saúde:**

Analise como a Unidade que você acabou de vivenciar contribui para sua ação no papel de facilitador de Educação Permanente em Saúde para gerar práticas cuidadoras.

No papel de facilitador de EP, considerando sua realidade local/regional e a construção de sua proposta de ação, o que você propõe para continuidade do seu trabalho junto ao Pólo?



## **Texto 1**

# **O modo hegemônico de produção do cuidado**



## O modo hegemônico de produção do cuidado

*Febre, hemoptise, dispnéia e suores noturnos.  
A vida inteira que podia ter sido e que não foi,  
Tosse, tosse, tosse.  
Mandou chamar o médico:  
– Diga trinta e três.  
– Trinta e três... trinta e três... trinta e três...  
– Respire.*

*– O senhor tem uma escavação no pulmão esquerdo  
e o pulmão direito infiltrado.  
– Então, doutor, não é possível tentar o pneumotórax?  
– Não. A única coisa a fazer é tocar um tango argentino.*

*Pneumotórax*  
MANUEL BANDEIRA

Toda a história da humanidade nos revela o quanto mulheres e homens sempre se preocuparam em vencer a enfermidade e em buscar formas de aliviar a dor e restabelecer a saúde. No entanto, a identificação de algum sinal ou sintoma como um problema de saúde, e as formas de obter a “cura” e restabelecer a saúde variaram conforme a cultura, os conhecimentos e recursos disponíveis em cada sociedade e época histórica.

Atualmente, em nossa sociedade, quando identificamos que estamos com algum problema de saúde, que não pode ser resolvido com os conhecimentos de que dispomos, pensamos, em geral, em procurar por um atendimento médico.

Os profissionais de saúde particularmente os médicos, são por nós reconhecidos como capazes de “julgar” o nosso problema de saúde, identificar se estamos com alguma “doença” e propor medidas para nos tratar, para alterar aquilo que limita o nosso modo de viver e, assim, restabelecer a nossa “saúde”. A eles atribuímos autoridade para decidir sobre o que é normal e o que é patológico.



### Referenciais científicos

Os referenciais que orientaram a reforma no ensino médico influenciaram, posteriormente, também as reformas no ensino das demais profissões de saúde. (Ceccim e Capozzolo, 2004).

Vários são os motivos que explicam o poder e a influência desses profissionais na nossa sociedade. Entre outras questões, podemos destacar que o saber produzido pela medicina ao longo do tempo conseguiu desenvolver um progressivo conhecimento do corpo e das enfermidades e desenvolver intervenções eficazes para controlar os danos à saúde, aliviar o sofrimento, a dor e prolongar a vida.

Com o desenvolvimento da biologia, da microbiologia e a conseqüente descoberta dos microorganismos causadores de doenças, a medicina teve um grande impulso e buscou se estruturar como prática científica. Em 1910, um relatório conhecido como Relatório Flexner determinou uma série de alterações nas escolas médicas para a formação de profissionais dentro dos **referenciais científicos**. Houve um forte estímulo para a especialização e para as atividades de pesquisas, visando ao conhecimento das doenças no corpo dos indivíduos e intervenções para a sua

reparação (Silva Junior, 1998).

A prática médica foi identificada com a prática científica e os médicos tornaram-se os detentores de um saber que pode ser verificado “cientificamente”. Assim, esses profissionais tiveram seu poder fortalecido na sociedade, ocorrendo uma desqualificação dos outros saberes e práticas curadoras tradicionais, como a medicina chinesa, a homeopatia, o saber popular, entre outros, ao identificá-los como “não-científicos” e, por isso, ineficazes (Luz, 1988).

O desenvolvimento da **medicina científica** contou com grande apoio econômico. Sua capacidade de recuperar e manter o funcionamento do corpo dos trabalhadores – independentemente de as causas do adoecimento estarem relacionadas às condições de vida e de trabalho – contribuiu para diminuir as tensões sociais e para a reprodução das relações capitalistas. Os interesses econômicos e as necessidades de acúmulo de capital estimularam um **modelo de assistência à saúde** baseado no consumo de consultas médicas, procedimentos, equipamentos e medicamentos e na oferta de uma atenção especializada e hospitalar.

O que queremos destacar neste momento é que todo esse processo levou a uma crescente “medicalização” da sociedade, isto é, o **saber cientificista da medicina** passou a exercer o poder de influenciar e regular a vida em sociedade. Podemos perceber isso ao constatar a presença desse saber “normatizando” vários aspectos da nossa vida (alimentação, lazer, relações) e também pelo número cada vez mais elevado de tensões sociais e psicológicas que se expressam como problemas para a medicina, como “doenças” que demandam por atendimento nos serviços de saúde (Portillo, 1993).



### Medicina científica

A medicina praticada na sociedade industrial e ocidental passa a ser denominada por alguns autores como medicina científica (LUZ, 1988) e, por outros, como biomedicina (Camargo, 1993).



### Modelo de assistência à saúde

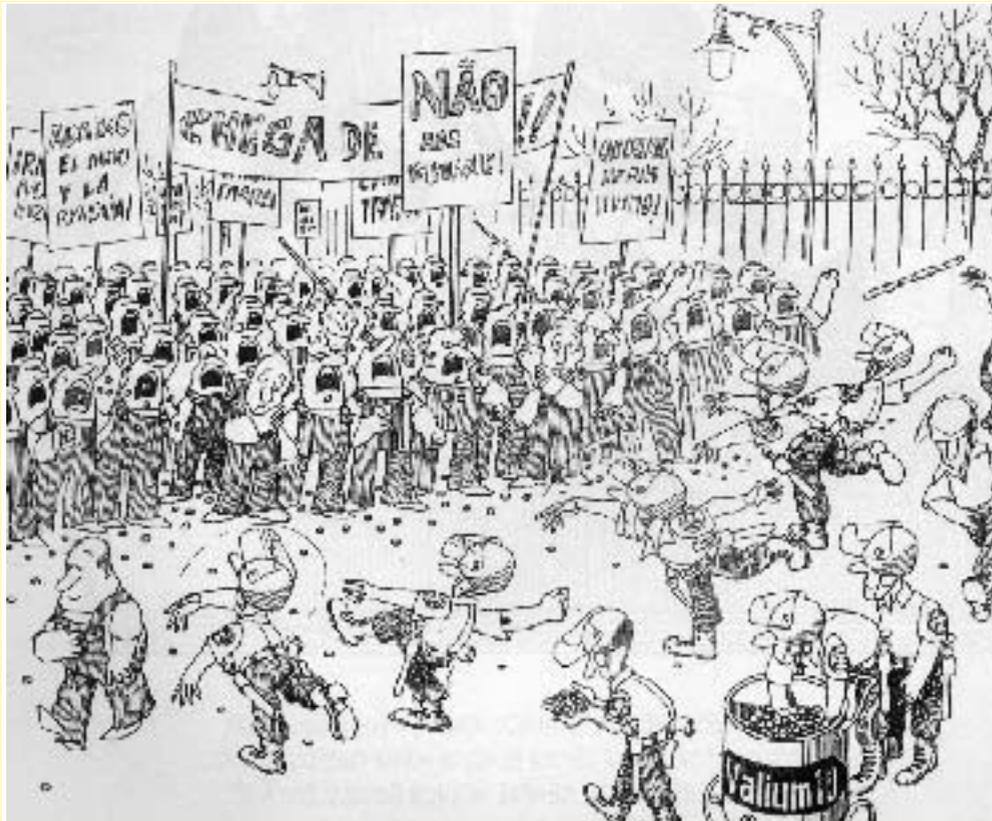
Sobre esse tema, você encontrará também os textos 1 e 2 da Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde.



### Saber cientificista da medicina

Foucault (2001) denominou essa prática de biopolítica.





Veja como esse fragmento de notícia publicado recentemente na imprensa escrita comenta o que estamos falando.

**FOLHA DE S. PAULO**  
14 de maio de 2004, 1ª edição, p. 110

---

**Dependentes e compulsivos se disseminam na sociedade**

Sexo, comida, exercício e compras, entre outras atividades tidas como normais e inocuas, vêm se transformando na principal causa de preocupação de pessoas que se consideram "viciadas" em algo, na vida.

Para psiquiatras, psicanalistas e antropólogos ouvidos pela Folha, mudanças sociais nas últimas décadas e o próprio avanço de marcos científicos explicam o fenômeno. "Somos seres sociais por natureza, na qual o que nos mantém se chama de "vício" ganhou maior importância. Isso é lógico e passou a despertar recente interesse de terapeutas, da indústria farmacêutica, da sociedade e também de governos. "Vício" é uma palavra em geral evitada pelos especialistas por sua conotação moral negativa. Eles preferem o termo "dependência", quando se trata de drogas, e "compulsão" para descrever distúrbios como a inibição e repetida "vontade" de fazer compras ou de praticar sexo.



**Você consegue perceber a medicalização no seu cotidiano? Procure prestar atenção em situações e notícias que expressem isso.**

Neste texto, vamos procurar entender o modo hegemônico (predominante) de produção de cuidado, começando por lançar nosso olhar para o momento de encontro entre aquele que demanda por atenção e o profissional de saúde.

## O momento do encontro...

Há, de um lado, uma pessoa – com sua história de vida, condição social, cultura, saberes, concepções, valores, sentimentos e desejos singulares – que busca alívio da sua dor, do seu sofrimento e, de outro lado, uma pessoa – também com sua história de vida, condição social, cultura, concepções, valores, sentimentos e desejos singulares – que é portadora de um conhecimento técnico que pode intervir nesse sofrimento e nessa dor. No encontro entre essas pessoas é que se realiza o trabalho em saúde.

O momento de encontro clínico é um momento fundamental para identificar a singularidade que o processo de adoecimento adquire para quem demanda atenção e as linhas de força que o estão determinando, de maneira a poder se pensar em estratégias de intervenção que possam mudar esse processo. Trata-se de um “momento de dizer”, em que o usuário e o profissional se apresentam com as marcas de seu viver e onde falas e gestos fazem parte de uma complexa comunicação.

Captar as necessidades singulares de saúde nesse momento requer do profissional abertura para inclinar-se para o usuário, para a escuta, para o estabelecimento vínculo, de laços de confiança. Implica acolher o outro, oferecer espaço para a fala e para o diálogo.

Contudo, é muito freqüente as pessoas saírem de uma consulta relatando que não conseguiram falar sobre tudo o que precisavam, que não conseguiram expor suas preocupações, dúvidas e medos. Queixam-se que o atendimento foi muito rápido, que quase não foram tocadas e examinadas, e sentem-se inseguras, desinformadas e desprotegidas com a atenção recebida.



**Você já se sentiu assim? Por que será que isso acontece?**

## Prática predominante: tendência à exclusão do Outro

As pessoas buscam por cuidado, porém o profissional está voltado para, a partir de uma queixa, diagnosticar e tratar uma doença. Além disso, o modelo de pensamento predominante, orientado por uma racionalidade científica, considera que a “verdade” sobre as doenças está na alteração dos tecidos, na alteração da anatomia e funcionamento dos órgãos do corpo. A prática em saúde, particularmente a médica, estrutura-se então para a identificação e eliminação das lesões do corpo “doente” e, por pretender ser científica, pela busca da objetividade, da precisão e da exatidão (Camargo, 1992,1993).

Essa racionalidade tende a fazer com que a relação dos profissionais seja com a “doença” e não com a pessoa. Podemos dizer que o indivíduo “doente” é considerado apenas um portador da “doença”, que deve ser excluído para que não atrapalhe a objetividade da “ciência” em diagnosticá-la. Os profissionais tendem, assim, a restringir seu objeto de intervenção ao corpo doente, distanciando-se da pessoa e de seu sofrimento.

Essa tendência se acentua com o desenvolvimento científico-tecnológico, pois se ampliam as possibilidades de identificação de anormalidades, antes mesmo de estas se manifestarem através de algum sinal ou sintoma. A



anamnese, a conversa, a história do aparecimento dos sintomas, o olhar, a ausculta, a palpação e o toque do corpo do “doente” deixam de ter tanta importância para o diagnóstico da “doença”, uma vez que ela pode ser revelada pelos exames laboratoriais e de imagem. O desenvolvimento científico-tecnológico reforça assim a possibilidade de uma prática quase sem a participação do “doente” (Schraiber, 1993).

O cuidado vai adquirindo outros significados. Ocorre um progressivo distanciamento da história de vida, das emoções, dos sentimentos e das condições sociais das pessoas que traduzem possibilidades distintas de adoecer e de manter a saúde. Os atendimentos tendem a ficar restritos a procedimentos técnicos, à solicitação e análise de exames, à prescrição de medicamentos etc.

Essas questões, em diferentes proporções, expressam-se no conjunto das profissões de saúde. Desenvolve-se uma dificuldade de os profissionais considerarem a singularidade e a subjetividade de cada usuário no processo diagnóstico-terapêutico, de perceberem outras dimensões que possam estar relacionadas ao adoecimento. A concepção do processo saúde-doença tende a ficar reduzida ao biológico, excluindo-se outros componentes subjetivos e sociais que possam estar envolvidos.



Quino, 2003



#### Práticas em Saúde

Sugerimos a você assistir à enquête O Milagre do Nascimento, que se encontra no filme O Sentido da Vida dos humoristas Monty Python. Trata-se de uma caricatura de um parto, realizado num hospital de um grande centro urbano que retrata, com muito humor, a prática profissional dominada pelo uso de equipamentos e distanciada da pessoa que necessita de cuidado.

#### Para pensar e sentir:

*O que será que essa prática predominante acarreta?*

Podemos dizer que esse modo predominante das **práticas em saúde** resulta em limites importantes na percepção das necessidades de atenção e na efetividade das intervenções. Assim, por exemplo, dificuldades para controlar os níveis de pressão arterial decorrentes de problemas de vida enfrentados pelo usuário (desemprego, conflitos familiares, tensões sociais) tendem a passar despercebidas, ficando as intervenções dos profissionais restritas à prescrição de novos medicamentos, exames.

Esses limites se expressam de maneira muito significativa no atendimento de pessoas com queixas vagas e indefinidas em que a tentativa de diagnosticar uma “doença”, em geral, resulta na solicitação de vários exames de apoio diagnóstico e no encaminhamento para muitos especialistas sem, no entanto, conseguir entender e intervir no motivo que levou à procura por atenção ou até mesmo acarretando sofrimentos adicionais às pessoas.

Vale a pena ressaltar que parte importante da demanda por serviços ambulatoriais e de atenção básica é constituída por “pro-



blemas” que não conseguem ser classificados em uma entidade nosológica (uma doença) específica, atingindo, segundo alguns autores, valores de 50% a 60% (Almeida, 1998) do total de atendimentos. Pela própria medicalização da sociedade, muitas tensões sociais e emocionais se expressam na forma de sintomas corporais que ao não serem identificados e adequadamente abordados, aumentam ainda mais a medicalização e a dependência aos serviços de saúde.

A dificuldade de os profissionais perceberem outras dimensões relacionadas ao adoecimento faz com que muitos problemas da vida sejam abordados com procedimentos e medicamentos e não como problemas a serem escutados, acolhidos e contornados pelo carinho, pelo vínculo, pela oferta de espaços de conversa e de outras ações e atividades.

As orientações dos profissionais ao dialogarem pouco com a singularidade das pessoas, com sua história de vida e familiar, com suas condições objetivas de subsistência, sua cultura, valores e desejos, tendem a ser prescritivas e normativas (Capozzolo, 2003). Dessa maneira, não contribuem para produzir mudanças nas relações que as pessoas estabelecem com os seus problemas de saúde, para ampliar suas possibilidades de intervir no processo de adoecimento e, conseqüentemente, sua autonomia e protagonismo no cuidado à saúde.

Estudos apontam inclusive a reprodução por agentes comunitários de saúde de recomendações médicas sem uma contextualização ou reflexão do seu sentido junto à população (Nunes et. al., 2002). Em geral, estabelece-se uma relação de poder em que o profissional é elevado à protagonista e o usuário constringido a ser platéia.



#### **Para pensar e sentir:**

*Você já vivenciou situações de tensões que se expressaram em seu corpo? Você conhece “casos”, histórias de pessoas que exemplifiquem o que abordamos até este momento?*

Um outro aspecto a ser destacado é que não é apenas a subjetividade do usuário que tende a ser desconsiderada, mas também a subjetividade dos profissionais. As decisões dos profissionais tendem a ser consideradas como objetivas e despossuídas de subjetividade. Imagina-se que os profissionais orientados por referenciais puramente científicos, atuariam com “neutralidade” e sempre da mesma maneira com qualquer “paciente”.

No entanto, em nossas vivências, provavelmente já tivemos a oportunidade de perceber que entre profissionais há diferentes práticas que não estão relacionadas apenas aos conhecimentos técnico-científicos que possuem. As concepções dos profissionais sobre o sistema de saúde e o serviço público, as concepções sobre o direito do usuário e o envolvimento com o trabalho, podem, por exemplo, influenciar na atenção prestada ao usuário. Nesse sentido, podemos nos lembrar dos profissionais que, em condições de trabalho semelhantes, se responsabilizam e tratam de forma diferenciada o usuário caso ele seja do serviço público, do convênio ou do consultório particular.



**Para pensar e sentir:**

*Você consegue se lembrar de outros exemplos que ilustrem a subjetividade presente nas práticas profissionais?*

A prática em saúde, embora embasada em uma teoria científica, é profundamente dependente dos valores morais, éticos, ideológicos e subjetivos dos profissionais, pois envolve interpretação, juízo e decisão pessoal na aplicação do conhecimento científico às situações concretas e singulares. As diferentes práticas profissionais também estão relacionadas às diferentes possibilidades de lidar com o momento de encontro com o usuário.

Assim, podemos observar que existem profissionais com maior ou menor facilidade para conversar, para se relacionar com os usuários; com maior ou menor habilidade para atender pessoas com determinadas características (agressivas, deprimidas, com múltiplas queixas, que questionam as orientações recebidas); profissionais que obtêm “sucessos” terapêuticos diferenciados apesar de apresentarem formação técnico-científica semelhantes.

No encontro com o usuário, são mobilizados sentimentos, emoções e identificações que dificultam ou facilitam a aplicação dos conhecimentos do profissional na percepção das necessidades de atenção, na “aceitação” de “queixas” para a investigação e intervenção. Profissionais e usuários são mutuamente afetados nesse encontro. A percepção e o entendimento dos sentimentos, dos afetos aí mobilizados, estão relacionados a uma maior possibilidade de escutar, de perceber mensagens não-verbais, de acolher o usuário, de estabelecer vínculos e, portanto, a uma maior capacidade diagnóstica e de efetividade da intervenção terapêutica (Balint, 1988).

**Para pensar e sentir:**

*Você já havia pensado nessas dimensões presentes na prática profissional? Você acha que essas dimensões são consideradas nos processos predominantes de qualificação/capacitação profissional?*

Merhy (2000), ao pensar o trabalho médico, lança mão da imagem de valises para analisar os instrumentos que esse profissional utiliza para atuar. Há uma valise de mão, onde estão o estetoscópio, o esfigmomanômetro e outros equipamentos, que seriam as tecnologias duras; uma outra valise, que está na cabeça, contendo os saberes estruturados, os conhecimentos técnicos, que seriam as tecnologias leve-duras; uma terceira valise, a das relações, que está entre o trabalhador e o usuário, com as tecnologias leves. O território das tecnologias leves é o local onde se define a produção de cuidado, a construção de vínculos, acolhimentos e responsabilizações.



### Tecnologias

Mais detalhes sobre as tecnologias em saúde podem ser visto no texto o "Processo de trabalho em saúde" desta Unidade de Aprendizagem.

Assim, uma prática clínica resolutive, além da disponibilidade de equipamentos e de exames de apoio diagnóstico-terapêutico, requer dos profissionais competência nos aspectos técnico-científicos e também competência nos aspectos relacionais. Requer, assim, uma combinação de **tecnologias** de dimensões materiais e imateriais. O arranjo entre as valises para Merhy (2000) é que resulta numa prática mais centrada em procedimentos ou mais centrada no cuidado ao usuário.

No modo predominante de produção das práticas em saúde, como vimos, há um empobrecimento da valise das tecnologias leves. As abordagens e intervenções dos profissionais de saúde, de modo geral, tendem a girar em torno dos aspectos biomédicos, dos procedimentos e suas orientações a ser normativas e prescritivas, com pouco diálogo com a singularidade do usuário.

## A necessidade de construção de novos modos de produção das práticas e de processos de educação permanente em saúde.

O modelo de atenção centrado na oferta de atendimentos médicos, de procedimentos e medicamentos, com intervenções restritas ao biológico, se mostrou ineficaz para intervir nos problemas de saúde. Para implementarmos um **modelo de atenção centrado nos interesses dos usuários**, capaz de satisfazer suas necessidades, é preciso haver mudanças no cotidiano do fazer em saúde, na prestação das ações de saúde, na clínica realizada pelos diversos profissionais.

Considerando a complexidade de fatores envolvidos na produção do adoecimento a atuação dos profissionais não pode se restringir apenas aos aspectos biomédicos. Campos (1996) utiliza o conceito de clínica ampliada para definir a clínica necessária nos serviços de saúde: uma clínica que inclua além da doença, a pessoa e seu contexto e se responsabilize tanto com a cura e reabilitação quanto com a prevenção e a proteção individual e coletiva. Uma clínica que consiga compreender de forma ampliada o processo de adoecimento e sofrimento do

usuário e elaborar projetos terapêuticos singulares com ações que visem intervir nas diversas dimensões relacionadas ao adoecimento e ao sofrimento. Enfim, uma clínica com compromisso com a produção de saúde, de vida.

### Para pensar e sentir:

*Você já foi cuidado dessa maneira? O que produziu em você? Procure lembrar-se dos seus sentimentos e de como você foi afetado por essa forma de cuidado. Caso nunca tenha vivenciado essa forma de cuidado, tente imaginar como seria.*



### Modelo de atenção centrado nos interesses dos usuários

Esse tema está mais aprofundado no texto 4 da Unidade de Aprendizagem Análise do Contexto da Gestão e das Práticas de Saúde.



Campos (1996) ressalta a importância dos projetos terapêuticos terem como referência a construção da autonomia do usuário, ou seja, contribuir para aumentar a sua capacidade de enfrentar os problemas de saúde a partir de suas condições concretas de vida, de instituir novos modos de vida, de ser protagonista na produção da saúde e de si. Isso significa possibilitar o conhecimento sobre o processo saúde-doença-restabelecimento, dialogar com os saberes, os valores e desejos do usuário na construção dos cuidados à saúde.

Uma clínica ampliada tem uma potencialidade muito grande para intervir em situações que limitam o viver. **Rosemberg e Minayo (2001)** ilustram essa potencialidade ao relatarem, em um interessante artigo, uma experiência de adoecimento e cura. Esse artigo enfoca como a percepção por parte de um profissional de saúde de que o grave processo de adoecimento de uma pessoa não estava relacionado a causas biológicas e como sua atuação, estimulando para que essa pessoa assumisse um novo papel diante da vida, foram fundamentais para o processo de “cura”. Uma prática clínica ampliada é essencial para diminuir a medicalização e a dependência aos serviços de saúde.



**Falamos bastante do modo hegemônico de produção das práticas de saúde e de seus condicionantes. Você pode estar se perguntando: é realmente possível a construção de práticas clínicas ampliadas?**

Apesar das múltiplas determinações desse modo hegemônico, o encontro do profissional com o usuário é um espaço aberto para a construção de novas práticas. Merhy (1997, 2002) destaca esse espaço como lugar estratégico de mudança do modo de produzir saúde. É justamente no fato de o trabalho em saúde realizar-se numa relação entre pessoas que reside a potencialidade de construção de uma clínica diferenciada, de uma clínica voltada para as necessidades singulares do usuário.

O envolvimento do profissional com o trabalho, a sua disponibilidade para escutar, para estabelecer contato e se vincular ao usuário; o seu compromisso em ofertar uma atenção integral, em utilizar todo o conhecimento que possui para a produção de cuidado e o seu compromisso em se responsabilizar pelo usuário são importantes pontos de partida.

Porém, realizar abordagens e intervenções mais amplas implica a possibilidade de os profissionais analisarem e refletirem sobre a racionalidade que orienta suas práticas, de perceberem a subjetividade envolvida no seu trabalho, de perceberem as diversas dimensões relacionadas ao processo de adoecimento, sofrimento e cura.

Para ampliar a “escuta”, o “olhar” e a percepção dos profissionais é importante a aquisição de outros saberes e recursos tecnológicos e, assim, são valiosas as contribuições de campos do conhecimento como sociologia, antropologia, psicologia, psicanálise, educação, saúde pública, saber popular entre outros. Deve-se destacar também a importância da aquisição de referenciais e de espaços de análise para entender e lidar com o que acontece no momento do encontro com o usuário, com a dinâmica e com os afetos que aí são produzidos, com a subjetividade e os aspectos relacionais da prática.

Intervenções mais amplas dependem do trabalho de cada profissional e também da atuação conjunta de vários profissionais, da integração de diferentes práticas e saberes, da utilização de diversos meios e ações terapêuti-

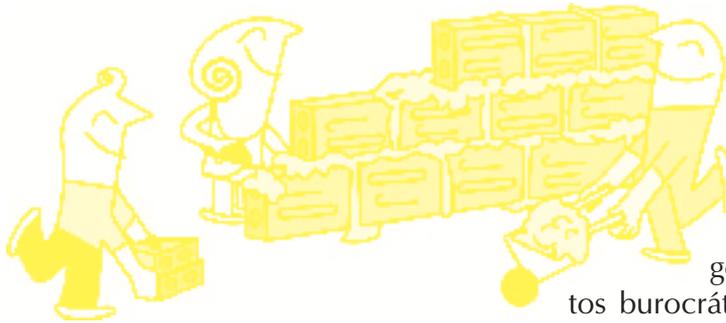


**Rosemberg e Minayo (2001)**

Sugerimos que você leia esse artigo na íntegra. Um resumo mais detalhado e o endereço eletrônico onde esse artigo pode ser acessado encontram-se nas atividades complementares (pág 63)

cas tais como: atividades de grupo, visitas domiciliares, atividades em outras instituições (escola, creches), redes sociais de apoio e outras atividades terapêuticas. Dependem de um trabalho em equipe que articule ações individuais e coletivas.

Uma clínica ampliada necessita de uma construção cotidiana pelo conjunto dos trabalhadores bem como de um processo de organização e gestão do trabalho que possibilite essa construção. No modo predominante de funcionamento dos serviços de saúde,



no entanto, observamos pouca integração entre os diferentes trabalhos, poucos espaços coletivos para a reflexão, análise e troca de saberes entre os diversos profissionais e uma tendência às ações gerenciais ficarem restritas aos aspectos burocrático-administrativos, às normas de

funcionamento dos serviços.

A gestão dos serviços de saúde tem um papel importante na organização do processo de trabalho e no desenvolvimento de dispositivos institucionais que contribuam para o trabalho em equipe, para a construção cotidiana de novas formas de produção das ações de saúde, de novas relações dos profissionais com os usuários, bem como entre os profissionais. Enfim, um papel importante na construção de práticas e de subjetividades mais cuidadoras e solidárias.

Assim, desenvolver arranjos institucionais que estimulem o vínculo, a responsabilização, o conhecimento dos profissionais da realidade de vida dos usuários bem como possibilitar espaços coletivos para a troca de saberes, para a reflexão dos referenciais que orientam as práticas, para a análise e avaliação do sentido das ações produzidas são alguns caminhos para a construção de novos modos de produção de cuidado e de processos de educação permanente em saúde.

---

**Refletindo sobre o que foi abordado neste texto, pense quais seriam as ações que poderiam ser desencadeadas nos serviços de saúde de sua região, para possibilitar aos profissionais interrogaremos o sentido de suas práticas e construir clínicas mais amplas e cuidadoras? Que ações de educação permanente seriam necessárias?**

---

Com essa proposta de reflexão, encerramos este texto. Pretendemos, no decorrer desta unidade e nos próximos textos, abordar outros aspectos sobre o trabalho e relações na produção do cuidado de maneira a ajudá-lo a pensar em processos de Educação Permanente que contribuam para a construção de novos modos de produção das ações de saúde num modelo de atenção centrado nos interesses dos usuários.



## Atividades complementares

Listamos a seguir algumas sugestões de artigos que você pode acessar na Internet e de filmes disponíveis em locadoras que abordam questões relacionadas às temáticas apresentadas neste texto. Você pode sugerir/criar outros textos, artigos, filmes, notícias para serem compartilhados nos fóruns de discussão do curso, nas rodas de trabalho, no aconchego com os amigos e em muitas outras oportunidades.

### Artigos



#### **1. A experiência complexa e os olhares reducionistas**

**Autores: *Brani Rozemberg & Maria Cecília de Souza Minayo***

Resumo: Este artigo analisa uma experiência de adoecimento e cura acompanhada pela primeira autora em comunidade agrícola do interior de Nova Friburgo, Rio de Janeiro. A experiência relatada permite entrever seus significados existencial, social, cultural, psicológico, biológico e simbólico tanto para a paciente quanto para sua comunidade e na relação com esta última. A expectativa inicial de diagnóstico e intervenção puramente biológicos foi modificada através de um único atendimento que teve a função terapêutica de ampliar a compreensão da experiência para fora dos limites de uma “objetivação científica” e o processo de cura acabou tendo seu ponto de resolução no nível jurídico. O fato de o reconhecimento de outras ordens de determinação na doença desta paciente ter ocorrido no espaço do atendimento médico pode ter concorrido para sua mudança de atitude frente a si mesma e à comunidade e conseqüente cura, com base no respaldo oferecido pela grande força simbólica da consulta médica na legitimação de um novo papel social que ela passou a exercer. O episódio é discutido em relação aos reducionismos na abordagem da saúde/doença.

PUBLICADO: Revista Ciência e saúde coletiva v.6 n.1. Rio de Janeiro, 2001.

Acesso: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=pt&nrm=iso)



## 2. A espessura do encontro

**Autor:** *Luis Eduardo Aragon*

Neste belo artigo, o autor ressalta a delicadeza e a sutileza como fundamentais no momento do encontro clínico para conseguir perceber a ajuda que o paciente busca.

Resumo: Utilizando o método cartográfico, este trabalho propõe uma análise do contemporâneo da Medicina, por meio de seu encontro com a Psicanálise. A escolha do método cartográfico tem o intuito de evitar tanto uma perspectiva de análise dialética, quanto o isolamento do “observador” de seu objeto. A cena médica, tecnológica, abre-se para receber planos de comunicação/contaminação que ultrapassam a habitual relação médico-paciente. Isto para sustentar a complexidade dos encontros, comportando fatores inconscientes e virtuais. Complexidade esta que, levada em consideração, implica uma ética particular. Propõe-se o uso do que foi chamado “quase-conceito” para auxiliar na tarefa cartográfica de determinar planos compostos no encontro. Rejeita-se o voluntarismo que acarreta a produção de “manuais de conduta”, para buscar “linhas de força” que atravessam o espaço contemporâneo e os nele imersos, linhas essas consideradas como pré-individuais.

<http://www.interface.org.br/revista12/ensaio1.pdf>



## Filmes

- 🎬 Fale com ela (2003) – Direção: Pedro Almodóvar
- 🎬 Invasões Bárbaras (2003) Direção: Denys Arcand.
- 🎬 O Sentido da Vida (1983) – Direção: Monty Python
- 🎬 Patch Adams – O Amor é Contagioso (1998) – Direção: Tom Shadyac
- 🎬 Um golpe do destino (1991) – Diretora Randa Haines.



## Referências Bibliográficas

- ALMEIDA, E.L.V., apud SOUZA, A.R.N.D. *Formação Médica, Racionalidade e Experiência: O Discurso Médico e o Ensino da Clínica*. Rio de Janeiro, 1998. (Tese de Doutorado – Instituto de Psiquiatria da UFRJ)
- BALINT, M. *O médico, seu paciente e a doença*. Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.
- CAMARGO, J. K. R. (I)rracionalidade médica: os paradoxos da clínica. *Physis-Revista de Saúde Coletiva*, v. 2, n. 1, p. 203-228, 1992.
- \_\_\_\_\_. *Racionalidades médicas: A medicina ocidental contemporânea*. Rio de Janeiro: UERJ-IMS, 1993. (Série Estudos em Saúde Coletiva, 65)
- CAMPOS, G.W.S. Uma clínica do sujeito: por uma clínica reformulada e ampliada. In: Campos, G.W.S *Saúde Paidéia*. São Paulo. Hucitec, 2003. p.51-68.
- CAPOZZOLO, A. A. *No olho do furacão: trabalho médico e o programa saúde da família*. 2003. (Tese Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Campinas, 2003.
- CECCIM, R. B. e CAPOZZOLO, A. A. Educação dos profissionais de saúde: prática clínica como assistência e criação. In: MARINS, J. J. N.; LAMPERT, J.; CORREA, G. A. *Transformação da educação médica*. São Paulo, Hucitec, 2004
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: Foucault, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro, Graal, 2001.p.79-98.
- LUZ, M. T. *Natural, Racional, Social*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.
- MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). *Agir em Saúde. Um Desafio para o Público*. São Paulo : Hucitec, 1997. p. 71-113.
- \_\_\_\_\_. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas. *Interface – comunicação, saúde, educação* Revista da UNESP de Botucatu, São Paulo, v. 6, p.109-125, fev. 2000. Esse artigo pode ser acessado no seguinte endereço: <http://www.interface.org.br/revista6/debates1.pdf>
- \_\_\_\_\_. *Saúde: a Cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec. 2002. 189p.
- NUNES, et. al. *O agente comunitário de saúde: construção da identidade desse personagem híbrido e polifônico*. Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, V.18, n.6, nov-dez. 2002.
- Esse artigo também pode ser acessado no endereço: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2002000600018&lng=en&nrm=iso)
- PORTILLO, J. La medicina: el imperio de lo efímero. In: \_\_\_\_\_; BARRÁN, J.P.; BAYCE, R. et al. *La Medicalización de la Sociedad*. Montevideo-Uruguai: Nordan- Comunidad/Goethe-Institut, 1993. p. 15-36.
- ROZEMBERG B. & MINAYO, M. C. S.A experiência complexa e os olhares reducionistas. *Revista Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro v.6 n.1, 2001 p.115-123. Este artigo pode ser acessado no endereço: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232001000100010&lng=pt&nrm=iso)

SILVA JÚNIOR, A. G. *Modelos Tecnoassistenciais em Saúde: O Debate no Campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.  
SCHRAIBER, L.B. *O médico e seu trabalho. Limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

## Referência Iconográfica

Página 55 - QUINO. *Potentes, prepotentes e impotentes*. Trad. Mônica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2004. Essa figura também pode ser acessada no endereço: <http://www.clubcultura.com/clubhumor/quino/espanol/trabajo3.htm#>

Página 57 - QUINO. *Potentes, prepotentes e impotentes*. Trad. Mônica Stahel. São Paulo: Martins Fontes, 2003. Essa figura também pode ser acessada no endereço: <http://www.clubcultura.com/clubhumor/quino/espanol/trabajo3.htm#>



## Texto 2

# O processo de trabalho em saúde

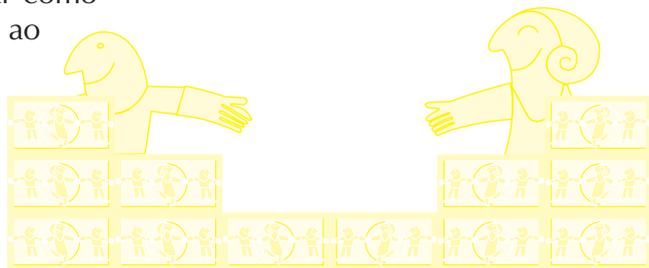


# O Processo de Trabalho em Saúde

## Introdução

Você está se preparando para atuar como “facilitador de educação permanente” e, ao debatermos o processo de trabalho, pretendemos entrar no mundo espetacular da produção de saúde. O objetivo com esse tema é o de levá-lo a identificar e analisar as diversas situações de trabalho em saúde, os diferentes modos de fazer a assistência aos usuários, podendo assim articular, com o gestor e entidades que participam do Pólo de Educação Permanente, atividades relacionadas a essa importante temática.

O trabalho em saúde refere-se a um mundo próprio, complexo, diverso, criativo, dinâmico, em que cotidianamente usuários se apresentam portadores de algum problema de saúde e buscam, junto aos trabalhadores que ali estão, resolvê-los. O momento do trabalho é ao mesmo tempo de encontro entre esse trabalhador e o usuário.



**Você já parou para pensar que o trabalho em saúde só é possível mediante o encontro e a relação entre o profissional e o usuário?**

Esse encontro é permeado pela dor, o sofrimento, os saberes da saúde, as experiências de vida, as práticas assistenciais, subjetividades que afetam os sujeitos trabalhador e usuário. Enfim, há um mundo complexo a ser pesquisado que envolve, sobretudo, a produção do cuidado.

Ao executar seu trabalho, os profissionais de saúde obedecem a uma certa disposição física, disciplinadamente organizada, ou seja, há lugares específicos onde certos produtos são realizados. É como se, no serviço, ou seja, em um certo estabelecimento de saúde, houvesse diferentes unidades

de produção, por exemplo: na recepção, produzem-se informações, agendas; na sala de vacinas, produzem-se procedimentos de imunização; nos consultórios, são produzidas consultas médicas, de enfermagem; e assim cada lugar tem uma “missão” dentro de um espectro geral de cuidado com os usuários. Tudo isso entra em movimento durante o período em que o serviço está disponível para atender às pessoas que procuram, por algum motivo, resolver ali os seus problemas de saúde.

Os trabalhadores de cada lugar destes executam certas tarefas, que se presume tenham sido previamente determinadas ou pactuadas entre eles, pois se busca uma sintonia entre o que uns fazem em determinado lugar, por exemplo, na recepção, e o que os outros realizam em outros ambientes, muitas vezes, reportando-se uns aos outros. Há um relacionamento, no trabalho, entre todos os profissionais como o funcionamento de uma “rede de conversas”, mediada pelo trabalho.

## O trabalho em saúde e suas tecnologias

O trabalho é uma atividade que tem sempre uma finalidade para que ele se realize, a qual está ligada ao atendimento à determinada necessidade da pessoa, seja ela de que tipo for. Os produtos criados com a atividade do trabalho, nessa perspectiva, têm um “valor de uso” (Campos, 1994). No caso da saúde, Cecílio (2001) sugere que as necessidades estão organizadas em quatro grandes grupos: “*O primeiro diz respeito a ter boas condições de vida [...]; O outro conjunto fala da necessidade de se ter acesso e se poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida [...]; O terceiro diz respeito à insubstituível criação de vínculos (a)fetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional [...]; Um quarto diz respeito à necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida*”. (Cecílio, 2001:114-115; grifos nossos). Podemos concluir que as atividades ligadas à promoção e prevenção, reabilitação e cura estão todas de alguma forma relacionadas nos grupos de necessidades descritos acima.

Esses conjuntos de necessidades aqui relacionados demonstram que os problemas de saúde são sempre complexos, porque envolvem inúmeras dimensões da vida, desde as que se circunscrevem no corpo até as de ordem social e subjetiva. O trabalho em saúde, por sua vez, para ser eficaz, deve responder a essa complexidade e dar sentido à intervenção nos diversos campos da saúde. Abre-se aqui um leque de possibilidades de uso de diversas tecnologias de trabalho para a produção do cuidado.



**Mas, afinal, você já parou para pensar o que é tecnologia? Você acha que no seu trabalho cotidiano você utiliza tecnologias? Vamos nos debruçar um pouco sobre esse termo e ver qual o verdadeiro sentido que ele tem para o trabalho em saúde.**

Em geral, as pessoas associam a palavra tecnologia a máquinas e instrumentos, geralmente os mais modernos. Se foi isso que você pensou, não está errado, mas também não está completo esse raciocínio. Para iniciar a discussão sobre as tecnologias de trabalho em saúde, vamos ao dicionário verificar o sentido literal do termo. Ele nos diz que tecnologia é o “conjunto de co-



*nhcimentos, [...] que se aplicam a um determinado ramo de atividade”* (Holanda, 1999). Ou seja, é conhecimento aplicado, o que pressupõe que toda atividade produtiva traz, em si, um saber que é utilizado para executar determinadas tarefas que vão levar à criação de algo, ou seja, à realização de certos produtos. Na indústria, as tecnologias estão inscritas nas máquinas que, na maioria das vezes, dominam o cenário produtivo, mas estão presentes também no conhecimento do trabalhador, utilizado para operar essas máquinas e produzir inúmeras coisas, tais como sapatos, roupas, carros etc. Esses produtos serão consumidos, em algum momento futuro, por alguém que o produtor (o operário que fez o sapato) provavelmente jamais vai conhecer, isto é, quem produz não interage com o consumidor do seu produto.

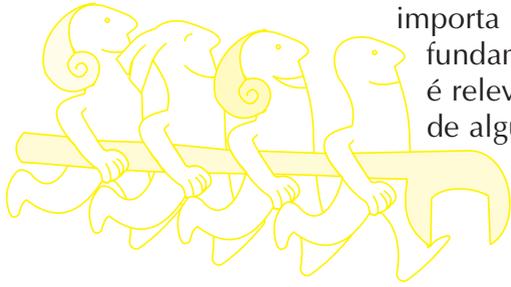
Chamo a sua atenção para o fato de que, nesse curto parágrafo, enquanto falamos da produção industrial, mencionamos dois tipos de tecnologia: a primeira, que está inscrita nas máquinas utilizadas no processo produtivo; e a segunda, que está na habilidade do operário definida pelo seu conhecimento técnico em relação ao produto, materiais, processo produtivo, operação da máquina etc.

No caso da saúde, diferente da indústria, o trabalhador que faz a assistência, podendo ser o enfermeiro, médico, dentista, psicólogo, auxiliar ou técnico de enfermagem, entre muitos outros, são os produtores da saúde e nessa condição interagem com o consumidor (usuário), enquanto estão produzindo os procedimentos. Mais do que isso, esses serão consumidos pelo usuário no exato momento em que são produzidos. Por exemplo: ao fazer um curativo, a auxiliar de enfermagem está produzindo algo, o curativo, em relação com o consumidor desse produto, o usuário, que o consome nesse exato momento.

Isso determina uma característica fundamental do trabalho em saúde, a de que ele é relacional, isto é, acontece mediante a relação entre um trabalhador e o usuário, seja ele individual ou coletivo. Por exemplo, a consulta só se realiza, quando o profissional de saúde está diante do usuário e, assim, com os demais atos produtores de procedimentos, tais como o curativo, a vacina, os diversos tipos de exames, atos cirúrgicos, reuniões de grupos, visitas domiciliares etc.

Podemos dizer que na saúde, além dos dois tipos de tecnologia já identificados nos processos produtivos, as que estão inscritas nas máquinas e no conhecimento técnico, há uma outra absolutamente fundamental, que é a tecnologia das relações. O que significa que para estabelecer relações de assistência e cuidado à saúde, é necessário um conhecimento que seja aplicado para essa finalidade, porque não são relações como outra qualquer, ela tem uma certa finalidade que é a saúde.

Esse debate das tecnologias de trabalho em saúde vem sendo realizado mais sistematicamente há alguns anos, em um primeiro momento por Ricardo Bruno Mendes Gonçalves (1994) que fez a diferenciação entre as tecnologias que estão inscritas nas máquinas e instrumentos de trabalho e aquelas do conhecimento técnico, tendo o autor chamado as primeiras de “tecnologias materiais” e as outras de “tecnologias não materiais”. Essa primeira diferenciação foi importante por reconhecer o conhecimento como tecnologia e coloca, no centro do debate do trabalho e produção da saúde, os sujeitos sociais portadores de conhecimento, que são os trabalhadores/produtores de saúde e, por excelência, aqueles que têm a capacidade de ofertar uma assistência de qualidade.



Sem descartar a importância que têm as máquinas e instrumentos que auxiliam no trabalho em saúde, na definição de diagnóstico e nas terapias, importa registrar que o trabalho humano é absolutamente fundamental e insubstituível. Para você notar o quanto isso é relevante para a produção da saúde, procure lembrar-se de alguma situação em que houve incorporação de novas tecnologias assistenciais no trabalho em saúde e isso tenha acarretado redução de postos de trabalho, como geralmente acontece na área industrial. Não há situação como essa, a não ser em algumas exceções na área de laboratórios. De resto, mantêm-se os postos de trabalho, porque é a pessoa quem de fato realiza o cuidado aos usuários e, interagindo com o mesmo, ambos são capazes de impactar seu estado de saúde.

Dando continuidade aos estudos na área, Merhy (1997), ao descrever sobre a produção do cuidado e suas tecnologias, estabeleceu três categorias para tecnologias de trabalho em saúde. Chamou de “tecnologias duras” as que estão inscritas nas máquinas e instrumentos e têm esse nome porque já estão programadas *a priori* para a produção de certos produtos; de “leveduras” as que se referem ao conhecimento técnico, por ter uma parte dura que é a técnica, definida anteriormente, e uma leve, que é o modo próprio como o trabalhador a aplica, podendo assumir formas diferentes dependendo sempre de como cada um trabalha e cuida do usuário; e “tecnologias leves” que dizem respeito às relações que, de acordo com o autor, são fundamentais para a produção do cuidado e se referem a um jeito ou atitude próprios do profissional que é guiado por uma certa intencionalidade vinculada ao campo cuidador, ao seu modo de ser, à sua subjetividade. São tecnologias, também, porque dizem respeito a um saber, isto é, competências para os trabalhadores de saúde lidarem com os aspectos relacionais que envolvem os atos produtivos, como já foi citado anteriormente.

Para começar a entender como a organização do trabalho influencia o modo de se organizar o cuidado aos usuários, é necessário verificar qual das três tecnologias tem prevalência sobre o processo de trabalho, no momento em que o trabalhador está assistindo os usuários.

## **O Trabalho Vivo em ato e o Processo de Trabalho em Saúde**

Como você pôde ver nas observações que fez do processo de trabalho, há situações em que o mesmo é dominado pela “tecnologia dura” e/ou “levedura”, ou seja, o trabalhador valoriza mais o instrumento que tem à mão, do que a atitude acolhedora que pode e deve ter em relação ao usuário, quando faz o atendimento. Isso significa que, muitas vezes, a relação, o diálogo e a escuta são colocados em segundo plano, para dar lugar a um processo de trabalho centrado no formulário, protocolos, procedimentos, como se esses fossem um fim em si mesmos. O resultado último que se pretende é o de reduzir o sofrimento, melhorar a qualidade de vida, criar autonomia nas pessoas para viverem a vida.

Imaginemos que há sempre várias formas de se comportar com o usuário durante o trabalho de assistência à saúde. Por exemplo, pense em um



trabalhador fazendo uma anamnese. Ele pode fazer essa atividade de duas formas distintas, quais sejam: 1º – O profissional pega um roteiro/questionário, mal cumprimenta o usuário e começa a fazer as perguntas, olhando e anotando no questionário à sua frente. Restringe-se às perguntas, age de modo formal, distante e frio. 2º – O profissional pode ter o roteiro/questionário que lhe serve de guia, mas abre espaço para a fala e a escuta do usuário sobre aspectos não roteirizados, realiza uma introdução que o deixa mais à vontade, a fala não se restringe às perguntas do questionário, troca olhares, interage, discute os problemas percebidos, qualifica a atenção e o cuidado.

No primeiro caso, podemos dizer que o processo de trabalho de produção da anamnese foi dominado pela tecnologia dura representada nesse ato pelo instrumento roteiro/questionário. Houve uma substituição dos atos de fala e escuta, para a linguagem fria do texto do roteiro, ao qual o trabalhador ficou preso. Isso reduziu de alguma maneira o aspecto relacional desse trabalho. Já no segundo caso, o aspecto relacional é valorizado, isto é, há o domínio da tecnologia leve no processo de trabalho, servindo o instrumento apenas como seu auxílio. Nesse caso, a relação entre trabalhador e usuário torna-se dinâmica, há valorização dos gestos mútuos de cuidado e produção da saúde.

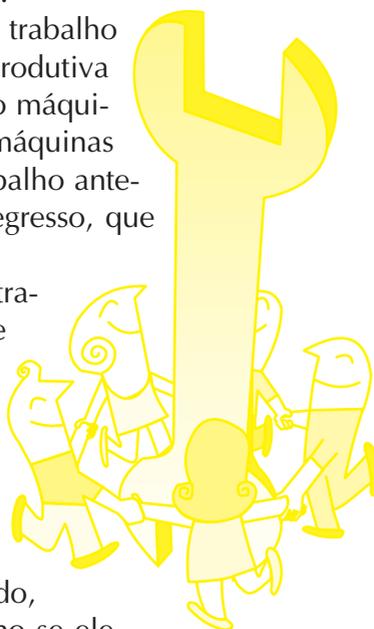
Mas o que torna o trabalho, quando realizado de forma centrada nas tecnologias leves, mais produtivo e interessante para o usuário e o trabalhador de saúde? Que aspectos vão se organizando para que ele ganhe essa dinâmica e maior resolutividade?

De novo nos valem de Merhy (1997, 2002) para dizer que as tecnologias leves são aquelas mais dependentes do *Trabalho Vivo em ato*.

Ao ler a expressão acima, seria natural que você se dividisse entre dois sentimentos: o da sua beleza “*trabalho vivo*” e a curiosidade em relação ao seu significado. Estaria se perguntando: e há *trabalho morto*? A resposta é sim, há trabalho morto e vamos falar de ambos a seguir.

Trabalho Vivo é a expressão que dá significado ao trabalho em ato, isto é, no exato momento da sua atividade produtiva (Merhy; 1997, 2002; Franco, 2003). Trabalho morto são máquinas e instrumentos possuem esse nome porque sobre as máquinas e instrumentos existentes já se aplicou determinado trabalho anterior, ou seja, eles já trazem uma carga de trabalho pregresso, que lhes deu forma e função.

Quando o processo de trabalho é comandado pelo trabalho vivo, o trabalhador tem uma grande margem de liberdade para ser criativo, relacionar-se com o usuário, experimentar soluções para os problemas que aparecem e, o que é mais importante, interagir, inserir o usuário no processo de produção da sua própria saúde, fazendo-o sujeito, isto é, protagonista de seu processo saúde-doença. Já quando hegemonizado pelo trabalho morto, o processo de trabalho é pré-programado, porque fica sob o comando dos instrumentos, age como se ele



fizesse um aprisionamento do trabalho vivo, limitando a ação do trabalhador àquilo que já foi determinado pela programação da máquina, protocolo, formulário etc. Aqui há pouca interação entre trabalhador e usuário, construção de sujeitos nesse encontro realizado para produzir o cuidado. Há apenas um processo frio e duro de produção de procedimentos.

Toda atividade produtiva envolve sempre o Trabalho Morto e o Trabalho Vivo em ato, para que se realizem os produtos desejados. No processo de trabalho, um deles tem a hegemonia e determina, no caso da saúde, o perfil da assistência. Voltando ao nosso exemplo, em que um trabalhador de saúde vai fazer uma anamnese, podemos dizer que o roteiro/questionário é trabalho morto e os atos de fala, escuta, olhares são trabalho vivo em ato. Quando o roteiro comanda o processo de trabalho (1º caso), podemos dizer que é um processo de trabalho que tem hegemonia do trabalho morto e é dependente das tecnologias duras. Quando há o inverso (2º caso), há hegemonia do trabalho vivo, lugar próprio das tecnologias leves.

## **A Composição Técnica do Trabalho – CTT<sup>1</sup> e Micropolítica**

Talvez você se pergunte: E como eu sei quando o processo de trabalho está centrado no Trabalho Morto ou no Trabalho Vivo em ato? Pela observação do modo como o profissional age com o usuário, pela atitude frente ao problema de saúde, é possível perceber se suas ações são cuidadoras ou não.

À razão entre o Trabalho Morto e Trabalho Vivo no interior do processo de trabalho, chamamos de Composição Técnica do Trabalho (Franco, 2003). Ela serve para analisar o processo de trabalho, como já foi dito aqui, através da sua observação e a percepção de como se dá o trabalho, a atitude do profissional, a sua implicação com o problema de saúde do usuário e o protagonismo desse diante da sua própria forma de fazer a assistência à saúde. É uma percepção, não quantificável, do modo de produção do cuidado. Quanto maior a hegemonia do Trabalho Vivo nesse processo, maior é o nível de cuidado que se tem com o usuário.

Importa registrar que um processo de trabalho, para ter maior volume de Trabalho Morto ou Trabalho Vivo implicado com o mesmo, depende do próprio trabalhador. Essa afirmação tem por base uma característica fundamental do processo de trabalho em saúde: a de que o trabalhador possui um razoável autogoverno sobre o seu processo de trabalho, isto é, ele comanda o modo como vai se dar a assistência. Se essa acontece por parâmetros humanitários, com atitudes acolhedoras, ou ao contrário, de forma burocrática e sumária, é determinada por quem está em ato, na relação com o usuário, no caso, o próprio trabalhador. O espaço de trabalho, onde há realizações impulsionadas pela prática de cada um, é o lugar da micropolítica, para o caso que estamos vendo, de produção de saúde.

---

1. A Composição Técnica do Trabalho – CTT a razão entre o Trabalho Morto e Trabalho Vivo presente no núcleo tecnológico de produção do cuidado, do processo de trabalho. (Franco, 2003).



---

## E o que é a micropolítica?

---

É o protagonismo dos trabalhadores e usuários da saúde, nos seus espaços de trabalho e relações, guiado por diversos interesses, os quais organizam suas práticas e ações na saúde. Assim o espaço da micropolítica não é *uno*, é múltiplo de quantas identidades se inscreverem nesse lugar, como sujeitos que pretendem realizar seus projetos, sejam eles identificados com o campo individual ou coletivo; privado ou público; cuidador ou não cuidador; enfim, é aí que se define de fato o perfil da assistência, porque é nesse lugar que se dá o trabalho em saúde.

Os processos de produção da saúde mais tradicionais organizam campos de ação no espaço da micropolítica, estruturando processos produtivos centrados no instrumental e nas normas dependentes do trabalho morto, como formas de garantir maior produção de procedimentos. Isso foi construído historicamente, através da prevalência dos interesses da indústria de medicamentos e equipamentos biomédicos na determinação dos **desenhos organizativos da atenção em saúde**, que operam criando uma consciência e subjetividade entre os diversos profissionais, que dá formação ao imaginário de que a qualidade da assistência está vinculada ao uso das tecnologias duras e leve-duras, isto é, equipamentos e conhecimento especializado. Isso acontece com uma anamnese, como já informamos, como também em relação a consultas, em que o profissional prioriza a prescrição de procedimentos e praticamente anula os atos de fala, escuta, toque, relações, que são próprios da clínica, ou qualquer outro procedimento que se realiza. O mesmo repete-se em reuniões de grupo, onde predomina a fala técnica, centrada no profissional e não se abre para a escuta dos usuários portadores de algum problema crônico de saúde, e que têm a necessidade de falar das suas angústias, dos estigmas da doença, dos processos existenciais os quais impactam seu modo de estar no mundo. O processo de trabalho centrado na norma e no protocolo (trabalho morto) reduz sobremaneira o campo de cuidado aos usuários.

A micropolítica é o lugar onde se manifesta e se produz a subjetividade.

---

## E o que é a subjetividade?

---

É um modo próprio e específico de ser e atuar no mundo e em relação com os demais. Vale dizer que a subjetividade é dinâmica, muda de acordo com as experiências de cada um, é afetada pelos valores e cultura que a pessoa vai internalizando ao longo da vida e do tempo. Ela é produzida socialmente e nunca está acabada. A história e as experiências de vida, as relações com grupos ou indivíduos disparam mudanças no jeito de ser e agir de cada um, o que chamamos de “processos de subjetivações” que vão mudando as pessoas, ou seja, produzindo novas subjetividades. O trabalho é uma das experiências mais ricas que uma pessoa tem e, por isso, ele produz nela novas formas de entender e agir no mundo e com as outras pessoas. A isso chamamos de “nova subjetividade”. Ao produzir coisas e serviços, como o de assistência à saúde por exemplo, o sujeito produz a si mesmo. Um dos efeitos em se tornar sujeito é o de ganhar maior capacidade de intervir sobre a realidade, ser protagonista de mudanças sociais, coletivas e individuais.



Sobre **desenhos organizativos da atenção em saúde**, ver o momento 2 da Unidade Análise do Contexto da Gestão e das práticas de saúde, módulo específico do tema.

---

A personagem de Guimarães Rosa, Riobaldo Tatarana, nos fala da sua percepção de toda essa questão, de uma forma clara:

*“O senhor... Mire veja: o mais importante e bonito, do mundo, é isto: que as pessoas não estão sempre iguais, ainda não foram terminadas – mas que elas vão sempre mudando. Afinam ou desafinam. Verdade maior. É o que a vida me ensinou. Isso que me alegra, montão”.*

(RIOBALDO TATARANA EM GRANDE SERTÃO: VEREDAS;  
JOÃO GUIMARÃES ROSA)

As afirmações de que *“as pessoas não estão sempre iguais... não foram terminadas”* e *“elas vão sempre mudando”* expressa muito bem algo que existe em cada um e que o diferencia dos demais, tornando-o singular, ao mesmo tempo em que afirma que isto é uma construção perene.

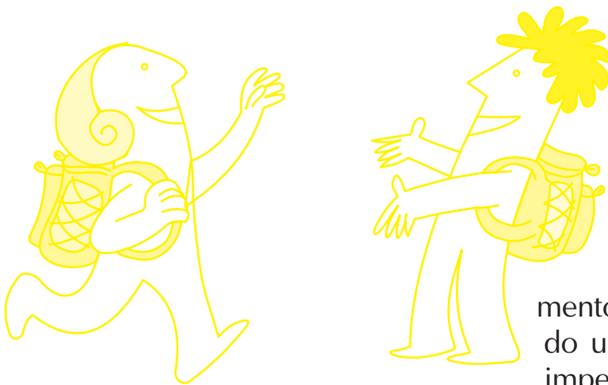
Muito se tem discutido sobre o tema da subjetividade e o modo como influencia a forma de as pessoas enxergarem e atuarem no mundo. A questão é universal, atravessa os tempos. A subjetividade impulsiona a pessoa a atuar no ambiente da micropolítica. Micropolítica é a *“arte ou ciência de governar”* que cada um tem, seus próprios espaços de trabalho, relações, enfim, de vida. Um dos espaços onde isso se dá, é no lugar onde a pessoa trabalha e produz. Ela faz isso de acordo com certo sentido, isto é, determinados fins os quais considera mais adequados aos seus interesses ou desejos.

Foi tentando encontrar sentidos para a subjetividade e seu impacto na formação do campo social, que o filósofo e psicanalista francês Félix Guattari definiu que a subjetividade pode ser *“solidária”*, baseada em valores

societários, humanitários e de cidadania, que levem à construção de um mundo novo; e pode ser *“capitalística”*, quando opera a partir dos objetivos privados e individuais, reproduzindo as muitas formas de enquadramento das pessoas nas normas sociais vigentes (Guattari, 1998). Por exemplo, um profissional que tem um grande conhecimento técnico em uma determinada área, ao cuidar do usuário, pode se relacionar com ele de forma impessoal, sumária e burocrática; já outro profissional,

igualmente conhecedor dos problemas de saúde, pode estabelecer relações humanizadas e acolhedoras com os usuários. Veja bem, mesmo equiparando-se tecnicamente, os dois profissionais têm atitudes completamente diferentes e o que determina seu modo de ser, quando realiza a assistência ao usuário, não é uma lei ou norma do serviço, isto é, não há uma racionalidade guiando seu comportamento, é sua subjetividade que atua quando ele está trabalhando, determinando assim o seu modo de agir perante o usuário e seu problema de saúde.

E não é apenas o profissional que tem uma certa subjetividade quando está em serviço, mas o usuário também traz uma história de vida, de relações, conhecimento acumulado, uma dada cultura, enfim, inúmeros fatores que determinam seu modo próprio de ver e atuar no mundo. Como a assis-



tência à saúde se dá a partir do encontro dos dois, trabalhador e usuário, ambas as subjetividades podem influenciar um ao outro mutuamente. É como se essa relação que se estabelece para a produção do cuidado criasse uma situação em que um afeta ao outro com toda a carga de subjetividade que têm, permeando o processo de trabalho no exato momento em que se dá a assistência. Mas para que isso ocorra, é necessário haver espaço de conversas entre ambos, o que não ocorre em um processo de trabalho que é sumário e burocrático e trata o usuário como um objeto sobre o qual deve ser realizado um procedimento a fim de reabilitar seu corpo doente, e ponto. A relação produtiva mesmo só vai acontecer se o usuário for tratado como sujeito, que pode ser ele também um protagonista do seu processo saúde-doença.



**Mas será que o processo de trabalho em determinado estabelecimento de saúde é sempre ou de um jeito, centrado nos instrumentos e normas; ou de outro jeito, nas relações? É possível haver estabelecimentos de saúde onde haja uma mistura entre as duas formas de agir no cuidado aos usuários?**

Vou deixar essas perguntas para você responder. Para isso, pode usar uma ferramenta apropriada para análise do processo de trabalho que é o Fluxograma Descritor, descrito abaixo.

## **O Uso do Fluxograma Descritor para Análise do Processo de Trabalho**

Segundo Franco & Merhy (2003), o Fluxograma é uma representação gráfica de todas as etapas do processo de trabalho. É uma forma de olhar o que acontece na operacionalização do trabalho no cotidiano. Ele é representado por três símbolos, convencionados universalmente: A elipse, representa sempre a entrada ou saída do processo de produção de serviços; o losango, indica os momentos em que deve haver uma decisão para a continuidade do trabalho e um retângulo, diz respeito ao momento de intervenção, ação, sobre o processo.

Procura-se, com o Fluxograma, interrogar a micropolítica da organização do serviço de saúde e, assim, revelar as relações ali estabelecidas entre os trabalhadores e desses com os usuários, os nós-críticos do processo de trabalho, o jogo de interesses, poder e os processos decisórios. Pretende-se, assim, ao retratar todos processos e interesses implicados na organização do serviço, revelar áreas de sombra que não estão claras e explícitas para os trabalhadores e gestores do serviço.

Para aqueles que queiram aplicar o fluxograma em uma Equipe de Saúde da Família ou Unidade de Saúde, descrevemos abaixo algumas dicas que ajudam nisso. Mas, lembre-se, cada caso deve ser tratado com especificidade, então isso que está aqui deve ser adaptado à situação específica.

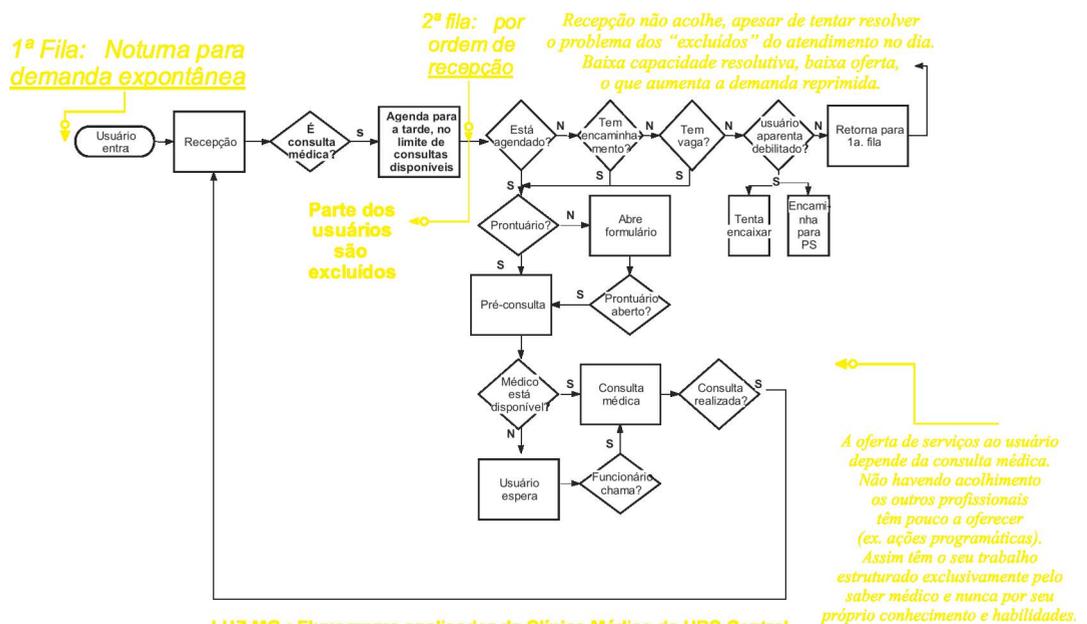
1. Reúna a equipe de Saúde da Família ou da Unidade Básica de Saúde. É importante que o fluxograma descritor do processo de trabalho seja elaborado coletivamente, porque quem mais conhece e entende o processo de trabalho é quem está efetivamente trabalhando;

- Coloque sobre a parede (pregue com fita crepe) folhas de papel pardo sobre os quais vai ser desenhado o fluxograma. É importante que todos estejam visualizando sua construção para facilitar a compreensão do processo de trabalho;
- Inicie a conversa com a equipe perguntando sobre o acesso do usuário ao serviço. Vá anotando no papel a expressão gráfica desse acesso;
- Em seguida, interrogue o pessoal que trabalha na recepção e assim, sucessivamente, vá solicitando à equipe que relate o processo de trabalho, segundo os itinerários que são feitos pelo usuário quando busca assistência nesse serviço;
- Ao final, é importante fazer uma revisão desse caminho, retomando o processo de trabalho novamente. Há sempre alguma coisa para ser mudada ou que foi esquecida. A revisão ajuda a aperfeiçoar o fluxograma.

Abaixo, reproduzimos, como exemplo, um fluxograma resumo do processo de trabalho de uma Unidade Básica de Saúde:

Exemplo<sup>2</sup>:

Este fluxograma retrata a entrada de uma Unidade Básica de Saúde de tipo tradicional. Se pensarmos esta Unidade Básica de Saúde dividida em Unidades de Produção de Serviços, temos, nesta etapa representados os fluxos da **Unidade de Recepção**, a **Unidade de Consulta Médica** e a **Unidade de Prontuários**.



LUZ-MG : Fluxograma analisador da Clínica Médica da UBS Central. Outubro de 1999.

Tylio Franco

2. Do livro: "O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano" de Merhy, E.E. et al. HUCITEC, São Paulo, 2003; pp. 166:168.



## Descrição da primeira parte do fluxograma:

O primeiro problema evidente no fluxograma diz respeito à fila que se forma na madrugada, às vezes na noite anterior, de usuários em busca da “ficha” (uma senha) que dá acesso à consulta médica. Após enfrentar a fila (chamada aqui de 1ª fila), os usuários entram na Unidade às 7 hs. (horário em que se iniciam os expedientes) e se dirigem à recepção para receberem a ficha e agendarem a consulta médica, por ordem de chegada. Após conseguirem agenda, para efetivamente acessarem a consulta que se realiza à tarde, será necessário enfrentar uma 2ª fila (à tarde), também por ordem de chegada. O processo burocrático de acesso à consulta, a inexistência de dispositivos como o Acolhimento e a baixa oferta excluem a maioria dos usuários da assistência.

Para a consulta à tarde, o usuário tem de estar previamente agendado (o que deve ter sido feito pela manhã). Verificada a existência de vagas, os usuários são encaminhados para a consulta. (Aqueles que ficam excluídos da consulta, se estiverem “debilitados”, questão que é verificada pela auxiliar de enfermagem da recepção, são encaixados no horário do médico ou encaminhados para o serviço de urgência do Pronto Socorro. Caso contrário, esse usuário tem de voltar na madrugada para a 1ª fila, a fim de tentar conseguir agenda no dia seguinte). Depois dos procedimentos de rotina, em torno da providência de prontuários, realiza-se a consulta médica”. (Franco, T.B.; *O Uso do Fluxograma Descritivo e Projetos Terapêuticos para Análise de Serviços de Saúde, em apoio ao Planejamento: O caso de Luz – MG* in: *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*; Merhy, et. al; Hucitec, São Paulo, 2003; pp. 166:168).

Encerramos aqui a discussão sobre o processo de trabalho em saúde, deixando claro que esse é o início de um longo e duradouro debate sobre o tema, ao qual você deve estar atento e aberto a perceber novidades na área. Elas sempre aparecem, pois é um campo fértil e aberto para novos arranjos na organização do trabalho em saúde.

## Referências Bibliográficas

- HOLANDA, A B. *Novo Aurélio*, Dicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira, 1999.
- CAMPOS, G.W.S. *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*. S. Paulo: Hucitec, 1994.
- CECÍLIO, L.C.O. *As Necessidades de Saúde como Conceito Estruturante na Luta pela Integralidade e Equidade na Atenção em Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO; 2001.
- FRANCO, T.B. *Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde: um olhar a partir do Sistema Cartão Nacional de Saúde*. (Tese de Doutorado). DMPS/UNICAMP: Campinas (SP), 2003.
- FRANCO, T. B. MERHY, E. E. O uso de ferramentas analisadoras dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP. In: MERHY, E.E. et. al. *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- GONÇALVES, R.B.M. *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994.
- GUATTARI, F. *Caosmose*. São Paulo: EDITORA 34, 1998.
- MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do Trabalho Vivo em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.), *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do Trabalho Vivo*. São Paulo: Hucitec, 2002.



## **Texto 3**

# **Velocidade e intervalo no tempo da saúde**



## Velocidade e Intervalo no Tempo da Saúde

- Ei, você!
- Quem, eu?
- Sim, você! Lembra de mim?
- Ah, sim!
- Meio sem graça, logo emenda:
- Como vai?
- Vou bem! E você?
- Tudo bem! Bom, até logo!

Você já passou por algo parecido?

Andamos em um dia-a-dia tão corrido que não temos tempo para prestar atenção nas pessoas, nas coisas ou nos lugares. Estamos sempre com pressa. Não é mesmo?

Você tem feito ou recebido visitas de amigos ou familiares? Quando foi a última vez que você se sentou despreocupado e ficou por horas conversando com alguém?

Os modos de viver, de trabalhar e de estabelecer relações com o outro produzem nossos modos de sentir, falar, agir e estar na vida, no trabalho e nas relações.

E na saúde? Como estamos produzindo o nosso trabalho e os nossos modos de sentir, falar, agir e estar? Como estamos enfrentando as dores e os sofrimentos, nossos e do outro?

No trabalho em saúde, não precisamos nos condenar ao peso da dor, do sofrimento e das carências. Também não podemos limitar nosso olhar e nossa escuta apenas ao que detectam nossos instrumentos de diagnóstico: ausculta, palpação, laboratório, imagenologia etc. Precisamos inventar, cada um à sua maneira, formas para não nos deixarmos petrificar e não desaprendermos a ver e ouvir afetos e vivências. Precisamos de leveza... Voar para outros espaços de produção de ações de saúde, ressignificando o próprio trabalho e recriando a vida.

Mas “qual saúde bastaria para libertar a vida em toda parte onde esteja aprisionada pelo homem e no homem”, pergunta-nos Deleuze (1997). Apos-tamos em nossa potencialidade criativa de inventar formas de liberar a vida onde estiver aprisionada?

*O que fazer da vida senão viver? Busquemos a vida onde se possa encontrá-la. Uma vez que a tivermos encontrado, ela mesma resolverá os problemas. Cada vez que nós negamos a vida a fim de resolver uma dificuldade, fazemos nascer dez outros problemas em vez do primeiro [...] Quando os homens buscarem em primeiro lugar a vida, eles não buscarão mais as terras nem o ouro. [...] Buscai a vida e a vida trará a mudança.../Tudo o que é vida é vulnerável, só o metal é invulnerável. Combatei pelo frágil desabrochar da vida, mas então não cedei jamais*

(LAWRENCE, 1989, APUD PELBART, 2000, p. 67-68).

Liberar a vida é fazê-la passar pelas brechas e fissuras que se abrem no cotidiano.



### Mas onde estão essas brechas e fissuras?

Vivemos esse paradoxo, as brechas e fissuras estão no cotidiano e muitas vezes nem as percebemos. E mais, é por elas que passam as forças do **desejo**, desejo que nos move e nos põe em ação.

No cotidiano, nos vemos engolidos pela labuta, rotinas e modelos. Somos capturados, atropelados, atravessados por solicitações sem fim, todas para ontem, e não percebemos que isso é resultado de processos mais gerais da sociedade – a subjetividade contemporânea – a instantaneidade, a velocidade, a multiplicidade, a visibilidade, a serialidade – as quais veremos mais adiante.

Essa subjetividade contemporânea conforma também o cotidiano dos serviços de saúde e nos afeta. O problema não é sermos afetados e, sim, não percebermos que fomos capturados.

Façamos uma pausa...

### “O sertão está em toda a parte”, Guimarães Rosa

*E uma secura árida e cálida toca nossa pele fazendo-a grossa, espessa e avessa ao toque.*

*Solidão, carência, imobilidade, consumo e pressa...*

*Viver correndo e o con-viver morrendo...*

*Onde mesmo precisamos chegar? O que há para alcançar?*

Passam os anos e ficamos todos assim, meio homogêneos, vestidos de calça jeans, comendo hambúrgueres e passeando nos *shopping centers*. Há



**Desejo** aqui está sendo usado não como força criada pela falta, base da concepção de Freud, mas de Processo Primário como uma força inconsciente, uma energia que flui positivamente impulsionando a busca de prazer, levando à invenção ou produção do novo e de inéditos (sem apego ao que existe como se fora um para sempre).



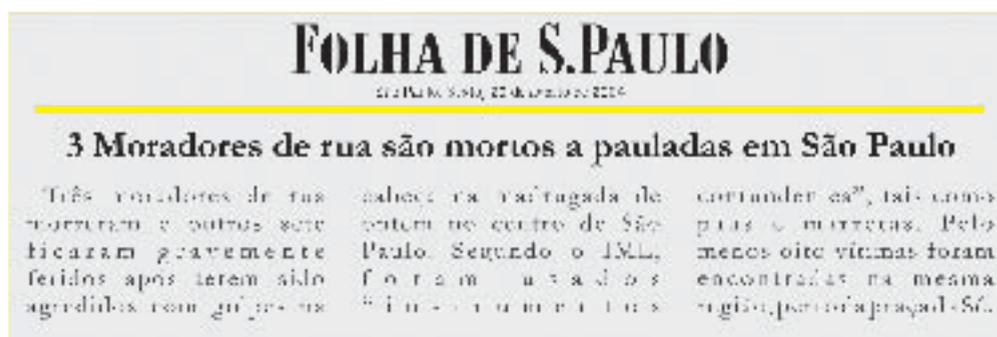
uma certa força que nos faz agir assim, há um certo controle para que nos enquadremos.

A sociedade produz subjetividades que nos fazem oscilar entre extremos – a alienação e opressão ou a criação e expressão. A alienação passa pela fabricação de subjetividades em série, passa por modos de viver constituídos como numa esteira de uma linha de produção, contínua homogeneização. A criação e expressão são processos de liberação de vida, de singularização.

A vida? Então, a vida no modo capitalista de produção parece ter equivalência com mercadorias e com coisas muito banais. Basta olharmos para as manchetes de jornais e leremos notícias sobre assassinatos e muita violência motivados por dívidas de jogo, brigas de trânsito e tráfico de drogas, entre outros. Em alguns casos, sem motivo algum.

A vida está valendo quase nada, por muito pouco mata-se o outro como a um inseto.

Veja a matéria publicada na Folha de São Paulo:



## O espetáculo e a violência na saúde

E na saúde, onde está a vida?

Vida mercadoria?

Tá lá o corpo estendido no chão!

Entre a vida e morte severina.

Fragmentos. Procedimentos. Pacientes poliqueixosos?

Sangue, suor e cerveja.

Espectáculo? A violência na saúde? Espectáculo da violência na saúde?

Freqüentemente somos atravessados pela violência na saúde, seja pela demanda (vítimas dela) que nos chega para atendimento, seja pela forma violenta com que algumas pessoas encontram alternativa para ter direito ao atendimento em saúde, seja pelo desrespeito, descaso, desatenção etc. Freqüentemente essas situações tomam uma visibilidade sobre a qual precisamos refletir.

“O espetáculo não é um conjunto de imagens, mas uma relação social entre pessoas, mediada por imagens” (Debord, 1997, p. 14). Bom e ruim, feliz e infeliz. Precisamos indagar: a serviço de que algo conforma-se como



espetáculo? Quem é o espectador? Quem é (são) o(s) protagonista(s)? “O espetáculo é ao mesmo tempo o resultado e o projeto do modo de produção existente” (Debord, 1997, p.14) e expressa uma degradação da vida social do ser para o ter, para o parecer.

Esse movimento parece também emergir de certas forças que regem as sociedades contemporâneas, que as colocam em uma transição, da civilização da culpabilidade para uma civilização da vergonha (Enriquez, 1994 apud Sá, 2000). Na primeira, o sentimento de culpa provoca uma luta interna nas pessoas entre os sentimentos de agressividade, inveja e amor e, de certo modo, essa luta “controla” a violência. Na civilização da vergonha, toleram-se atos repreensíveis, desde que não sejam descobertos, levando-nos a viver um mundo de aparências.

Nessa perspectiva, podemos identificar “uma certa tolerância” a ações violentas, desrespeitosas, desonestas, desde que não sejam descobertas. Estaríamos imersos na lógica da produção do espetáculo, na busca de prestígio, de aplauso e admiração por termos feito o nosso trabalho na saúde? Estaríamos imersos nessa lógica da civilização da vergonha, tolerando coisas, mesmo às custas de sofrimentos e conflitos éticos?

É premente a necessidade dos trabalhadores de reconhecimento pelo trabalho executado. Reconhecimento social, mas antes de tudo, do próprio trabalhador. Reconhecer-se no que faz. Realizar-se por meio do trabalho, implicar-se, responsabilizar-se, satisfazer-se.



**Temos de interrogar: Qual é o sentido do trabalho para o trabalhador? Qual sentido o trabalhador dá a seu trabalho?**



O trabalho precisa fazer sentido para o trabalhador, para o usuário e para a sociedade. No entanto, temos nos afastado do nosso fazer. Nossos gestos são externos, procuramos proteção no distanciamento da dor do outro. Utilizamos escudos para nos protegermos e não alcançamos nosso intento: cuidar do outro no seu momento de dor e sofrimento.

Agimos segundo regras e normas instituídas, duras, pouco flexíveis. Para tudo há uma resposta prévia, uma conduta fixa, igual para todos. Assim, não entramos em contato com o outro, com nossos sentimentos, nossa existência, produzimos separação – nós, o resultado do nosso trabalho e o outro, o usuário.

Agimos imersos em forças que regem as sociedades, essa mesma sociedade que agride o corpo produzindo chacinas, produz o culto da aparência, o espetáculo e a intensa valorização das formas esculturais de corpo.

O envelhecimento é negado, as rugas odiadas, as marcas do corpo apagadas e a morte adiada em unidades de terapia intensiva. O corpo esbelto e esguio é perseguido a qualquer custo e em todas as idades. Dietas, *personal trainers* ou contrato de especialistas para orientar jeitos *fashion* de se vestir, são alguns dos objetos desejados para consumo, assim como o mais novo e menor celular, o último modelo de carro, a mais nova técnica de cirurgia plástica. A grande massa de trabalhadores desempregados ou em mercado informal de trabalho luta para conseguir sobreviver, sonhando com o *fast food*, a tv, o tênis da moda etc.

Desconfiados, tememos quando uma criança se aproxima do nosso carro parado no semáforo. Sensação desconfortante a de ver um acidente ou alguém pedindo ajuda e ter de suspeitar: será um assalto? Devo envolver-me?

Estamos imersos em um individualismo que corrompe cada iniciativa de troca, de afago, de coletivo. O outro é só um concorrente, ou pior, uma ameaça.



**Esses aspectos aparecem na saúde? De que forma? Em quais circunstâncias?**

As cidades se constroem com cada vez mais muros e cercas, territórios fechados. Condomínios exclusivos para os ricos com guaritas, câmaras de vídeo e seguranças. Guetos de casas simples, muitas inacabadas, com moradores que convivem com toque de recolher mesmo não havendo guerra explícita e anunciada.

A solidariedade está em baixa, muitos espaços públicos são privatizados. A praça torna-se lugar só para alguns poucos, praias são fechadas com muros e portões dos condomínios.

Ah! Que saudade dos tempos de conversas de vizinhos na calçada, do cheiro de terra molhada pela chuva fina e das épocas das jabuticabas compartilhadas por toda a criançada direto no pé. Essas situações estão se tornando cada vez mais raras...

## **A instantaneidade**

Estamos na era das mídias, das telecomunicações instantâneas. A internet que nos leva a qualquer hora e a qualquer lugar, o celular que acessa a

internet. Vejam só, o avião a essa altura até parece meio ultrapassado! Podemos em menos de um minuto falar com alguém que esteja do outro lado do mundo.

Essa lógica se espalha por todo o campo e nos afeta de modo específico. Como diz Virilio (1996), a velocidade nos faz habitar o não-lugar, um território dinâmico, onde vamos lidar com a surpresa, com informações que já não condizem com a realidade, pois, quando a informação nos chega, a realidade já é outra. Todo esse dinamismo, essa velocidade, nos dá uma espécie de vertigem, tira nosso chão, as nossas certezas, tudo passa muito rápido e vemos uma fusão, homogeneidade de cores, de formas, de tudo, colocando-nos na busca de novos sentidos nesse não-lugar.

Essa lógica da velocidade nos transforma em pessoas muito ocupadas, sem tempo para nada. Essa lógica impõe uma pressa nos trabalhadores e nos usuários; atendimentos rápidos, medicamentos com efeitos instantâneos, desaparecimento imediato dos sintomas. Tudo correndo, tudo rapidinho!

Embora essa seja a proposição da lógica hegemônica, a lida na saúde exige outros tempos. Estamos falando do tempo necessário para a construção do trabalho em saúde, constituição de equipes, estabelecimento de vínculos com os usuários, famílias, coletividades locais. Esse tempo necessário não é o do relógio ou do calendário e nem é a supressão do tempo, mas o tempo dos intervalos, das aprendizagens, da aceitação e da incorporação. É o tempo do caminhar pelas ruas, do sentar no banco da praça, do demorar-se sob a água do chuveiro... Olhos nos olhos, ouvir o choro, captar a dor, receber ou ofertar um aceno amigo.

O tempo no trabalho em saúde requer uma certa lentidão, um certo torpor corporal, um certo estado de se deixar sentir em que se deixe fluir o tempo até que nesse fluir sinta-se o momento de agir. A clínica é o momento de decidir e fazer acontecer. A equipe é um momento coletivo de produção.

Como suportar a pressão da lógica da instantaneidade e abrir espaço para o fluir do tempo e para sentir o momento de agir ou para criar o sentido de coletivo?

Precisamos dar tempo para o pensamento, para a criação e para as sensações. Precisamos aceitar diferentes temporalidades, ritmos e movimentos. Precisamos perceber o próprio tempo e o tempo do outro e respeitá-los.

Como lidar com o diverso, o desconhecido ou o não-saber se não os permitimos aparecer? Precisamos enfrentar essa tensão permanente entre ser instituído pelas regras da sociedade e querer auto-instituir-se, expressar e criar formas de viver a vida que façam sentido.

Precisamos enfrentar as tensões e conflitos decorrentes do encontro de diferentes temporalidades: da sociedade, das instituições, dos grupos e das pessoas. Nesses encontros de temporalidades, podemos produzir conexões, combinações, ressonâncias mil. Torcemos por conexões que tenham força para abrir brechas na instantaneidade, brechas através das quais se possa ressignificar as tensões, viver e curtir as dores e as delícias de uma vida vivida como ato de coragem.

Há, nisso tudo, nesse grande sertão, veredas! Vontades e potências.



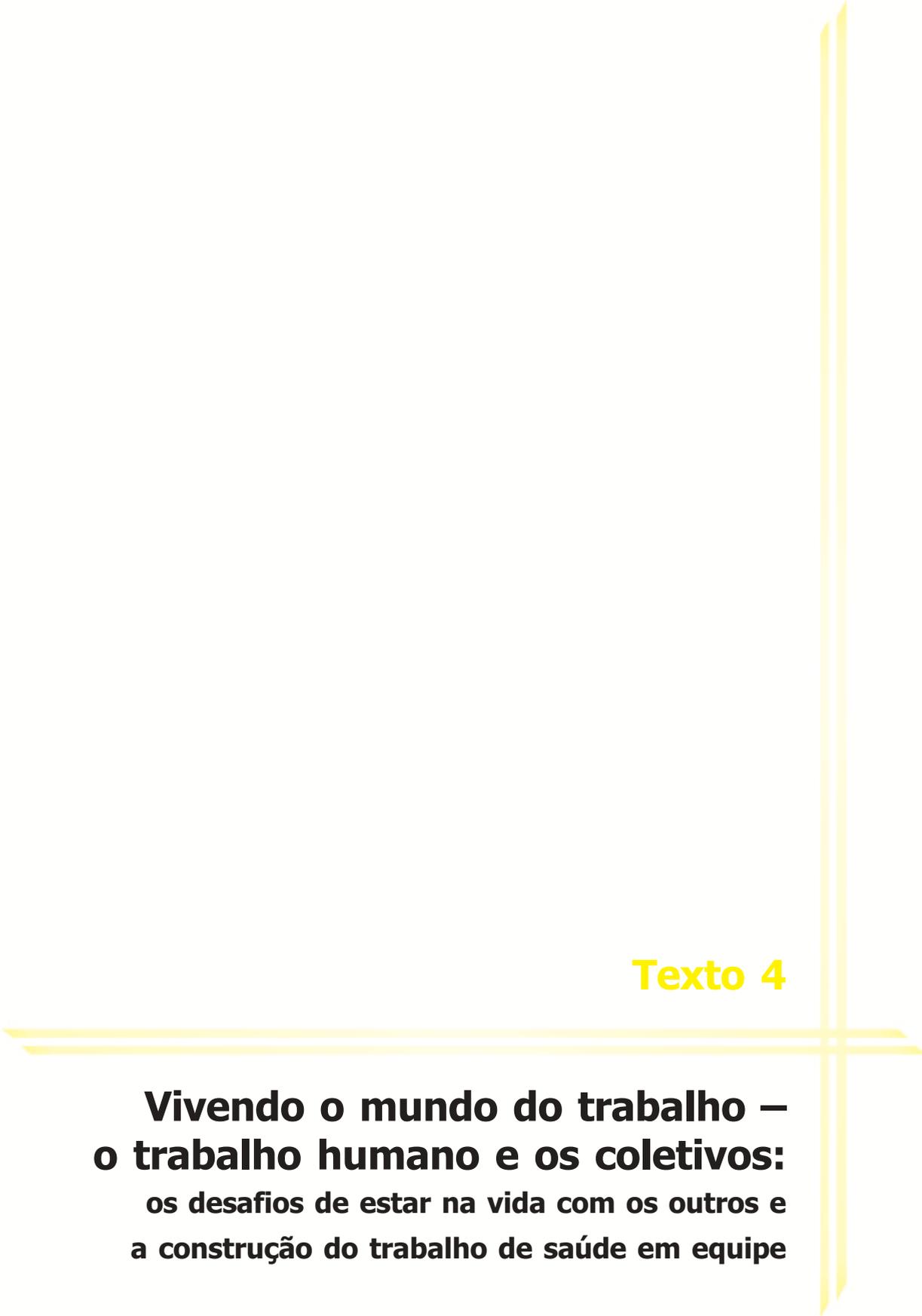
## Referências Bibliográficas

- BAREMBLITT, G.. *Introdução à esquizoanálise*. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari, 1998.
- DEBORD, G.. *A sociedade do espetáculo*. Trad. Estela dos Santos Abreu. Rio de Janeiro: Contraponto, 1997.
- DELEUZE, G.. *Crítica e clínica*. Trad. Peter Pál Pelbart. São Paulo: Ed. 34, 1997.
- PELBART, P. P. *A vertigem por um fio: políticas da subjetividade contemporânea*. São Paulo: Fapesp/Iluminuras, 2000.
- SÁ, M. C. Subjetividade e projetos coletivos: mal-estar e governabilidade nas organizações de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, v.6, n.1, 2001, p.151-164.
- VIRILIO, P. *Velocidade e política*. Trad. Celso M. Paciornik. São Paulo: Estação Liberdade, 1996.

## Referência Iconográfica

Página 86 - DRUMMOND, Bruno. Gente fina. *Revista O Globo*, 2004.





## Texto 4

**Vivendo o mundo do trabalho –  
o trabalho humano e os coletivos:  
os desafios de estar na vida com os outros e  
a construção do trabalho de saúde em equipe**



## **Vivendo o mundo do trabalho – o trabalho humano e os coletivos: os desafios de estar na vida com os outros e a construção do trabalho de saúde em equipe**

*A humanidade vive perto de todos nós e, como o coração, prefere o lado esquerdo. Devemos encontrá-la, temos de nos encontrar. Não é preciso conquistar o mundo. Basta fazê-lo de novo. Nós. Hoje*

*(SUBCOMANDANTE MARCOS, 1999, APUD BICHUETTI, 2004A).*

Nosso cotidiano se concretiza por meio de tudo aquilo com que entramos em contato e que nos vai transformando, criando necessidades, construindo nossos modos de agir, pensar e sentir, ou seja, os filmes a que assistimos, as propagandas da televisão, as conversas com os amigos, os livros que lemos, as notícias de jornal, as relações com nossos familiares. O que vemos e vivemos nas ruas, nas escolas, no trabalho nos mobilizam para um certo modo de estar no mundo.

Esse modo de viver cria em nós promessas de felicidade e realização mediante o consumo. Lembra-se de um “Danoninho que vale por um bifinho”?

Essa lógica consumista é própria do mundo capitalista que vem sofrendo modificações importantes nos últimos anos, especialmente em sua materialidade, provocando profundas repercussões na subjetividade e expressando a grande crise que vivemos hoje, especialmente para a “classe que vive do trabalho” (Antunes, 1995).

Uma importante característica do modo capitalista de produção é a divisão técnica e social do trabalho, que coloca cada trabalhador em uma etapa do processo de produção, fazendo sua tarefa, mas perdendo de vista a finalidade do trabalho, de forma que sua tarefa acabe como um fim em si mesma.



### Como você vê isso no campo da saúde?

A divisão técnica e social do trabalho preserva a reprodução das classes sociais e do funcionamento da sociedade no interior do trabalho. No modo de produção do trabalho em saúde, os trabalhadores se constroem na divisão entre elaboração e execução de projetos, na divisão do trabalho manual e intelectual, na operacionalização de rotinas e normas repetitivas e destituídas de sentido em que uns prescrevem, outros supervisionam e outros ainda são os que aplicam. Quando os trabalhadores produzem-se e reproduzem-se em meio à separação entre satisfação e trabalho ou entre trabalho e criação, o trabalhar torna-se um fardo cada vez maior e o trabalho fica fora da vida.

Antunes (1995) fala sobre as transformações ocorridas no mundo do trabalho desde a década de oitenta. Elas podem ser verificadas no setor da saúde, embora esse seja um trabalho diferente daquele executado nas indústrias, mas a indústria automobilística, por exemplo, vem substituindo as linhas de montagem por ilhas de produção.

Nas linhas de montagem como as das indústrias Ford, para atender às exigências do mercado e aumentar a produtividade, os trabalhadores eram fixados por atividades distintas da produção. Nas ilhas de produção, um número de trabalhadores fica responsável pela construção de um número determinado de veículos. O trabalho em equipe passa a ser mais valorizado e os salários ficam vinculados à produtividade do conjunto de trabalhadores.

Dessa forma, os trabalhadores passam a ser “controladores” uns dos outros para o alcance das metas da equipe. Assim, a participação passa a ser estimulada e a funcionar como mecanismo de regulação com vistas ao aumento da produtividade. A seguir, círculos de qualidade são instituídos reafirmando uma relação de “clientes” dentro das próprias fábricas, em que um setor é cliente do outro e precisa ser satisfeito com qualidade. Esse modelo é denominado de *toyotismo* por ter sido experimentado inicialmente na fábrica Toyota no Japão.

Segundo Antunes (1995), apesar das modificações implementadas, persistem a divisão técnica e social do trabalho e a separação entre execução e elaboração (trabalho manual e trabalho intelectual).

Os direitos trabalhistas conseguidos por meio de lutas históricas começam a ser flexibilizados, em decorrência, entre outros fatores, da terceirização de algumas etapas do processo de produção. Carteira assinada, férias, descanso remunerado são coisas que vão deixando de fazer parte do cotidiano e, para muitos, desconhecidas. Nesse processo, constata-se gradativamente a precarização e a fragilização dos contratos de trabalho.

Um contingente expressivo da população vive desempregado, muitos vão para o mercado informal de trabalho. Os sindicatos ficam enfraquecidos e há o surgimento do sindicalismo de empresa: os trabalhadores são chamados a defender a empresa como se fosse sua casa, sua família.



### Como essas tendências chegam à saúde?

Você deve conhecer trabalhadores que enfrentam várias jornadas de trabalho, com diferentes vínculos empregatícios, que são contratados por



terceirização, que são contratados por cooperativas, não é mesmo? Outra tendência comum tem sido o enfoque da qualidade total que trabalha na perspectiva do trabalho de equipe para aumento da lucratividade da empresa, sem alterar a lógica de produção.

Coerentemente com essa lógica liberal encontramos compreensões em relação ao trabalho em equipe como um conjunto harmônico, com linguagem e objetivo comuns, ou que exploram a competição com vistas à lucratividade.

As situações de dificuldade ou problema nos locais de trabalho, geralmente, são atribuídas às pessoas individualmente e espera-se, por meio de treinamentos, “adequá-las”, “reformá-las” ou enquadrá-las em novas lógicas. Tais treinamentos, entretanto, quase nunca alteram os processos de trabalho, não revisitam/enfrentam as desigualdades de acesso na vida, as condições precárias de trabalho, os processos de decisão e as relações de poder presentes no trabalho.

Como o trabalho não é somente técnico e expressão de habilidades, o trabalho prescrito em um treinamento não necessariamente se tornará trabalho realizado no ambiente de serviço.

### **Para pensar e sentir:**

*Você se lembra de algum exemplo de situações dessas?*

*Procure na lembrança o que você tem vivido no cotidiano do trabalho em saúde.*



Individualismo exacerbado, trabalho que aprisiona, consumismo induzido, participação cooptada e direitos de fachada conhecemos de sobra, mas há processos em curso que também organizam coletivos para a produção e que escapam dessa lógica massificada de pessoas e de coisas. Como exemplo, podemos citar os movimentos ecológicos, os movimentos de minorias, os movimentos populares e os movimentos por direitos e liberdades. Os movimentos pela saúde têm uma bela história e um belo registro social nas lutas pelo Sistema Único de Saúde.

Estamos falando da potência de dispositivos que viabilizam a invenção de processos produtivos e criativos que neutralizem os movimentos da reprodução social. No campo da saúde, podemos pensar em dispositivos que nos ajudem na busca de novas formas de agir, respeitando singularidades e permitindo um viver autônomo.

Nessa perspectiva, a proposta de introduzir o tema desejo no mundo do trabalho nos parece bastante mobilizadora, afinal de contas, somos seres de desejo e temos no trabalho a oportunidade de crescermos como pessoas, profissionais e cuidadores.

Segundo Guattari & Rolnik (1999, p. 215) “(...) desejo não é forçosamente um negócio secreto ou vergonhoso como toda psicologia e moral dominantes pretendem. O desejo permeia o campo social, tanto em práticas imediatas quanto em projetos muito ambiciosos. Por não querer me atraparilhar com definições complicadas, eu proporia denominar desejo a todas as formas de vontade de viver, de vontade de criar, de vontade de amar, de vontade de inventar uma outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores.”

Desejo aqui está sendo tomado como uma força inconsciente, uma energia que flui positivamente, impulsionando a busca de prazer, levando à invenção ou à produção do novo e de inéditos, do que não existe como forma dada, mas como possibilidade se caminhamos para a produção.

Ao tema do desejo, acopla-se o tema da Obra, isto é, a obra como “o reconhecimento, tanto por parte do trabalhador como do cliente e da sociedade, do resultado do trabalho” (Campos, 1997, p. 234).

Assim, apostamos no trabalho como possibilidade de viabilizar desejos, de “reaproximar os trabalhadores do resultado do seu trabalho” já que “sobrevive-se mais facilmente e gostosamente quando se sente criador de Obras dignas de admiração e do respeito público” (Campos, 1997, p. 235).

O poeta Vinicius de Moraes nos ativa o pensar e o sentir do que estamos falando:

[...]

*De forma que, certo dia,  
À mesa, ao cortar o pão.  
O operário foi tomado  
De uma súbita emoção  
Ao constatar assombrado  
Que tudo naquela mesa  
– garrafa, prato, facão,  
Era ele quem fazia.  
Ele, um humilde operário,  
Um operário em construção.*

*Olhou em torno: gamela,  
Banco, enxerga, caldeirão,  
Vidro, parede, janela,  
Casa, cidade, nação!*

**Tudo, tudo o que existia**  
*Era ele que fazia.  
Ele, um humilde operário  
Um operário que sabia  
Exercer a profissão.*

*Ah! Homens de pensamento  
Não sabereis nunca o quanto  
Aquele humilde operário  
Soube naquele momento!*

*Naquela casa vazia  
Que ele mesmo levantara  
Um mundo novo nascia  
De que nem sequer suspeitava.  
O operário emocionado  
Olhou sua própria mão,  
Sua rude mão de operário  
De operário em construção.  
E olhando para ela  
Teve um segundo a impressão  
De que não havia no mundo  
Coisa que fosse mais bela.*

*Foi dentro dessa compreensão  
Desse instante solitário  
Que, tal sua construção  
Cresceu em alto e profundo  
Em largo e no coração  
E como tudo que cresce  
Ele não cresceu em vão  
Pois além do que sabia  
– exercer a profissão-*

**O operário adquiriu**  
*Uma nova dimensão:  
A dimensão da poesia.*



## A equipe em construção

*A arte, a dimensão que a surpresa traz ao operário: a poesia,  
que faz do trabalho realização:  
o desejo em construção,  
o operário em construção,  
a equipe em construção,  
essa construção é a saúde em produção.*

Muitos motivos podem fazer com que pensemos nas equipes como prescrições de bem-viver: equipes como possibilidade de totalização dos trabalhos fragmentados, equipes-salvação e equipes-cooperação.

Vimos alguns aspectos do trabalho contemporâneo que os colocam como importante para o aumento da produtividade, sem necessariamente envolver – de fato – o trabalhador, seus desejos e interesses. Discursa-se o trabalho em equipe como uma família, valorizando a amizade, a companhia, a criatividade, para o sucesso da empresa e, principalmente, para a manutenção das situações previstas pelo interesse do capital e do *status quo* institucional e social.

Propomos o trabalho em equipe em outra perspectiva, como algo a ser construído pela interação de trabalhadores e usuários, revisitando e flexibilizando as fronteiras corporativistas que demarcam mercados de trabalho. Faz-se necessário visualizar e analisar as disputas de poder e estabelecer projetos coletivos de cuidar. Mais adiante retomaremos esses pontos.

Agora, convidamos você a olhar a pintura que se segue: o que você vê? Relacione com o trabalho em equipe.

Essa é uma obra de Theodore Géricault, intitulada a Balsa do Medusa.



Géricault retratou um naufrágio – ocorrido na costa oeste da África – de um navio do governo (O Medusa) que levava 149 colonos franceses ao Senegal. Transporte de força de trabalho, pessoas que iriam migrar para tra-

balhar em outras terras. O barco afundou, contam que por imperícia do capitão e esse, com sua tripulação, tomou os botes salva-vidas. Ruínas do navio funcionaram como balsas, sendo rebocadas pelos botes até o momento em que as cordas foram cortadas e seus ocupantes abandonados à sua própria sorte. Derivaram por doze dias sem água e sem comida e poucos sobreviveram, apenas 15 pessoas (A Balsa de Medusa). Na imagem, podemos ver vários comportamentos, práticas e posturas de um coletivo.

Que relações se pode fazer com as equipes? Sobreviventes devido a características individuais? Força de vontade, perseverança e garra *versus* desistência, fraqueza, acomodação?

Sim! Diriam gerentes interessados em produção. Lembre-se de que esse é o modo mais comum de se pensar. Não! Diríamos baseados na desigualdade de chances, nas condições que os levaram ao mar, na compreensão desses homens como mercadorias.

Movimentos de agenciamento e encorajamento coletivo? Movimento de exclusão, restrição e subordinação? Sim, vemos também diferenças de atitudes nesse caos. Há aqueles que olhavam para os horizontes em busca da vida, de terra, de possibilidades.

Há aqueles que se fatigaram, outros desanimaram e outros morreram. Há os que encontraram vida na atitude ativa de organizar a vida ameaçada. Isso reafirma a potência da vida, a dor que faz sucumbir traz também a grandeza humana de se refazer, lutar, buscar...

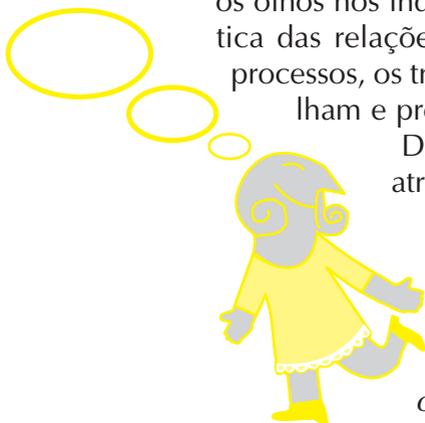
O convite é o de que você olhe a balsa, seus integrantes, mas também olhe para o que os colocou lá, suas condições de explorados, de náufragos e também seus projetos e sonhos. Pensar em equipes de saúde exige deslocar os olhos nos indivíduos, nos exige pensar em política do trabalho e na política das relações. A equipe se esculpe em processos de trabalho. Nesses processos, os trabalhadores são produzidos ao mesmo tempo em que trabalham e produzem.

Determinação, iniciativa, acomodação ou desânimo, não são atributos individuais, resultam de relações: são subjetividades em produção.

#### **Para pensar e sentir:**

*Você já pensou sobre isso?*

*Esses aspectos abordados fazem sentido com o que você observa em seu cotidiano?*



### **As relações na equipe de trabalho**

Quando falamos de relações, somos arrastados para o campo das emoções, do relacionamento interpessoal. Não são apenas dessas relações que estamos tratando.

As equipes vivem imersas nesse mundo contemporâneo, em meio a relações de poder, de afeto, de trabalho, de gênero, relações sociais, históricas, culturais que produzem pensamentos, sentimentos, modos de agir e desejos. Não é possível separar essas relações, a não ser para fins didáticos.

Por exemplo, as relações de poder e as disputas no interior das equipes são históricas, se reproduzem no interior do trabalho. Medicina e enferma-



gem historicamente disputam poderes, porque seus objetos são emaranhados. As histórias dessas profissões são de conflitos. Nas equipes, essa luta se atualiza e nela também estão as relações de gênero: homem e mulher. As relações afetivas: prestígio e subordinação, favorecidos e desfavorecidos; ciência-poder e senso comum-delegação. As relações de classe social e as decorrentes da diversidade cultural.

Temos, no trabalho em saúde, outras disputas entre grupos de trabalhadores: Agentes Comunitários de Saúde e Auxiliares de Enfermagem, Auxiliares de Enfermagem e Enfermeiros, Médicos e Dentistas, Enfermeiros e Gerentes, Administradores e Médicos e muitas outras.

Então, a equipe é um tecido de relações: presentes e passadas, de poderes e de saberes, de classes sociais, de afetos... Relações entre diferentes trabalhadores, permeadas pelas relações entre os trabalhadores e os usuários.

São pessoas com formações diferentes, com saberes diferentes, práticas diferentes, histórias diferentes que se encontram/desencontram para produzir um trabalho: cuidar de pessoas com necessidades de saúde, gerenciar serviços e sistemas de saúde, formular projetos de promoção de vida.

A equipe é uma possibilidade de construção/desconstrução/reconstrução permanente. Nela há movimentos, momentos de maior potência de trabalho e de vida, momentos de maior desarticulação, de desânimo, de resistência, momentos de criação e de invenção, chance de obra.

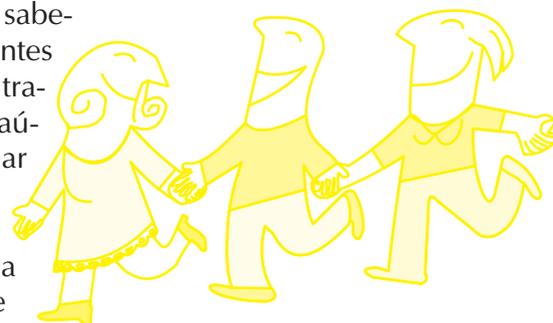
Somente a colocação dos trabalhadores juntos num mesmo ambiente não se configura suficiente para a construção da equipe. Os trabalhadores precisam ser *agenciados* para “o modo-equipe” de trabalhar.

Estamos considerando o modo-equipe de trabalhar como aquele em que os trabalhadores se re-arranjam para atender uma pessoa/família/grupo em sua integralidade, construindo projetos terapêuticos. Isso se dá em meio a tensões, estranhamentos, conflitos, questionamentos: saber, não-saber, confiar, acreditar, permitir-se arriscar o novo, o desconhecido.

Para construir e acordar esses rearranjos, os trabalhadores precisam tomar para si a tarefa de cuidar e reconhecer que, para abordar a complexidade do trabalho em saúde, são necessários distintos olhares, saberes e fazeres (Ceccim, 2004). Cooperar uns com os outros para uma finalidade comum: o cuidado. Comunicar-se, ora mais, ora menos. Permitir-se servir de depositário das angústias e incertezas, sem tomar para si a vida e a decisão que é do outro (aquele que está sendo cuidado).

A equipe pode assim ser pensada como um dispositivo. Dispositivo é instrumento de visibilidade ou o “cavalo”. Cavalo é como algumas religiões definem o trabalho do médium que “empresta” seu corpo para que espíritos o utilizem como instrumento de intermediação e cura. Os médiuns não se tornam esses espíritos, lhe dão passagem, chances de “existência”.

A equipe pode “emprestar” seu corpo, constituindo-se como lócus onde os usuários podem colocar suas dúvidas, angústias e dores. Quando faz isso, a **equipe** pode também ser capaz de absorver essas aflições e de devolvê-las de outro modo: processadas, tal como as mães que recebem dos filhos solici-



#### **Equipe**

Para maior aprofundamento ver

Guimón, J..

*Introdução às terapias de grupo: teorias, técnicas e programas.* Lisboa: Climepsi, 2002, que utiliza o conceito de “mãe suficientemente boa”, de Winnicott, como atributo das equipes no lidar com as necessidades dos usuários.

tações e desconfortos, processam e devolvem ao bebê algo diferente, acalento, tolerância, compreensão, respeito ao momento do filho.

Como os projetos terapêuticos são distintos para as diferentes pessoas e mudam quando as necessidades ou o contexto mudam, as equipes devem ser mutantes, reconfigurando seus processos e aproximações.

## **Equipes e conflitos**

As relações da equipe são tensas e também conflituosas. Ninguém gosta do conflito, pois aprendemos que eles são ruins, mas os conflitos evidenciam diferenças numa sociedade que se empenha em produzir homogeneização.

David Capistrano nos falava que “não pode haver avanço cultural, político e social sem conflito”.

*O conflito é democrático, é esclarecedor, é necessário. Uma das desgraças da herança cultural brasileira é essa mania das pessoas dizerem que querem chegar a um acordo. Que acordo coisa nenhuma! Temos que radicalizar as idéias para as pessoas compreenderem. Então o conflito é necessário*

(COSTA FILHO, APUD LANCETTI, 2001, p. 84).

Podemos produzir negociações e pactos, sempre provisórios, mas não há como terminar com conflitos nas equipes nem é possível o mito da linguagem comum, da igualdade, da harmonia. Os conflitos precisam ser enfrentados, nominados, expostos. Trazem possibilidade de inclusão e produção da mudança, movendo-nos do lugar da conservação para o lugar da transformação.

Ao serem nominados e expressos, os conflitos podem mudar de qualidade, se transformar. A aprendizagem ocorre quando há possibilidade de superar momentos, transformando dilemas em problemas de gestão e crescimento coletivos. O dilema paralisa, não há comunicação. É impasse, não permite aprender, interrompe a escuta.

A abordagem dos conflitos como problema possibilita o que chamamos de problematização. A problematização permite a troca e o movimento das idéias, compreensão e decisões. A potência da equipe está justamente no crescimento coletivo, embora o movimento habitual seja de exclusão. As possibilidades de expressar as diferenças de opiniões, sentimentos, idéias, são processos de democratização das instituições, dependente da abertura para acolher as mudanças em si, nos coletivos e nas instituições.

## **Cuidando de quem cuida**

A equipe precisa ser cuidada para produzir cuidados (Fortuna, 2003). A lida com a morte, com a dor, com a dificuldade do outro, coloca os trabalhadores em processos que produzem marcas, efeitos de aprendizagem no nosso corpo.

Segundo Rolnik (1993), marcas são “estados inéditos que se produzem em nosso corpo a partir das composições que vamos vivendo [...] nas incessantes conexões que vamos fazendo”.



*“O que o sujeito pode, é deixar-se estranhar pelas marcas que se fazem em seu corpo, é tentar criar sentido que permita sua existencialização – e quanto mais consegue fazê-lo, maior é o grau de potência com que a vida se afirma em sua existência”*

(ROLNIK, 1993, p. 242).

Muitos trabalhadores de saúde não se esquecem de algumas situações marcantes: aquela criança que faleceu, aquele idoso frente a uma doença fatal, o jovem que se suicidou, a menina que morreu no parto...



Histórias-marca, marcas que por vezes se fazem feridas doloridas, marcas-cicatrizantes. E o que fazemos com elas? Tentamos apagá-las de nossa memória! Vira e mexe, lá estão elas! Tão vivas como quando aconteceram.

Há de se criar sentidos para essas marcas em nosso processo de crescimento e aprendizagem no trabalho sobre a equipe. Um dos modos de criar sentidos para as muitas marcas que os trabalhadores vivem e de cuidar da produção das equipes pode ser o apoio externo.

Esse apoio é realizado por outro trabalhador que tem por tarefa auxiliar a equipe a analisar seu processo de trabalho e criar outros sentidos para o trabalho que realiza. É um espaço para a equipe olhar para o que tem produzido, espaço de fala e de escuta entre trabalhadores e também para construção e gestão de projetos de trabalho. O apoiador não tem uma supervisão e nem está nesse processo para dizer à equipe o que fazer e como fazer, aporta, entretanto, uma **alter-visão**, visão de outro, para instigar a implicação da equipe.

O apoiador e a equipe em análise têm, juntos, a tarefa de criar um ambiente protegido e acolhedor onde os trabalhadores possam dizer e analisar o que fazem, como, porque e para quê.

Nesse espaço, também é possível identificar os não-saberes e os conhecimentos necessários para a ampliação dos projetos terapêuticos, abrindo espaço para produção do cuidado e de novas demandas de formação.

Esses espaços coletivos de trabalho da equipe pertencem às estratégias de gestão e gerência para viabilizar uma dada política de saúde.

Os apoiadores são muito solicitados nesse sentido: traga soluções e métodos prontos. Como suportar a tentação de corresponder à solicitação, uma vez que em nosso íntimo vaidoso ainda desejamos ser importantes para os outros? Como não corresponder se sentimos uma pontinha de orgulho quando alguém diz: só conseguimos tal feito porque você ajudou?

Também temos vivido a dificuldade das equipes em enfrentar seus não-saberes, muitos trabalhadores sofrem pela perspectiva de ter revelado que não sabem algumas coisas, sentem-se desamparados. Especialmente quando se trata de colocar em ação processos que saem do usual e conhecido, por exemplo: articular uma ação conjunta com uma associação de moradores para a redução da violência.



**Alter-visão** é uma expressão proposta por Ceccim para situar o trabalho de supervisão que não se coloca em condições de superioridade, mas de alteridade, isto é, relação de acompanhamento do outro (alter) com sentido de apoio e não de determinação do superior, podendo ser utilizada em situação de trabalho em equipe, prática de ensino em estágio, supervisão de desempenho, avaliação externa e avaliação institucional (Ceccim, 1994).

Não há pré-estabelecidos, passos a serem seguidos, remédios a serem receitados, protocolos a seguir. É preciso criar, viver o não-saber, arriscar, testar. Até que se familiarizem, isso parece ser muito amedrontador para os trabalhadores.

Sofrem também com a dúvida de até onde devem se envolver, temem os vínculos com os usuários pela possibilidade de sofrer com a dor alheia, mas não percebem que já sofrem inclusive para manter afastado de si o outro, deixando-o num lugar de anônimo.

A naturalização da divisão de algumas tarefas por categorias e a revisão dessas fronteiras do que cada um faz e sabe nos parece também um ponto importante a ser revisitado e analisado pelas equipes.

Em seus fazeres técnicos, a divisão social do trabalho expressa-se em diferença de acesso das mais distintas ordens. Por exemplo: você já notou que, numa reunião de equipe com trabalhadores de diversas categorias, em geral os de nível universitário são os que mais falam e os que têm suas opiniões acatadas?

Além do acesso ao lugar de quem fala e é ouvido (pelo menos oficialmente), são também os que têm acesso a outros bens e serviços. Às vezes, há estacionamento apenas para os trabalhadores de nível universitário, esses realizam diversos cursos durante a jornada de trabalho e dispõem de liberação para a pós-graduação. Já a servente faz supletivo à noite, não dispõe de folga para estudar e realizar tarefas escolares e não é chamada para educação em serviço, a não ser aqueles que têm por conteúdo implícito a sua realização incorreta da limpeza.



**Você conhece locais de serviço com alguma dessas características?**

A análise de aspectos como esses contribui para a construção de equipes-cuidadoras; os espaços coletivos de apoio são potentes e fecundos nessa direção.

## **Enfrentando as dores do caminho: descobrindo formas de liberar a vida aprisionada**

*No cuidado de crise, todo processo depende da produção de uma ética.*

*De uma ética que produz cuidado; e um cuidado que produz ética.*

*Ética inclusiva. Direito à diferença.*

*Ética dionísica. Dos bons encontros e das paixões alegres.*

*Uma ética de afirmação da vida. De uma vida para além do razoável; do previsto, do proscrito e do indiferente.*

*Pode-se perceber que o cuidado de crise é, também, e essencialmente, um dispositivo de subjetivações livres.*

*Ele libera a vida de suas amarras. Um duplo-devir, novo homem e nova terra. Um acontecimento...*

*E, neste acontecimento, a certeza: "O diabo não há! É o que eu digo, se for... Existe é homem humano.*

TRAVESSIA (ROSA, 1988, p. 538)" (JORGE BICHUETTI, 2004B).



Os processos de dor produzidos no ofício da saúde, como bem disse Ana Pitta (1994), não podem continuar sendo desconsiderados. A dor do trabalhador precisa de acalanto. A arte talvez seja uma possibilidade balsâmica para esses processos.

A produção de textos, poesias, contos em oficinas literárias sobre a vida cotidiana de uma equipe de saúde com a participação de trabalhadores e de usuários, mostras de fotografias, documentários, aquarelas, a criação de peças teatrais não poderiam compor também o rol de atividades das unidades de saúde? Não poderiam estar nos congressos, eventos científicos e fóruns de saúde? Não seriam também apropriados para as conferências municipais, estaduais e nacionais de saúde?

O peso das reuniões ou a aridez dos encontros técnicos espantam ainda mais a vida no trabalho e nos serviços de saúde. Temos uma roda nas mãos: educação permanente em saúde, Pólos de Educação Permanente em Saúde, instâncias locais de articulação interinstitucional para discutir a prática educativa que queremos.

Você já pensou como seria interessante a redescoberta da leveza, da criação, da beleza, da sutileza, do encanto e do canto nas rodas da saúde? Utopia? Que seja então uma utopia ativa, capaz de nos deixar marcas alegres e sulcos de vida: pura vida...



### **Um convite especial:**

Convidamos você a pensar/sentir as questões abordadas a partir de outros lugares/tempos/espacos: viajar, aprender, compor mosaicos...

Sugerimos ver filmes, como: Tempos modernos, de Charles Chaplin, A Fuga das Galinhas; ouvir músicas (Cidadão, de Zé Ramalho, Vai trabalhar vagabundo, de Chico Buarque, por exemplo).

Você pode também visitar sites de obras de arte como o do MASP, Louvre.

## Referências Bibliográficas

- ANTUNES, R. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.
- BICHUETTI, J. *A clínica da invenção e a reforma psiquiátrica*: cinco notas sobre a prática dos serviços substitutivos. Uberaba: Fundação Gregório Barenblitt, 2004a. Mimeo.
- BICHUETTI, J. *Cuidando de crise*: notas sobre o cuidado de crise nos dispositivos terapêuticos da Reforma Psiquiátrica. Uberaba: Fundação Gregório Barenblitt, 2004b. Mimeo.
- CAMPOS, G. W. S. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.
- CECCIM, R. B. Equipe de saúde: a perspectiva entre-disciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: PINHEIRO, R. e MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 259-278.
- CECCIM, R. B.. *Atuação em equipe, prática de ensino em campo de estágio e supervisão do trabalho*. Porto Alegre: Faculdade de Educação/Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1994. Apostila didática.
- FORTUNA, C. M.. *Cuidando de quem cuida*: notas cartográficas de uma intervenção institucional em prol da montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para produção da vida. Ribeirão Preto. (Tese Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2003.
- GUATTARI, F. e ROLNIK, S. *Micropolítica*: Cartografias do desejo. Petrópolis: Vozes, 1996.
- LANCETTI, A. Radicalizar a desinstitucionalização. In: BRASIL. III Conferência Nacional de Saúde Mental. Cuidar sim, excluir não. *Caderno de textos*. Brasília, 2001. p. 84 -100.
- PITTA, A. *Hospital: dor e morte como ofício*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 1994.
- ROLNIK, S. Pensamento, corpo e devir. Uma perspectiva ético/estético/política no trabalho acadêmico. *Cadernos de subjetividade*. v.1, n.2, 993. p. 241-251, 1993.

## Referência Iconográfica

Página 97 - GÉRICAUULT, Theodore. *The Raft of the Medusa*. Canvas, 1819. Essa figura também pode ser acessada no endereço: <http://www.louvre.fr/louvrea.htm>

