UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

**O Trabalho de equipe numa unidade básica
de saúde: produzindo e reproduzindo-se em
subjetividades**

Em busca do desejo, do devir e de singularidades.

CINIRA MAGALI FORTUNA

RIBEIRÃO PRETO
1999

Capa:

Trabalhadores Brasileiros: O algodão

CÂNDIDO PORTINARI

(Afrêscos; 1936-1945) - Rio de Janeiro.

FICHA CATALOGRÁFICA

FORTUNA, Cinira Magali

O Trabalho de equipe numa Unidade Básica de Saúde:
produzindo e reproduzindo-se em subjetividades - Em
busca do desejo, do devir e de singularidades. Ribeirão
Preto, 1999.

236 p.: il.; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de
Enfermagem de Ribeirão Preto/USP - Departamento
Materno Infantil e Saúde Pública.

Orientadora: Mishima, Silvana Martins

Agradecimentos

“A trajetória humana parece ser como um cometa riscando o céu, segundos de aparição, milhões de partículas se movendo. Será que as estrelas caem? Estariam todas caindo mas cada uma sendo percebida em um momento por alguém que sonha olhando o céu ou que distraído olha para cima ou ao lado? É, talvez sejamos como os cometas e por isso vou-me sentindo caindo. Nessa eternidade de “aparição” vou encontrando muitas pessoas que me marcam, me modificam. Aqui citarei em agradecimento algumas delas, sei que tantas outras me consumiram e ao mesmo tempo me fizeram energia e forma, sei de tantas outras que ainda virão!” (Fortuna, C.M. Inverno de 1999)

Aos meus pais Iracema e Domingos, que em amor me incentivaram a estudar e me ensinaram a relatividade da sabedoria e do conhecimento acadêmico. É grandioso e belo aquilo que vai sendo aprendido no viver da vida, é eterno o que vou aprendendo com vocês.

Ao meu querido Carlos, amor e alma-gêmea, ouvinte de tantas angústias, participante direto nas elaborações necessárias. Um dia me chamou de “maga do olhar” mas foi ele que enfeitiçou-me os olhos.

Aos meus irmãos: Paulo, Márcia, Domingos, Ciro, Elias e Elizeu, companheiros, defensores, incentivadores e carinhosos. Com cada um de vocês vou-me fazendo melhor, vou crescendo muito e aprendendo a respeitar e amar a diferença.

A minha querida e falecida irmã Damaris. Estávamos ainda adolescentes e através de você se fez minha intersecção com a morte. Aprendi sobre nossa finitude, sobre minha incompletitude. Que saudade!

À Léo, Marcos e Rosângela: meus queridos outros irmãos, que entraram na minha vida amando e se fazendo companheiros de meus irmãos Domingos, Márcia e Paulo.

Déborah, Marceli e Raul, sobrinhos queridos que nasceram próximo do início e durante a realização deste estudo. Eles vão crescendo longe fisicamente de mim, todo dia crescem muito, ficam mais lindos e assim me percebo também crescendo, envelhecendo e com tanto a aprender, especialmente sobre a ternura infantil.

A Isabel e Pedro, filhos do meu bem, com os quais tenho compreendido que o amor compartilhado não subtrai, ao contrário, se multiplica.

A minha querida orientadora professora Silvana Martins Mishima, que me ajudou a enxergar na escuridão, se fazendo caminho comigo em tantos labirintos. Penso ter sido privilegiada pois não tive somente orientadora, tive parceira, tive comigo alguém que optou pelo uso e desenvolvimento, como instrumentos de orientação, a tolerância, o carinho, o respeito e a amizade, alguém que sabe ensinar aprendendo e, aprendendo, ensina.

Ao Célio, Isadora e Helô: pela paciência em dividir comigo durante o período de orientação, muitas horas que seriam de convívio familiar com a Silvaninha. Foram fins de semana, manhãs, tardes e noites, foram tempos que só em gratidão se retribui.

A minha querida amiga Zezé Bistafa, que sei me corrigiria logo; *“Bistafa sim mas também Pereira”*. Companheira de formação em coordenação de grupos, companheira de formação em desenvolvimento de cidadania e de participação, companheira que me fez e me faz repensar minha prática de enfermeira. Observadora dos grupos nessa pesquisa, observadora e participante da vida comigo, amiga com quem vivi e compartilhei, desde que nos conhecemos até agora, muitos significativos momentos. Refiro-me aqueles espaços/tempos da nossa vida que nos fazemos transbordamento, transbordamos ora de tanta dor ora de tanto amor.

Ao Paulo, Thiago e Paulinha e toda família da Zezé: meus queridos amigos, que de certa forma são também meus familiares.

À Silvia Matumoto, minha querida amiga e irmã oriental, observadora nesta pesquisa, por tantas vezes me fez e me faz refletir, me ensina a esperar, me ensina o significado da solidariedade. Perdi as contas das solicitações, livros emprestados, discussões sobre o processo de trabalho, sobre os espaços intercessores, sobre tarefa e projeto. Os últimos feriados foram compartilhados comigo em trabalho para que essa produção se finalizasse. Não poderia me esquecer do Sabiá, companheiro da Silvia, artista e poeta que nos sugeriu a ilustração da capa.

À Malu, amiga e companheira de trabalho; desde o Projeto Larga Escala, idos dos anos 80, vamos tendo a chance de compartilhar e de aprender a trabalhar juntas, e foram muitos os momentos de conflito, confrontos e cooperação e superação. Fizemos histórias em educação continuada e prosseguimos lutando pela implantação e desenvolvimento da Assistência Domiciliar. Com você vou experimentando, refletindo e aprendendo sobre as equipes e sobre as grandes amizades. Malu, Massato e Yudi, obrigada especialmente pela presença aliviadora em momentos apreensivos e ansiosos.

À Márcia Domingos, observadora nessa pesquisa, fez conosco o exercício de se conter, de não falar, de olhar, ouvir e registrar. Marcinha com talento e criatividade nos auxilia nos trabalhos acadêmicos, mas com transparência e muita afetividade traz às nossas vidas risos, descontração, musicalidade e coloridos sincronizados e dissonantes.

À Sebastiana Diniz, companheira de formação em coordenação de grupos operativos que, numa certa manhã de agosto, deixou todas as suas atividades para

realizar a observação numa das sessões, substituindo a Silvia que perdia um ente querido. Amiga, obrigada por todo apoio e solidariedade.

À Maria Fernanda, participante no processo de formação de coordenação em grupos operativos, Fernanda da contradição, da fala e do silêncio, da boca e das mãos, da aproximação dos pólos aparentemente tão opostos.

Logo no projeto embrionário deste estudo, discuti comigo possíveis caminhos, mostrou-me possibilidades e encorajou-me a prosseguir.

Ao Denis Bó: integrante do meu grupo de formação, olhar atento na supervisão do Serviço de Assistência Domiciliar, nas discussões sobre grupos e equipes, na reaproximação ao referencial teórico Pichoniano.

À Fabiane, amiga e confidente com quem dividi amarguras embrionárias e que ajudou-me a suportá-las. Do meu mundo interno, do meu grupo interno de formação de coordenação de grupo operativo, da minha mais sincera afeição.

A todos os trabalhadores da prefeitura de Ribeirão Preto e usuários que permitiram e permitem desenvolver-me enquanto coordenadora, observadora e integrante em distintos grupos.

À minha atual equipe de trabalho do Núcleo de Atenção aos Portadores de Deficiência: obrigada pela acolhida e paciência nesse momento de inserção no núcleo e término do mestrado.

À Márcia Guerreiro dos Reis, amiga especial das aventuras, desventuras, gostos e desgostos da Assistência Domiciliar.

Aos trabalhadores das duas Unidades Básicas de Saúde estudadas, protagonistas deste estudo, sem os quais esta pesquisa não seria possível, não se faria e se anularia em sentido. Não posso agradecê-los nominalmente por questões éticas, e vocês sabem da importância e da efetiva participação de cada um.

Especialmente agradeço à gerente e à enfermeira que foram facilitadoras e incentivadoras para que as sessões grupais se realizassem. Todos vocês estão em cada fala, em cada palavra escrita e nos meus pensamentos, nos pensamentos de todos os que nos lerem; é que eternizados estão os nossos encontros.

Vera e Suzana: supervisoras dos encontros grupais desenvolvidos neste estudo, pessoas que nos proporcionaram possibilidade de formação em coordenação de grupos operativos aqui em Ribeirão Preto.

Juntas estivemos na Argentina trocando experiências na Primera Escuela Privada de Psicología Social, ouvimos Ana Quiroga, Oscar Bricchettto, Josefina Racedo, Clara Jasiner e tantos outros. Juntas discutimos equipes e grupos em São Paulo e em Franca.

Muitas vezes saí da supervisão sem rumo, triste com tantos limites que vocês me ajudavam a enxergar, dolorida pela minha incompletude, baqueada na onipotência. Vocês me encorajam a me superar e a me rever, com vocês vou-me construindo coordenadora.

Marion, Oscar, Bove, Silvio, companheiros com os quais vivi durante a conclusão desta pesquisa uma experiência de trabalho de equipe com momentos de (con)fusão, de devir, de desejo. Acho que estivemos singulares!!!

À todos os gestores e respectivas equipes técnicas da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, que defenderam e defendem a formação e desenvolvimento de recursos humanos para a construção de uma saúde eqüânime e em defesa da vida, e que concebem a pós-graduação enquanto um dos espaços de aprendizagem tão necessários para o repensar dos trabalhadores.

Ao Departamento de Enfermagem (atualmente Divisão) e a todos os trabalhadores de enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde pela oportunidade de juntos fazermos nossa prática de enfermagem em saúde coletiva, especialmente àqueles que se dispõem a reconhecer e repensar que prática é essa.

Às professoras Regina A. Garcia de Lima e Graciete Borges da Silva, que fizeram parte da banca de qualificação deste estudo e nos apontaram diversos caminhos possíveis, fazendo isso com muito zelo e cuidado. Hoje as agradeço retribuindo com especial carinho.

Aos docentes da EERP-USP pela troca, pela abertura e aprendizado conjunto.

Aos colegas e companheiros com os quais ultrapassamos a relação professor-aluno e as relações profissionais. Num crescente fomos aprendendo a nos conhecer e a nos respeitar, hoje estamos mais que amigos, parceiros. Lembro-me que certa vez um grupo de docentes se aproximou do serviço com a proposta de pensarmos sobre

gerenciamento, entre elas estavam a Silvaninha, a Tite, a Carmem, a Eliete e a Cecília. Nosso grupo foi aprendendo e crescendo, mesmo com todas as dificuldades das duas organizações, SMS e EERP fomos adiante. No caminho novas colegas se agregaram: a Marluce, a Ione, o Pedro.

Uma das pessoas que ilustra esse nosso caminho conjunto é a professora Cecília que, com toda sua bagagem de vida, e com alta dose de paciência, nos permitiu enquanto trabalhadores do serviço, nos aproximar do processo de trabalho e dos aspectos macro determinantes da enfermagem e da saúde e que nesse processo também se dispôs a repensar conosco as micro-relações e a subjetividade: aprendemos, trocamos!

Sabe, com todos vocês tenho melhorado enquanto profissional, mas principalmente tenho me melhorado enquanto Ser.

Ao Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva (Nupesco) pela oportunidade de discussão do projeto dessa pesquisa, pela oportunidade de participar da assessoria do professor Emerson Elias Merhy, e por todas as vivências de aprendizagem.

Aos trabalhadores da EERP-USP, que fazem acolhida aos alunos e nos proporcionam a necessária infra-estrutura para elaborarmos e avançarmos nas etapas do ensino formal. Agradeço especialmente aqueles que se dispõem a realizar esse trabalho de um jeito mais humanizado. O processo de aprender não é muito tranquilo, por vezes é dolorido e, quando se tem ao lado pessoas preocupadas com o humano, é tão bom!!!.

Aos trabalhadores da Biblioteca Central do Campus da USP de Ribeirão Preto, em especial Sr. Luís e Bernadete.

À Dra Emília Angerami Saporiti: quando ingressei no Mestrado a professora Emília se dispôs a orientar-me, muitas vezes acolheu-me e indicou possibilidades para pesquisar.

À Carlini-Cotrim: precisava entender melhor sobre os grupos focais para poder optar ou não pela sua utilização, solicitei-lhe ajuda e prontamente ela me enviou material, me incentivou e se dispôs a colaborar. Obrigada!

Marina Peduzzi: uma das minhas primeiras professoras da graduação que nos “dava” aula discutindo em grupos, prática hoje já bastante freqüente, felizmente, mas naquela época muito inovadora. Deixava uma sensação de estranhamento, ministrava a disciplina de ética de um jeito muito especial. Depois a reencontrei numa mesa de um congresso onde apresentamos trabalhos relacionados a desenvolvimento de recursos humanos. Recentemente pude assistir sua defesa de tese sobre a mesma temática, trabalho de equipe, que, posso dizer, mexeu com meu corporativismo pois deixou-me orgulhosa de ter na enfermagem uma pessoa tão especial.

Aos Professores Merhy e Gastão da Unicamp, ler e ouvi-los é reencontrar esperanças, é pensar em possíveis saídas para essa nossa prática em saúde coletiva. Por vezes o desânimo nos contagia e vocês nos auxiliam a seguir em frente e a entender os limites como possibilidades.

À Comissão de Pós-graduação: da qual recebi apoio e incentivo. Não tive bolsa de estudos ou financiamento para a pesquisa e a Comissão de Pós-graduação em muito me auxiliou procurando suprir essa falta de recursos em momentos específicos e, à medida do possível, conseguindo colaborar com algum recurso financeiro que foi, sem dúvida, essencial; obrigada.

Ao Mário e a Vitar, nossos queridos amigos, com vocês eu e o Carlos construímos nossa casa, com vocês vamos fazendo nosso lar.

À Silvia Lee, que tão gentilmente fez a versão para o inglês do resumo desse estudo, e que muitas vezes esteve comigo em presença de amizade.

Ao Júlio, que num tempo restrito e com tanto carinho fez a revisão de português desse estudo.

À Aldenira, Yukio e Adriana, com carinho. Obrigada por todo apoio!

Ao Coral Arco-Irís: um coral é um grupo com a especial tarefa de levar e desenvolver musicalidade em quem ouve e quem canta. É possibilidade de suspensão do tempo, de harmonia e de paz. Um coral também é espaço de competição, de contradições, de afinações e desarmonias. Estar no Arco-Iris, cantar ao lado de pessoas especiais, é sentir a vida se expressando em voz. Obrigada Osmani, obrigada companheiros!

Apresentação

*“Quando eu estava mais criança, descobri a beleza e a riqueza dos detalhes das teias de aranha. Olhava para elas pela eternidade de minutos; é que em criança os tempos estão outros. Gostava de ver as tantas cores que se revelavam nos fios quando olhados contra a luz do sol. Algumas vezes, **me** arriscava a desfazer alguma teia, mas no dia seguinte outra já estava tecida, ainda que noutro lugar.*

*Havia a aranha que quase sempre ficava **meio escondida à espreita, e tinha** os insetos que descuidados se enredavam. Os sentimentos eram de perplexidade, assombro e encanto.*

Hoje olho para dentro de mim e ao meu redor e percebo teias de relações, me faço ora fio entrelaçado, ora inseto se debatendo, se entrelaçando, ora aranha na espreita, fiando, enredada e enredando. Me sinto ainda assombradamente encantada...” (Fortuna, C.M., Outono de 1999)

Desde 1985, ano em que me formei na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, venho exercendo a função de enfermeira. Minha prática profissional se situa na psiquiatria e na formação e desenvolvimento de pessoal.

Penso que essas práticas foram, de uma certa forma, opções profissionais que fui buscando, vindo assim a construir minha carreira ao mesmo tempo em que fui e em que estou sendo por ela construída.

Posso dizer que uma inquietação cada vez mais crescente foi se formulando durante esses anos de trabalho: por que é tão difícil e desgastante trabalhar em saúde? Por que o trabalho de equipe não se concretiza?

Naquele momento, entendia o trabalho de equipe enquanto um trabalho de cooperação e colaboração ampla e irrestrita, um trabalho sem atritos e feliz.

No mestrado, em fóruns de discussão profissional e de participação pude ir me aproximando mais dessa temática e até identificar que esse jeito de pensar de forma idealizada sobre o trabalho de equipe em saúde tem uma raiz, tem toda uma história e não se trata, portanto, de uma apreensão pessoal, mas que está colocada de uma maneira geral para os trabalhadores da saúde.

Hoje penso que, quando falamos de equipes, falamos de relações entre pessoas. Relações estas estabelecidas num dado local, num dado tempo e com a finalidade de um fazer, no caso, um fazer em saúde.

No entanto, essa aparente delimitação de tempo-espaco-finalidade é na verdade um tanto mais complexa como poderemos ver no transcorrer deste trabalho. Podemos dizer que trabalho de equipe é um trabalho de inter-relações, relações de poder, relações sociais, interpessoais, de complementaridade, de competição entre tantas outras.

Ainda, relações presentes, passadas, históricas e contextuais, então desenvolvidas num tempo-espaco-finalidade mutante e sem uma definição tão clara.

Vamos nos dedicar neste trabalho à análise da rede de relações numa unidade de saúde da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto - SMS-RP.

Trata-se assim de um estudo de caso, onde equipe de pesquisadores e trabalhadores construíram um possível significado para essas relações nesse

momento, buscando brechas ou possibilidades para aproximações ao trabalho de equipe e entendendo alguns dos possíveis limites.

Durante um período de dúvidas, de névoa alternada com alguma clareza, fui-me aproximando daquilo que de fato queria pesquisar. Muitos escritos que fizemos passam longe desta forma atual, no entanto através deles e de suas discussões é que chegamos a este formato de agora, sabendo-o provisório pois que se prosseguíssemos, também este se modificaria. Aqui mudo, intencionalmente, o tempo verbal, começo a falar no plural porque nesse processo de construção fomos co-autoria, parceiros em cooperação.

Esse vaivém, nem sempre foi confortável porque precisou caber em um prazo específico que temos nos espaços acadêmicos para construir a pesquisa.

Fomos encontrando o trajeto à medida que andávamos. Enquanto processo, claro, o pesquisar pressupõe uma direção, uma intenção de rota que poderia ou não confirma-se e que precisou de revisões e aberturas.

A metodologia adotada emergiu da linha qualitativa das pesquisas e o referencial teórico adotado se utiliza de conceitos do *processo de trabalho em saúde*, tomando a produção, dentre outros, de Mendes Gonçalves, Merhy e Campos, e *de grupos*, apoiados nas correntes institucionalistas e da psicologia social da escola Argentina de grupo operativo de Pichon-Rivière.

A fim de facilitar para o leitor, dividimos nosso trabalho em capítulos. No primeiro, ***Construindo e elaborando o objeto e o aporte teórico***, apresentamos a problemática do trabalho em equipe, o recorte para a pesquisa, seus pressupostos e objetivos. Além de uma aproximação ao aporte teórico necessário para este movimento.

No segundo capítulo, **O caminho metodológico, um processo de muitas idas e vindas**, trazemos o percurso metodológico. No terceiro capítulo, **Poder e Instituição: potências para a transversalidade**, analisamos os dados, onde apresentamos duas unidades temáticas para análise: poder e instituição, enquanto limites/potências para a reconfiguração do trabalho de equipe em saúde.

Finalmente, no quarto capítulo, **Poder e Instituição – produzindo subjetividades: o trabalho de equipe... possível???**, apresentamos as considerações finais do estudo.

Entendemos que uma produção dessa natureza (de mestrado, doutorado e outras possíveis produções acadêmicas) precisa ser estimulante na leitura e também precisa fazer sentido para um grupo de pessoas maior que as envolvidas nesse processo; é esse nosso maior desafio: escrever com clareza e simplicidade evitando ao mesmo tempo superficialidade dos conceitos e das idéias.

Por se tratar da materialização de um intenso elaborar e (re)elaborar, certamente estes escritos não retratam a vivacidade, as tantas cores, os sentimentos, gostos e desgostos pelos quais, posso dizer, “passamos”. É que não passei sozinha, tive e mantive intensas, vivas, lindas e plenas relações.

Relações com nossa orientadora, com nossas companheiras observadoras, com os trabalhadores, com as supervisoras, com diversos amigos, com companheiros de mestrado e docentes.

Vamos então a mais uma relação: aquela com você, querido leitor.

SUMÁRIO

Resumo

APRESENTAÇÃO

Construindo e elaborando o objeto e o aporte teórico	1
1.1 O trabalho em saúde – produção de bens relações	9
1.2 Trabalho vivo/trabalho vivo "capturado" - produção de subjetividades	16
1.3. Olhando para a constituição de grupos (trabalho de equipe???) – o	26
grupo operativo	
1.4. Explicitando os pressupostos	38
1.5. Os objetivos	38
O caminho metodológico: um processo de muitas idas e vindas	39
2.1. A escolha do campo de estudo	46
2.2. A exploração do campo de estudo: o processo de observação e o	51
preparo para as discussões grupais.	
2.3. A opção pela utilização do grupo operativo: a realização das sessões	55
grupais.	
2.4. A construção da análise dos dados	60
Poder e instituição: potências para a transversalidade	63
3.1. Atravessamento da rede de relações pelo poder - A relação com o	67
poder formal/informal	
3.1.1. A Relação com a gerência: a subordinação, a intermediação de	70
conflitos e a encarnação das saídas e soluções	
3.1.2. A gerência, os trabalhadores, o controle e as normas	92
3.1.3. O coordenador do grupo e o gerente: aproximações e similaridades	114
3.1.4. A relação trabalhadores/trabalhadores: a expressão de	122
micropoderes e os códigos de convivência.	
3.1.5. As relações usuários e trabalhadores – um embate permanente	137
3.1.6. À guisa de conclusões parciais – algumas articulações entre poder,	152
equipe de saúde e grupos	
3.2. Atravessador Instituição – o trabalho em saúde e o movimento das marés	154
3.2.1. Algumas características do estabelecimento estudado - os espaços	155
autorizados, os espaços de interstícios, as portas e comportas	
3.2.2. Articulações do espaço/tempo/finalidade e as tecnologias em saúde	182

– projetos possíveis?	
3.2.3. Morte e vida: o movimento das marés e da rede de relações	192
<i>Poder e instituição produzindo subjetividades: o trabalho de equipe -</i>	216
<i>possível ?</i>	
<i>Referências bibliográficas</i>	223
Summary	

RESUMO

Este estudo analisa alguns aspectos da rede de relações numa Unidade Básica de Saúde, em Ribeirão Preto, buscando possibilidades e limites para o trabalho de equipe em saúde. Este é tomado enquanto processo de inter-relações, num espaço/tempo/finalidade que pressupõe momentos de articulação/desarticulação, conflitos/confrontos que precisam retomar seus movimentos e dinamismo. Trata-se de um estudo de caso com sustentação teórica no processo de trabalho em saúde, nos processos grupais, em conceitos da análise institucional. Utilizou-se para a coleta dos dados a observação e a técnica dos grupos operativos, sendo identificadas na análise duas unidades temáticas: **Poder e Instituição**. A rede de micropoderes presentes na Unidade de Saúde atravessa a rede de relações podendo se fazer potencialmente transversalizadora. Relações de subordinação entre os trabalhadores e desses para com a clientela, se fazem presentes, sendo que há um movimento de “defesa” e de transferência em que trabalhadores evitam o contato com os usuários. A atual conformação da organização do trabalho, sua disposição física, materializam a instituição saúde e divisão técnica e social do trabalho. Elas conformam e são conformadas pelas relações presentes. Vamos tendo espaços autorizados e não autorizados que alternam movimentos de vida e de morte, que indicam a possibilidade de revisão do formato atual das equipes e sua re-elaboração mais articulada, solidária e em um trabalho de saúde que se volte para a defesa da vida. Nesse sentido, a gerência pode se constituir num desencadeador de processos de revisão

Construindo e elaborando o objeto e o aporte teórico

De desejos, risos, tristezas, estórias e histórias, necessidades, trabalho, sonhos, amores, enfim de tantas formas e expressões de processos de subjetivação, portanto, de produção e reprodução do homem em espaços/tempos determinados, vamos construindo nosso processo saúde-doença. Essas construções se fazem pelas relações do homem no mundo e com o mundo.

Os serviços de saúde foram se constituindo histórica e socialmente em espaços onde buscamos a apropriação e o reaver do bem saúde; ele está em tese, pulverizado nos saberes dos trabalhadores, que em relação, o “(re)produzem”.

Assim, nos espaços de trabalho em saúde, vamos tecendo uma rede de relações, uma teia de múltiplos fios em direções antagônicas e convergentes que possibilitam a emergência e satisfação de necessidades, de sujeitos, de bens-relações. Aqui, nos propomos a estudar alguns dos possíveis contornos dessa trama.

Dessa forma, vamos nos voltar para a análise da rede de relações que se estabelece no cotidiano de uma Unidade de Saúde do município de Ribeirão Preto, tomando este enquanto um dos locais onde se realiza em ato, trabalho em saúde, espaço onde se “formaliza” essa teia de relações no atendimento a necessidades de saúde. Buscamos evidenciar alguns de seus limites e possibilidades para o trabalho de equipe.

Interessa-nos olhar para a rede de relações entre os trabalhadores por serem estes os operadores, os agentes que em relação constroem a prática em saúde, ao mesmo em tempo que são construídos por essas práticas e relações.

Para uma prática em saúde que efetive o Sistema Único de Saúde – SUS - na direção da defesa da vida, da responsabilização, do atendimento com qualidade, precisamos olhar para como esses trabalhadores se articulam e desarticulam no desenvolvimento do trabalho.

Com este estudo, buscamos lançar outros possíveis olhares para a complexidade das relações estabelecidas no cotidiano dos serviços de saúde da rede básica, sem perder de vista um de seus protagonistas - os trabalhadores - e sem desconsiderar os aspectos das macro-relações em produção e reprodução nos micro-espços.

Vamos tomar o *trabalho de equipe* enquanto processo de inter-relações tecidas num tempo-espço-finalidade, com possibilidades e limites para se viabilizar enquanto trabalho em movimento, trabalho vivo, trabalho descapturado e que no caso da saúde possui algumas especificidades.

No levantamento bibliográfico que realizamos sobre o tema do trabalho de equipe em saúde, identificamos três possíveis vertentes nas publicações ¹, três possibilidades de pensar e conceber o trabalho de equipe, a partir *do resultado, das relações*, e da *interdisciplinaridade*.

Em cada conjunto dessas publicações estão colocadas predominantemente perspectivas distintas. Naquelas que agrupamos em *resultados* localizamos estudos que tomam as equipes enquanto insumo, enquanto recurso para aumento de

¹ No estudo FORTUNA, C. M; MISHIMA, S.M. O trabalho em equipe em saúde – análise a partir de perspectivas teóricas. Apresentado no VI Colóquio Panamericano de Investigação em Enfermagem. **Resumos**. Ribeirão Preto, 1998, p. 296, são discutidas com maior detalhamento estas questões.

produtividade, enquanto ausência de conflitos. Localizamos também nessa vertente as produções sobre equipes com enfoque na Qualidade Total. Dentre os estudos classificamos nessa vertente: VIEIRA & SOBREIRA, (1982), ÉVORA (1984), SOBRAL & LIMA (1984), MOURA (1992), QUEIROZ FILHO (1993), SACRAMENTO (1996).

Dentre os estudos que agrupamos em *relações* situamos aqueles que olham para as equipes a partir de conceitos da psicologia, alguns também buscando produtividade, eficiência e eficácia, e que analisam as equipes principalmente tomando por referências as relações interpessoais, os processos psíquicos. Entre eles BARBOSA *et al.* (1982), CAMPOS (1988, 1992).

Na vertente *interdisciplinaridade*, agrupamos os trabalhos que trazem para a discussão a articulação dos saberes, situamos aí também estudos que olham para a equipe discutindo a divisão técnica e social do trabalho. Dentre eles: JAPIAÇÚ (1976), GRANDINO (1985), PEDUZZI *et al.* (1985), SÁ (1987), INFANTE (1989), CARDOSO *et al.* (1990), MINAYO (1991), BENZATO *et al.* (1993), XAVIER & TOCANTINS (1993), GOMES & DESLANDES (1994), NUNES (1995) e PEDUZZI & PALMA (1996).

Além das três vertentes por nós identificadas, consideramos que alguns trabalhos que trazem em comum a questão das equipes, ainda que não em foco central do estudo, mas enquanto sendo importantes para o trabalho em saúde; entre as produções que vão na direção da equipe-importante, equipe-meio, equipe-solução, temos: BITENCOURT (1984), SOBRAL & LIMA (1984), SASSAKI (1984), NAKAO (1985), LEONI *et al.* (1986), IENCARELLI & ALVARENGA (1987), PEGUIM & DAVOLI (1987), BARROS (1987), BARROS *et al.* (1987), CATROPA & MASSA (1987), CORREIA *et al.* (1987), VIEIRA & GRIBEL (1987), CAMPOS, M. A (1988), PAIVA &

PINOTTI (1988), EUSTÁQUIO *et al.* (1988), ESPERON *et al.* (1988), ZAVASCHI *et al.* (1988), MONTEIRO & CAMPEDELLI (1989), NEVES *et al.* (1990), FURIERI(1990), FERREIRA (1994), DALL A'GNOLL(1994), e etc.

Parece-nos estar presente a idéia de que se sabe pouco sobre o trabalho em equipe deixando-se “a desejar” a vivência desta forma de trabalho, que é difícil de se trabalhar em equipe, e é até um desafio. Nessa direção consideramos os trabalhos de: CATROPA & MASSA(1987), ZAVASCHI *et al.* (1988), CAMPOS, M. A (1988), e XAVIER *et al.* (1993) entre outros.

Alguns dos textos lidos trazem em suas entrelinhas a necessidade de se aprender a trabalhar em equipe: BARBOSA *et al.*(1982), CATROPA & MASSA (1987), CAMPOS, M. A (1988), CHAVES & KISIL (1994).

De toda essa gama de estudos lidos e agrupados nas três vertentes, não localizamos produções que olhassem para o trabalho de equipe a partir da rede de relações em produção e reprodução nos micro-espacos articulando aspectos do processo de trabalho com o modo de produção e reprodução de subjetividades.

PEDUZZI (1998), comentando a produção bibliográfica em saúde sobre trabalho de equipe, considera que a noção de equipe aparece como uma realidade já dada e que a articulação das ações parcelares não é problematizada.

Nossa perspectiva para o *trabalho de equipe* parte de que se é um processo de inter-relação, pressupõe momentos de articulação e desarticulação, de entendimento e conflito, não se trata de um *status* a ser alcançado, em que se tem dado ou não se tem. No interior dos serviços de saúde, temos um conjunto de trabalhadores operando, que podem ou não ter clareza do porquê e para quê se encontram lá, podem ou não rever o que fazem e o que pensam uns com os outros, uns dos outros, uns para os outros.

Falando de possibilidades e limites para o trabalho de equipe, falamos de possibilidades e limites para acionar processos de movimento com os trabalhadores.

Recentemente, PEDUZZI (1998) nos brinda com significativa produção científica que se encaminha nesse sentido, com olhar mais voltado para as questões “macro-determinantes” do trabalho de equipe em saúde, adotando por perspectiva principal de análise o processo de trabalho e a interação, tomando por referência Habermas e Mendes Gonçalves, dentre outros.

Esta autora, ao discutir a conformação do trabalho de equipe, em equipe agrupamento e equipe integração, distingue para efeitos de análise, nestas duas expressões da equipe, a dimensão das ações e dimensão dos agentes, colocando em evidência a questão da subjetividade aí presente, trazendo relevante contribuição para o conhecimento nessa área. Assim, entendemos que nosso estudo, ao ter como foco principal de análise do trabalho de equipe as relações presentes nos micro-espacos e nas micro-relações, vem se somar àquele e contribuir com outros possíveis olhares a partir de outros ângulos.

Temos ainda importantes produções científicas que abordam a temática do processo de trabalho em saúde, contribuindo expressivamente para a compreensão de alguns aspectos da rede de relações, tais como o modo de produção, o modelo de assistência que vai-se configurando, o trabalho médico e de enfermagem nesses espaços, os estilos de gerenciamento que vão-se estabelecendo no trabalho realizado dessa forma, nesse momento, etc. (ALMEIDA & ROCHA, 1986, MERHY *et al.*, 1991, MENDES GONÇALVES, 1992; 1994; CAMPOS, 1992, 1994, 1997; MERHY 1997a,b).

Na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto, cenário de nossa prática profissional e desta pesquisa, temos também diversas produções que lançam olhares importantes para os aspectos das relações articulando-as aos

processos de trabalho (ALMEIDA, 1991; ALMEIDA *et al.*, 1994, MISHIMA,1995; SILVA, 1997).

Consideramos importante articular esses aspectos à questão da conformação das equipes, ou seja, das relações que se estabelecem entre os trabalhadores para uma produção em saúde, buscando os limites e possibilidades para a revisão dessa rede de relações e para o trabalho de equipe.

SILVA, C.O. (1994), quando estudando o espaço hospitalar, refere que sobre este dispomos de estudos de muitas vertentes teóricas, olhando-o do ponto de vista marxista, do ponto de vista da saúde ocupacional, do ponto de vista do funcionamento, entre tantos, mas a autora se preocupa com a perda de aspectos relacionados diretamente à vida do trabalhador, e com os possíveis movimentos de vida existente naquele estabelecimento. Essa também é uma preocupação nossa neste estudo.

Interessa-nos a articulação e desarticulação entre trabalhadores, produzida e reproduzida nos micro-espacos onde ocorre a materialização das *Instituições Saúde e Divisão do Trabalho*, onde acontecem as ações básicas em saúde.

Nesses últimos anos, tivemos uma significativa expansão das unidades locais de saúde, e uma descentralização progressiva de recursos financeiros do nível federal para o estadual e recentemente para os municípios². Nesse processo, vivenciamos ainda a ampliação do número de trabalhadores e mudanças no perfil de seu conjunto, sendo que outros profissionais foram sendo incorporados aos serviços fazendo-se assim necessário rever como esses trabalhadores passam a se reorganizar e a reconfigurar seu trabalho.

² Maiores detalhes ver TANAKA *et al.* (1991) e, para o município de Ribeirão Preto, MISHIMA *et al.* (1990) e PEREIRA *et al.* (1997).

Os serviços de saúde vêm tentando se organizar, segundo os princípios e diretrizes do SUS, em uma rede hierarquizada, tendo em sua base as unidades locais, que deveriam estar acessíveis aos moradores de uma dada área de abrangência, com “equipes” capazes de, junto com essa população, ir “respondendo” pelas questões de saúde em integração com outros equipamentos locais que, mesmo não sendo de saúde, dizem respeito a ela, tais como habitação, escola, lazer, saneamento, segurança etc.

Ao dizer que **deveriam** não estamos desconsiderando todos os avanços que já tivemos, mas apenas indicando limites ainda a ser considerados. Não temos, por enquanto, incorporadas aos nossos serviços locais de saúde, práticas hegemônicas de atenção integral, que considerem saúde de uma forma mais ampla que ausência de doença, e que não a continuem dicotomizando em ações curativas e preventivas, continuando a prevalecer as primeiras e um atendimento centrado no ato da consulta médica e da medicalização das queixas.

Isso tem a ver também com o conjunto de trabalhadores em articulação e desarticulação, com aquilo que tomam enquanto objeto de trabalho, com as relações de poder, com seus conceitos sobre saúde-doença, com seus saberes, com projetos em disputa, com subjetividades em produção e (re)produção (MERHY *et al.*, 1991).

Aqui, vamos trabalhar com a idéia de que essas práticas de saúde desenvolvidas pelas equipes trazem, além das determinações históricas, econômicas, sociais, culturais e políticas, a possibilidade de se refazer, de se transformar.

Esse trabalho em saúde e esse conjunto de trabalhadores emergem e são emergentes duma gama de paradoxos dos nossos dias. Deparamo-nos com um homem que dialeticamente se encaminha em direção à vida, à solidariedade, à coletividade, à

cidadania, ao viver conjunto, mas que também vai em direção ao individualismo, ao auto-extermínio, à morte, ao isolamento, à fuga, à segregação...

Vamos tratar das possibilidades e limites do trabalho de equipe em uma unidade local de saúde que se localiza num cenário de incertezas, de reavaliações, de transformações nem sempre compreendidas no tempo de seu acontecer, de necessidades emergentes que se estabelecem neste processo e de incorporações e revisões da história da sociedade e da saúde em particular.

1.1. O trabalho em saúde – produção de bens relações

Falando de equipes falamos de trabalhadores em inter-relação, trabalhadores de saúde que se inserem numa produção diferenciada: *a produção em saúde*.

Referimo-nos ao trabalho entendido enquanto transformação intencional da natureza pelo homem (em que homem e natureza vão-se recriando), para a satisfação de suas necessidades, que resultam das e nas relações sociais e históricas deste mesmo homem e natureza.

O trabalho se realiza em processo, contendo incorporadas as tentativas anteriores de sua realização e as concretizações destas, sua história, que se o determina não necessariamente o faz predizível, pois se fosse assim, bastaria delimitar a história passada do trabalho para predizer sua história futura. Esta história, no processo de trabalho, não é uma história cronológica e fatural, mas uma tentativa de reconstrução sempre relativa, pois já é uma nova significação a partir de um dado ângulo.

Quando falamos de trabalho, estamos considerando-o enquanto momento que contém a capacidade de “envolver” o homem de forma que possa perder sua

visualização antecipada de um “produto acabado”, ou seja, por passar a produzir de forma parcelada, em que cada um executa uma parte deste processo, deixando de ter articulada a concepção do que irá produzir e de como fará isso no conjunto. Então, esse homem passa a não se reconhecer nesse trabalho.

Ao mesmo tempo, também contém a possibilidade de libertá-lo, à medida que ocorram apropriações desse e nesse processo de trabalho, abrindo a perspectiva de sua recriação (trabalho) e assim da recriação desses homens. É a capacidade do homem de pensar, de antecipar em imagens mentais o que será produzido, de dar sentido a esse processo, que o difere do animal.

Mas o homem não trabalha sozinho, con(vive) e vive com outros homens, vive em grupos. Suas necessidades são criadas e satisfeitas com esses grupos e nas relações que se estabelecem neles para satisfazer necessidades, criando-se outras necessidades. Os grupos, suas necessidades e suas relações estão-se modificando num movimento que as fazem diferentes, nos diferentes *espaços/tempos/finalidades*.

Temos que o trabalho se desenvolve em grupos e se estabelece através do “somatório” de parcelas, sendo clássicas as divisões entre trabalho intelectual e trabalho manual, trabalho dividido conforme o sexo, entre outras. Esta divisão do trabalho em parcelas produz e se reproduz através da divisão de classes sociais, sendo por isso uma divisão também social³.

Ao mesmo tempo em que a divisão técnica e social do trabalho contribui para o processo de alienação (é que fica cada vez mais distante a apreensão do trabalho enquanto inteiro, colado com uma finalidade e com uma intencionalidade), esta divisão pressupõe um processo de colaboração. O trabalho não se realiza por um indivíduo mas por um grupo de pessoas que não participaram necessariamente

³ Neste estudo vamos considerar a *Divisão Técnica e Social do trabalho* enquanto uma instituição e mais adiante retomaremos este aspecto.

da decisão do que será construído e nem da discussão sobre a finalidade do que produzem e de sua forma de distribuição; no entanto, o trabalho enquanto transformação de um algo antes em um algo depois, só se concretiza através da complementaridade, da colaboração entre os trabalhadores, o que ao nosso ver abre caminhos, abre possibilidades de questionamentos e de revisão.

No caso do trabalho em saúde, e em particular do trabalho de equipe - nosso tema de investigação -, isto parece ser fundamental. Vejamos algumas questões acerca do trabalho em saúde.

Quando nos referimos ao trabalho em saúde, consideramos que se trata de uma construção permanente em relação a um bem simbólico⁴, social e historicamente produzido, cujo resultado não se materializa em um objeto, mas é resultante de condições de vida e de existência do grupo social envolvido.

Não se produz saúde enquanto "*objeto concreto*" para o consumo e satisfação de necessidades. Contudo, podemos passar a conceber saúde enquanto mercadoria, entre tantas outras, possível de ser consumida e produzida. Esta tem sido a concepção hegemônica no modo de produção capitalista e mais enfaticamente colocada no processo neoliberal.

Aqui, vamos tomar o trabalho em saúde enquanto atendendo finalidades que se definem social e historicamente. Sua materialização é o próprio homem em relação com outros homens e com a natureza, numa perspectiva de manutenção e resgate da capacidade de adaptação ativa a transformações de que, se é produto, é

⁴ Falamos em bem simbólico no sentido trabalhado por GOMES (1999) citando Minayo, ou seja, saúde-doença é um bem social compartilhado, é antes de tudo uma construção social, que apresenta uma vivência diferenciada para cada sujeito, sendo que em torno de saúde e doença há diferentes concepções/significados, onde nem sempre o dado objetivo determina que o indivíduo sinta-se doente ou saudável. GOMES (1999), Aula proferida pelo Prof. Romeu Gomes no curso "Pesquisa Social em Saúde – abordagem qualitativa", em fevereiro de 1999. Curso promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem, em Ribeirão Preto.

também produtor. Então saúde tem a ver com desalienação, com criatividade, com adaptação ativa e crítica à realidade, com processos conscientes e inconscientes, e não necessariamente apenas com resgate de corpos para essas relações de produção.

Quando usuários procuram os serviços de saúde vão em busca da resolução de algo que afeta o seu modo de continuar vivendo, trabalhando, andando, sorrindo, sonhando, e confiam e esperam que os trabalhadores de saúde possam, ao menos, solidarizar-se e incluir-se numa relação de respeito e de compartilhar. CAMPOS (1997).

Dessa forma, a produção em saúde se faz também em relações, produzindo e produto de relações.

Olhando desse ângulo, o processo de trabalho em saúde não pode se limitar à polarização entre aqueles que o *“produzem”* (trabalhadores de saúde) e aqueles que o *“consomem ou são submetidos”* (usuários dos serviços), pois que se constrói na relação destas pessoas, em processo permanente de inter-relação com a sociedade em que vivem, seu modo de produção, seus valores, costumes, sentimentos, razões, que estão em movimento, estão entre luta de opostos, estão se cristalizando e se modificando ao mesmo tempo.

Assim concebemos o trabalho de equipe: um processo de inter-relação, um possível processo de produção de bens-relações.

Para MERHY (1997a), no trabalho em saúde, temos trabalho vivo permanentemente, trabalho em ato, e nele podem estar presentes a finalidade, a antecipação em pensamento e o acionar de processos de criação, satisfazendo necessidades desse próprio homem, que se reconhece nessa forma de trabalho.

"O trabalho vivo não pode em ato, no interior do processo de trabalho, libertar-se plenamente do

trabalho morto, mas tem condições de comandá-lo se conseguir aprender a interrogá-lo, a duvidar de seu sentido e abrir-se para os ruídos/analísadores presentes no seu cotidiano. Com isso, e de posse de uma caixa de ferramentas que tenha o compromisso com o sujeito da ação, e em ação, pode-se reinventar a lógica do processo de trabalho, sua gestão, organização e finalidade, em ato, coletiva e publicamente." (MERHY, 1997a, p.71).

Tomando ainda por referência esse autor, nos processos de trabalho vamos tendo trabalho-vivo capturado à medida que seus agentes vão se apartando da finalidade, do processo criador.

Vamos considerando, a partir dessa perspectiva, que possibilidades e limites para o trabalho de equipe em saúde estão nessa dupla “*dobra*”: trabalho vivo capturado e processos de “descapturas”.

O trabalho vivo capturado vai se estabelecendo em trabalho morto, e MERHY (1997a, 1997b) traz para discussão a produção das tecnologias em saúde. No trabalho em saúde coexistem três tipos básicos de tecnologias: as duras, as leve-duras e as leves.

Toma o trabalho morto enquanto aquele produzido num dado momento e em função de necessidades socialmente constituídas (trabalho vivo em ato), e uma vez incorporado em instrumentos e ferramentas, já não contém a possibilidade de ser “descapturado” posto que se materializou.

As tecnologias duras encerram trabalho morto fruto de outros momentos de produção, condensam em si saberes e fazeres já materializados, já acabados; seriam os equipamentos, as máquinas, os medicamentos, etc.

As tecnologias leve-duras referem-se aos saberes agrupados que direcionam o trabalho, são as normas, os protocolos, o conhecimento de áreas como da epidemiologia, dentre outras, se pensarmos o trabalho em saúde coletiva. Leve-duras por conter trabalho capturado, porém com algumas possibilidades de expressar trabalho vivo.

As tecnologias leves encaminham-se para as relações constituídas e constituintes nos espaços intercessores e são possibilidades de expressão de trabalho vivo em ato.

No encontro de um usuário com um trabalhador de saúde pode se estabelecer um espaço intercessor⁵ (intersecção e intervenção) com possibilidade de criação, de trabalho vivo em ato.

Para MERHY (1997a) os espaços intercessores são resultantes da interseção formada pelo produtor e consumidor, e no caso da saúde tanto produtores e consumidores são instituintes de necessidades e operam:

“Portanto interessa-nos perceber que no processo interseção produção/consumo vai haver um jogo de instituintes entre produtores e consumidores, no próprio ato de produção, que os põe em confronto, nem sempre conflituoso, a partir de distintos formatos de necessidades - tanto como carência quanto como potência - e, também, de distintas formas de satisfazê-las.”
(MERHY, 1997a, p. 90)

Entendemos que investigar possibilidades de produção de espaços intercessores é investigar relações, relações entre trabalhadores, relações destes que se interpenetram com suas relações com os usuários. No trabalho em equipe,

⁵ Da mesma forma que MATUMOTO (1998, p. 35), optamos por utilizar o termo grafado "intercessor" e não "interseção" como referido por Merhy acima e explicitado seu uso nesta mesma referência (MERHY, 1997a, p.87).

também se tem espaços intercessores, para a produção de uma equipe que trabalhe na perspectiva da integração e articulação discutidas por PEDUZZI (1998), na produção de projetos, na configuração de trabalho criativo, responsável.

A forma de produção, uso e desuso e o desenvolvimento dessas tecnologias no cotidiano do serviços de saúde, especialmente das tecnologias leves e do estabelecimento dos possíveis espaços intercessores, constituem-se possibilidades de apropriação pelos trabalhadores de seus processos de trabalho onde estão também se produzindo enquanto homens.

1.2. Trabalho vivo/trabalho vivo "capturado" - produção de subjetividades

Através de processos de trabalho, de construção e usos de tecnologias, de capturas e expressão de trabalho vivo e trabalho morto, subjetividades vão sendo produzidas e (re)produzidas. Segundo GUATTARI & ROLNIK (1996, p.28), ***“a produção de subjetividade constitui matéria-prima de toda e qualquer produção.”***

Vamos tomar a subjetividade enquanto ***“perfil de um modo de ser - de pensar, de agir, de sonhar de amar, etc. - que recorta o espaço formando um interior e um exterior.”*** (ROLNIK, 1997, p.13). Para GUATTARI & ROLNIK (1996) a subjetividade é produzida:

“O sujeito, segundo toda uma tradição da filosofia e das ciências humanas, é algo que encontramos como “etre-là”, algo de domínio de uma suposta natureza humana. Proponho, ao contrário, a idéia de uma subjetividade de natureza industrial, maquina, ou seja, essencialmente fabricada,

modelada, recebida, consumida.” (GUATTARI & ROLNIK, 1996, p. 25).

Nos atuais processos de produção vamos tendo o que os autores denominam de subjetividades serializadas - indivíduos. BAREMBLITT (1994) fala de subjetividade assujeitada, submetida.

Nosso jeito de amar, os devaneios, sonhos, pensamentos, jeito de “andar a vida” são produzidos num processo maquínico e vamos sendo indivíduos subordinados a um sistema hierárquico, sistema de valores, de submissão, com possibilidades de rupturas:

“A essa máquina de produção de subjetividades eu oporia a idéia de que é possível desenvolver modos de subjetivação singulares, aquilo que poderíamos chamar de “processos de singularização”, uma maneira de recusar todos esses modos de encodificação preestabelecidos, todos esses modos de manipulação e de telecomando, recusá-los para construir, de certa forma, modos de sensibilidade, modos de relação com os outros, modos de produção, modos de criatividade que produzam uma subjetividade singular. Uma singularização existencial que coincida com um desejo, com gosto de viver, com uma vontade de construir o mundo no qual nos encontramos, com a instauração de dispositivos para mudar os tipos de sociedade, os tipos de valores que não são os nossos.” (GUATTARI & ROLNIK, 1996, p. 16-17).

Este estudo traz enquanto aposta, utopia ou esperança, a possibilidade de que nos serviços de saúde, onde pessoas lidam com a desigualdade, com o reaver de um importante bem - o *bem saúde*, que permite ao usuário andar pela vida com maior ou menor fluidez -, possamos desencadear processos de

singularização através de, entre muitas alternativas, olhar com as equipes para o que produzem, como produzem, para que produzem, como estão as relações para essas produções, que relações estão sendo produzidas e das quais estão produtos/produtores.

Dessa forma e em concordância com MERHY (1997a), pensamos que se estamos interessados em mudanças no setor saúde, em efetivação de serviços que tenham enquanto norte a defesa da vida, carecemos de “ferramentas” e de dispositivos para colocar em potência processos de enunciação de subjetividades, de singularizações, de trabalho vivo, de como o autor diz; processos capazes de *“mexer com cabeças”* com interesses, com projetos. Olhar com os trabalhadores para a rede de relações pode mostrar fissuras, brechas de possibilidades e limites da retomada ou apropriação do movimento presente nessa trama.

Compartilhamos com MERHY (1997a, p.96) que se nos serviços de saúde estão sendo fabricadas as cabeças, cabeças que ***“operam a micropolítica do processo de trabalho vivo como forças instituintes de processos de resistências às mudanças”***, vamos precisar olhar para esses processos, pois se instituídos também podem ficar instituintes, se expressam resistência à mudança, podem expressar efetiva mudança.

Instituintes e instituídos são termos adotados pelas correntes institucionalistas e referem-se, respectivamente, às forças produtivas de códigos institucionais e aos “produtos” dessas forças. BAREMBLITT (1994) define da seguinte forma: ***“O instituinte aparece como processo, enquanto o instituído aparece como resultado. O instituinte transmite uma característica dinâmica, o instituído transmite uma característica estática congelada.”*** (BAREMBLITT, 1994, p.32).

Esse autor chama atenção para que evitemos leituras maniqueístas do tipo instituinte é bom, instituídos são ruins. Na rede de relações que se configura numa Unidade de Saúde temos em produção e reprodução, em “briga”, os instituintes e instituídos; vamos em busca de alguns nessa investigação.

Estamos entendendo que estudar a rede de relações e o trabalho de equipe possui uma complexidade de ampla dimensão por se tratar de processos de relações dinâmicas em acontecimentos de infinitas possibilidades. Desta forma, vamos tendo alguns aspectos dessa trama, desse tecido de relações, com inúmeros e mutantes significados.

O conjunto de trabalhadores das unidades básicas de saúde está constituído por pessoas em relação que possuem práticas e saberes distintos, e que emergem de contextos culturais e sociais diversos.

No interior das equipes das unidades básicas de saúde convivem usuários, vigias, médicos (com especialidade em pediatria, ginecologia e obstetrícia e clínica geral), escriturários, dentistas, auxiliares odontológicos e de enfermagem, técnicos de enfermagem, enfermeiros e serventes. E todos **sujeitos**, pessoas, com seus auto-governos, poderes de barganha, suas influências, saberes, compromissos, valores, projetos, esperanças, dores e amores.

Auto-governo está sendo tomado enquanto capacidade que todo trabalhador possui para “*governar*” os processos de trabalho. Essa capacidade pode ser ou não reconhecida, pode estar implicada na rede de relações e se faz presente “*funcionando*” quase como que um redirecionador das ações em distintas direções conforme os objetivos em disputa ou em pauta.

Conforme o exercício do auto-governo podemos encontrar um trabalhador, em tese, subordinado, decidindo e influenciando decisivamente sobre etapas importantes

do processo de trabalho em saúde. MERHY (1997a) exemplifica com o vigia que pode interferir sobre o atendimento de um cliente, facilitando ou dificultando seu acesso a outras etapas do trabalho em saúde.

Nas relações dos trabalhadores estão em interjogo auto-governos; eles podem sair do nível implícito para se explicitarem e se fazerem conhecidos e potencializados para se dirigirem “*com clareza*” pelos envolvidos para dimensões que incluam acolhimento e vínculo com usuários e expressem, no trabalho, a “*Obra*”.

Essas seriam possibilidades de descaptura do trabalho vivo, seriam possibilidades de produção de bens-relações, de rearranjo da rede de relações e do trabalho de equipe.

Aqui, estamos falando de “*Obra*”, nos referindo aos processos de criação onde os sujeitos se reconheçam nesse trabalho, naquilo que em relação produzem. CAMPOS (1997) vai discutir o tema da obra na saúde. Essa discussão também está presente quando discutimos processos de subjetivação, de enunciação de subjetividades, de singularizações.

Para GUATTARI & ROLNIK (1996) os indivíduos podem viver a subjetividade oscilando entre dois pólos: um de alienação e subordinação e outro de criação, de ruptura na qual o indivíduo se reapropria de sua subjetividade.

A obra em saúde tem a ver com isso, com criatividade, com reapropriação de subjetividade e com o processo de produção de relações, se articula a trabalho vivo e ao uso de tecnologias leves. Segundo CAMPOS (1997), tem a ver com reconhecimento do trabalhador, do usuário e da sociedade àquilo que em relação produzem.

A produção da obra, de espaços intercessores, de auto-governos, de singularizações se articulam a processos que possuem dimensões implícitas e explícitas.

Nas relações, temos aspectos claros compartilhados e aspectos não claros, o que está dito nem sempre está falado; para PELBART (1993) temos a questão dos "In-visíveis", e neles se passa o essencial:

“Voltando ao exemplo do hospital psiquiátrico, eu diria que é nessa esfera do invisível que se passa o essencial, que está aí a matéria-prima da clínica, onde as virtualidades estão presentes num estado de oferecimento, à espera de enganches, atualizações, proliferações, de onde cada um, indivíduo ou parte de um indivíduo em conexão com parte de outro extrai e constrói sua terra natal, por mais imaterial que ela seja, a partir da qual certos processos de subjetivação podem desdobrar-se e ganhar consistência.” (PELBART, 1993,p. 53).

Diríamos que nas Unidades de Saúde muitos aspectos da rede de relações estão constituídas num nível invisível, implícito e que buscar esses aspectos constitui possibilidade de novas recomposições.

“Então não bastaria dizer que o invisível plana sobre as coisas como uma espécie de incorporal, tal como o acontecimento, mas que ele atravessa as coisas como essa textura ou nervadura virtual, que uma vez atualizada, as redistribui, provocando nelas desmembramentos, decomposições, recomposições, bifurcações, novas processualidades, derivações, universos, inéditos.” (PELBART, 1993, p. 55).

A dimensão implícita das relações pode se explicitar através de analisadores, de dispositivos que evidenciam ruídos existentes no cotidiano. Também se evidenciam nas contradições, na dissociação entre pensamento, ato e sentimento. Assim, analisar a rede de relações pressupõe a identificação das contradições, dos ruídos, das situações dilemáticas, dos confrontos e conflitos.

Os ruídos são situações que se analisadas possibilitam emergência de novas intencionalidades, são pontos de possíveis rupturas e neste estudo buscamos evidenciar alguns.

No interjogo implícito e explícito estão possibilidades de constituição de singularizações, de rupturas e de brechas para os instituintes, de projetos. Os processos implícitos e explícitos e a produção e reprodução de subjetividades nos encaminham para as discussões das instituições.

As instituições para BAREMBLITT (1994) são normas e regras compartilhadas, algumas num plano implícito que podem agenciar subjetividades, e também enunciá-las, podem direcionar o processo de trabalho e redirecioná-lo através da auto-análise e autogestão.

Auto-análise e autogestão são processos interdependentes que esse autor define enquanto:

“Consiste em que as comunidades mesmas, como protagonistas de seus problemas, de suas necessidades, de suas demandas, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um vocabulário próprio que lhes permita saber acerca de sua vida [...]

Esse processo de auto-análise é simultâneo com o processo de auto-organização, em que a comunidade se articula, se institucionaliza, se organiza para construir ela mesma, ou para conseguir, os recursos de que precisa para o melhoramento de sua vida na terra”. (BAREMBLITT 1994, p. 14).

As instituições materializam-se nas organizações e nos estabelecimentos, assim se materializam nos serviços de saúde.

Elas se interpenetram por outras instituições, tais como a da linguagem, da educação, da justiça, da divisão do trabalho entre tantas.

Aqui iremos estar mais próximos à instituição saúde e instituição divisão do trabalho. BAREMBLITT (1994, p.29) fala da instituição trabalho estando dividida em atividades parcelares que se fazem em momentos específicos da produção e conforme a especificidade de cada uma dessas parcelas. Essa divisão é também social pois a divisão técnica está acompanhada de hierarquia, de diferenças de prestígio e poder.

Quanto à instituição Saúde, consideramos que esta foi se constituindo histórica e socialmente através de padrões de normalidade, classificando e enumerando patologias, tipos, condutas, fazendo simultaneamente movimento de inclusão e exclusão. Ao mesmo tempo em que vai excluindo “anormais”, vai incluindo-os em situações asilares, de custódia, também vai excluindo os “normais” ao acesso, incluindo-os fora de si, em seu exterior. Inclui ou exclui articulando-se aos processos produtivos vigentes. A instituição saúde traz consigo o embate da vida e da morte, dos lugares de nascer e morrer.

Essas duas instituições parecem se interpor com maior intensidade na rede de relações que pretendemos estudar.

Vamos tomar alguns conceitos de autores institucionalistas para nos auxiliarem a olhar essa rede. LAPASSADE (1983, p.14) por exemplo vai dizer-nos o seguinte: ***“Na base da sociedade, as relações humanas são regidas por instituições: sob a superfície das “relações humanas” (e desumanas) há as relações de produção, de domínio e de exploração ...”***

Dessa forma, compreendemos que não é possível discriminar relações, elas se encontram interpenetradas, interdeterminadas e determinantes.

Segundo LAPASSADE (1983, p.13), a dimensão institucional é a dimensão do oculto, do implícito, e a análise institucional é **"o método que visa a revelar nos grupos, esse nível oculto de sua vida e de funcionamento."**

Para BAREMBLITT (1994, p.51) a análise institucional tem por objetivo criar campos de leitura, disparar processos:

"O objetivo institucionalista é criar campos de leitura, de compreensão, de intervenção para que cada processo desejante, revolucionário, seja capaz de gerar os "homens" de que precisa. E não ajeitá-los a partir de uma suposição de que já estão feitos, mas aceitar a idéia de que novos homens se fazem a cada momento, em cada circunstância."

Nessa investigação não pretendemos uma análise institucional, mas nos utilizamos de alguns de seus conceitos e pressupostos para olhar para a rede de relações na Unidade de Saúde estudada, que podem nos indicar possibilidades e limites para o trabalho de equipe.

A citação acima fala de processos desejantes. Por desejo consideramos as forças que ultrapassam os processos psíquicos; para os institucionalistas, o desejo é imanente às produções e se refere **"a força que tende a criar o novo, força de invenção."**, segundo BAREMBLITT (1994, p.49).

Podemos definir desejo enquanto vida em ato, vida em exercício, vida em vontade, para GUATTARI & ROLNIK (1996):

“O desejo permeia o campo social, tanto em práticas imediatas quanto em projetos muito ambiciosos. Por não querer me atrapalhar com definições complicadas, eu proporia denominar desejo a todas as formas de vontade de viver, vontade de criar, vontade de amar, vontade de inventar outra sociedade, outra percepção do mundo, outros sistemas de valores.” (GUATTARI & ROLNIK, 1996, p. 215).

Na rede de relações, no trabalho em saúde, no trabalho de equipe procuramos o desejo; é que a própria saúde também é estado de desejo se olhada nesta perspectiva. O desejo está associado a subjetividades singulares, singularizações em devir. Para GUATTARI & ROLNIK (1996, p.74) ***“a idéia de “devir” está ligada à possibilidade ou não de um processo de se singularizar.”***

Estes conceitos institucionalistas nos auxiliam a pensar a temática do trabalho de equipe e alguns dos aspectos pertinentes à rede de relações tramada nos processos de trabalho da Unidade de Saúde estudada.

Os trabalhadores em conjunto podem ir se constituindo um grupo num movimento de alternância entre série⁶ e grupo, o que nos permite utilizar os conceitos sobre *“grupos operativos”* para pensar nas relações que aí vão-se tecendo.

Buscamos analisar as relações que se estabelecem entre os trabalhadores na perspectiva de que nas instituições, e nos estabelecimentos em que estas se materializam, estão ocorrendo processos grupais.

⁶ Alguns estudiosos sobre grupos, como por exemplo, BLEGER (1991, p.43) se referem a diferença entre série e grupo, apresentada por Sartre. Série diz respeito a indivíduos colocados para um fazer comum sem articulações entre os mesmos. É clássica a citação do exemplo das pessoas numa fila de ônibus enquanto série. Já os grupos pressupõem interação, troca, além de um fazer comum.

1.3. Olhando para a constituição de grupos (trabalho de equipe???) - o grupo operativo

Os grupos são considerados espaços onde podem se explicitar regras e normas compartilhadas, contraposições, dilemas, conflitos, sendo para alguns analistas institucionais um campo de análise e intervenção. Neste estudo, é cenário de algumas facetas da rede de relações, e permite que nos aproximemos dos processos que estão aí ocorrendo. Ao fazermos essa aproximação, utilizamos como aporte teórico as concepções de grupo operativo de Pichon-Rivière e demais continuadores dessa abordagem grupal.

LAPASSADE (1983) considera os grupos enquanto determinados por instituições e considera interdependentes os grupos, as organizações e as instituições. DUBOST & LEVY (1987) falam o seguinte:

“Los grupos frente a frente aparecen entonces como lugares privilegiados de análisis: constituyen lo que hace el espesor de lo social, la opacidad de una palabra que no se reduce a un contenido y nunca coincide completamente con discursos contruídos, instituídos, reproducidos en ambitos separados del lugar y el momento de su emisión. Los procesos sociales no se reducen evidentemente a lo que puede ser aprehendido en los grupos frente a frente; pero reciprocamente, estos procesos no pueden ser comprendidos y no pueden evolucionar independientemente de las formas en las que se actualizan, en la que se articulan y se transforman. No es pues posible hablar de análisis social sino en las situaciones de grupo

en que los enunciados interpretativos pueden insertarse en la enunciación que los sujetos hacen de aquello que tiene sentido para ellos.”
(DUBOST & LEVY, 1987, p.66).

Analisar processos de ruptura, de produção de trabalho vivo, de espaço intercessor, de evidencição de auto-governos, de singularizações, explicitação de implícitos, de desejos, requer dispositivos que coloquem esses aspectos em movimento. BARROS (1997) discute os grupos enquanto dispositivos de ação. Em nosso estudo, também vamos considerar os grupos enquanto possibilidade de análise da rede de relações tecida numa unidade de saúde da rede básica.

Os conceitos de grupo operativo de PICHON-RIVIÈRE (1982) nos auxiliam na construção do objeto de estudo e possibilitam sustentação para olhar para a realidade e para a análise dos dados. Esse autor é também um institucionalista que teve sua obra "continuada" por autores como BAULEO (1989), BAREMBLITT (1982,1994), BLEGER (1991), QUIROGA (1994), entre outros.

Comentando a obra de Pichon-Rivière, QUIROGA (1994) fala o seguinte:

“El descubrimiento de la eficacia de la interacción que puede generar patología o por el contrario, promover el aprendizaje, el desarrollo de identidad, la fortaleza yoica, llevan a Enrique Pichon-Rivière a un camino de investigación, en el interrogará por el lugar del otro, del vínculo, del grupo, de las instituciones y de las relaciones sociales en la constitución de lo subjetivo. Esta investigación culminará en una concepción del sujeto como “social e históricamente determinado”, que es en cada aquí y ahora la síntesis, el punto de llegada de una historia vincular y social. El sujeto se constituye como tal en una relación dialéctica con el mundo, relación que tiene su motor en la necesidad. Necesidad

que lo vuelca sobre el mundo en busca de la fuente de gratificación.

Pero el mundo para el sujeto humano se da a su experiencia entretejido de vínculos y relaciones sociales, que determinan a esos vínculos. Son estos vínculos y relaciones entonces los que configuran la subjetividad.” (QUIROGA, 1994, p.103).

Quando discutimos o trabalho e o trabalho em saúde falamos de necessidades, do trabalho atendendo necessidades. Para Pichon-Rivière as necessidades são constituídas social e historicamente e se fazem motor de todo contato, vínculo e aprendizagem, pois as necessidades e possibilidades de satisfação se fazem a partir do outro, com o outro e nas relações com o mundo externo.

Define o homem enquanto um ser de necessidades que só se satisfazem nas relações sociais que as determinam. Trabalhadores do serviço de saúde e usuários se encontram para a satisfação de necessidades, e esse encontro ao mesmo tempo em que gesta a possibilidade de satisfação, gesta também a possibilidade de não satisfação, e nesse processo se estabelecem contradições e agregam-se outras necessidades, outras formas de relação. O sujeito é emergente do sistema vincular, das contradições e interjogo entre necessidade/satisfação, sujeito/contexto.

Considerando que o trabalho de equipe em saúde é uma inter-relação de pessoas com seus conhecimentos, sentimentos, expectativas e fantasias em interjogo para satisfação de necessidades tanto dos usuários como dos trabalhadores, que ocorrem de formas distintas nos diferentes momentos da história e que está em permanente intercâmbio, para pensar nas suas possibilidades e limites podemos pensar nos processos grupais que podem estar aí ocorrendo.

Os processos grupais, segundo ROSENBOM (1983), estão se dando no nosso cotidiano quer os consideremos ou não, e podemos ou não fazer deles ferramentas para operar nesse nosso dia-a-dia.

Olhar para os processos grupais é olhar para relações e será um norte para olhá-las num micro-espço. Os processos grupais também podem se apresentar enquanto “*ferramenta*” de operatividade e transformação.

E para quais relações olhamos? Relações que são (ou estão), indistintamente de trabalho, interpessoais, intersubjetivas, intrasubjetivas, trans-subjetivas, de competição, de cooperação, sociais, de poder dentre tantas possíveis. Não temos como e nem porque separá-las.

Tomamos aqui o trabalho de equipe enquanto processo de relação que envolve sujeitos e estes sujeitos compõem-se de muitos outros sujeitos construídos nas relações. ÁVILA (1995) discutindo a questão do indivíduo e do grupo diz o seguinte:

“Freud em sua intuição e trabalho, abre o caminho para descerrarmos os véus que recobrem o indivíduo, e vemos, nele, a ação conjunta e policrônica, de incontáveis outros indivíduos, tanto presentes quanto passados, tanto em ação concreta, quanto nos seus mais elaborados e abstratos produtos culturais. [...] O homem só é homem em relação com outros homens. Esta verdade tão simples necessita de um

longo percurso para voltar a se encobrir, ou seja, para se revelar [...]

O indivíduo não existe como existência separada. Nenhuma pessoa é ser humano na ausência completa de outros seres humanos [...]. Humanizar-se é um processo feito de relações, somente na qualidade de polo de relações é que o indivíduo se constitui. E então uma vez constituído, embora essa constituição seja permanente, um processo aberto de se refazer, o indivíduo então passa a poder interagir com os outros e, sujeito afinal, pode também constituir aos outros.” (ÁVILA, 1995, p. 46).

Os trabalhadores de saúde são sujeitos em relação, trazem “dentro de si” inúmeros outros trabalhadores, sujeitos presentes e passados que nesse estando juntos para realizar trabalho vão se constituindo. Vão se encontrando e desencontrando, se articulando e desarticulando, e as possibilidades e limites para o trabalho de equipe passam por esses processos.

Esse processo de inter-relação de pessoas pressupõe encontros, e os encontros de pessoas são na verdade reencontros. Entre duas pessoas em relação estarão presentes mais que duas pessoas, estarão presentes uma das pessoas, a imagem fantasiada que faz de si e da outra (que inclusive à remete a lembrança de encontros anteriores) e a outra pessoa também com suas imagens.

Os sujeitos apreendem a realidade através de um processo fantasiado, o outro é um pouco de meu eu, e do que já vivi, projetado sobre ele. E esta situação se entrelaça no conjunto de trabalhadores, vindo a influenciar os vínculos estabelecidos.

Vínculos que, para MERHY (1997a,b), é tecnologia leve, é possibilidade de trabalho vivo em ato, para PICHON-RIVIÈRE (1982, 1995) são estruturas bi-corporais e tri-pessoais, envolvem dois corpos, mas pelo menos três pessoas.

Os vínculos podem se apresentar enquanto estritamente pessoais, sem articulação com a forma como estes serviços estão organizados, e podem carecer de atualização. Quando estão cristalizados percebemos o outro de maneira estática como se as pessoas já estivessem dadas a priori (não estando em situação e em relação), assim por exemplo, uns para os outros “são legais” (e sempre legais) ou “chatos” (sempre chatos).

Os vínculos vão sendo construídos nas relações, mas tem estreita ligação com todos os processos vividos anteriormente. Para QUIROGA (1994) o compartilhar de um espaço num período de tempo e até eventualmente de um objetivo não é condição para o estabelecimento de vínculos, ou seja, entre trabalhadores de uma Unidade de Saúde não temos necessariamente vínculos.

Um conceito relacionado ao vínculo é o da mútua representação interna. Essas seriam as “*imagens*” que vamos incorporando das outras pessoas e que trazem articulações com todas as outras pessoas e relações que vivemos. Quando essas imagens ficam estanques e cristalizadas, o grupo trabalha com estereotípias e tem grande chance de se vincular com imaginários fantasmáticos.

Dessa ótica, as pessoas estão em relação. O homem está em situação, e conforme o momento e a situação ele não é, está. Isso vai contra o movimento que fazemos de fixar as pessoas como se simplesmente fossem já acabadas, “*são assim e ponto*”. Olhar para a rede de relações pressupõe olhar para as possíveis fixações entre os trabalhadores, para os vínculos, e mútuas representações internas.

O conceito de grupo, para PICHON-RIVIÈRE (1982), é de um conjunto de pessoas ligadas entre si por sua mútua representação interna e que se propõem a realizar, explícita ou implicitamente, uma tarefa que constitui sua finalidade,

interatuando através de complexos mecanismos de assunção e adjudicação de papéis.

Os trabalhadores de uma unidade local constituem-se de um conjunto de pessoas que constantemente freqüentam, produzem, criam e recriam as unidades de saúde através dos tempos, estando, ao mesmo tempo, sujeitos às determinações históricas e contextuais.

Ao articularmos os conceitos de grupos com o trabalho de equipe precisamos deixar explícito que não pretendemos fazer uma transposição do tipo: *"as equipes são grupos operativos"*. Adotamos que as relações entre o conjunto de trabalhadores podem ser olhadas por conceitos norteadores do grupo operativo.

Os trabalhadores de uma Unidade de Saúde estão reunidos para desenvolver um trabalho, se colocam em uma série de fazeres que podemos chamar de tarefa, de ações para o alcance de objetivos. Vamos chamar de *"movimento de tarefa"* aquele que ocorre nos grupos e se refere às elaborações das ansiedades básicas do medo do ataque e da perda, ao momento de ruptura de estereótipos, de elaboração de sínteses, de aprendizagem, momentos esses que pressupõem vínculos.

FUMAGALLI (1981), falando da abordagem de instituições dentro da proposta pichoniana, afirma que toda organização tem uma tarefa principal que reflete seu objetivo principal. Então podemos ter enquanto tarefa das organizações de saúde a prestação de assistência, e esse conjunto de ações, as tarefas a que um grupo se volta, têm "embutidas" concepções, conceitos, nesse caso referentes a saúde e doença.

Para QUIROGA (1994), tarefa são as ações para satisfação de necessidades, podendo ser entendida enquanto processo que se estabelece a partir de necessidades e é a transformação da ausência, da falta naquilo que é capaz de

satisfazer. ***“La tarea es la marcha del grupo hacia su objetivo, es un hacer dialético hacia una finalidad, es una praxis y una trajetória.”*** (QUIROGA, 1994, p.97).

ANDRADE (1982) articula a noção de tarefa com a divisão do trabalho e com a possibilidade de produção de desejo.

“Entendemos que o conceito de tarefa que guia a ação no grupo operativo deve ser entendido como uma forma de superar a divisão técnica e social do trabalho. Em nossa sociedade o prazer e o trabalho aparecem como formas dissociadas, na maioria das vezes contraditórias. Entrar em tarefa, seria então assumir esse desafio que implica em conquistar o desejo na produção e a produção no desejo.” (ANDRADE, 1982, p.175).

Uma das etapas da tarefa é a pré-tarefa que se relaciona ao momento em que o grupo passa por *“dificuldades”* para operá-la. São momentos caracterizados por ansiedades e pelo medo da perda e do ataque, sendo, ao mesmo tempo, a oportunidade de alcançar saltos qualitativos.

Os grupos vivenciam um medo relacionado com a fantasia de perder: perder individualização, perder conhecimentos, perder poder, perder a identidade. Teme ainda ser atacado, ser atingido e estes temores vão poder desviar provisoriamente o grupo de sua tarefa. Um grupo pode se paralisar em pré-tarefa, o que pode resultar em relações estereotipadas e até na sua dissolução.

Os movimentos de tarefa e pré-tarefa, possíveis a partir dos vínculos e que se direcionam a finalidades, vão possibilitando aos envolvidos se inserirem enquanto atores, sujeitos de sua práxis, o que nos remete à emergência de subjetividades não submetidas, a movimentos de singularizações.

Nesse processo de assumir-se sujeito, o grupo e seus integrantes vão produzindo mudanças, vão criando, vão constituindo a "*Obra*", e vão se constituindo, planificando estratégias para transformação; para PICHON-RIVIÈRE (1982) vão se criando os projetos.

Projeto e aprendizagem articulam-se na perspectiva de que sujeitos podem apreender a realidade numa relação mutuamente modificadora, configurando uma adaptação crítica e ativa a essa realidade.

No exercício de alternar tarefa e pré-tarefa, de aprender, de viver, de desejar, os conflitos vão-se estabelecendo. Eles podem ficar *dilemáticos* onde os termos estão completamente excludentes e dissociados e não permitem sua resolução, ou *problemáticos*, quando a reintegração é possível.

Vamos poder ir resolvendo conflitos através da análise das contradições, e são os conflitos que podem fazer fluir aprendizagem; sem conflito não temos obstáculos e também não acontece aprendizagem. Dialeticamente temos um movimento para a integração dos contrários que não se rompe nunca, segundo ROSENBON (1983).

Os pares contraditórios que se constituem e tomam forma de conflito fazem duplamente o movimento de complementaridade e de luta. Alguns pares contraditórios são universais tais como: sujeito-grupo, necessidade-satisfação, projeto-resistência a mudança, velho e o novo. Universais porque vão se estabelecer em todos os grupos e ao mesmo tempo de forma singular em cada um deles. A "*resolução*" das contradições chamamos de síntese, resolução entre aspas porque a síntese já é gestante de outra contradição.

Na análise dos processos grupais e da rede de relações buscamos algumas das contradições que podem estar aí se estabelecendo.

Quando as pessoas estão em relação, entre elas e com mundo e se colocam juntas para desenvolver tarefas e objetivos, se estabelecem papéis que são atribuídos e aceitos (são complementares) de uns com os outros de forma nem sempre explícita (não há ditador sem submisso, filho sem pai etc). Nos grupos, PICHON-RIVIÈRE (1982) considera, enquanto papéis, os seguintes:

1. **Porta-voz** é aquele que expressa uma síntese do que o grupo vive naquele momento, pode denunciar uma situação e faz isso de forma inconsciente, se expressando como se aquilo que está dizendo fosse seu apenas; no entanto, o que expressa diz respeito ao grupo como um todo.
2. **Bode expiatório**, é o papel que o porta-voz pode vivenciar logo em seguida. No papel de bode expiatório um ou vários integrantes do grupo recebem a deposição de toda angústia circulante, é o culpado eleito para a situação. Dessa perspectiva teórica o doente mental é o porta-voz que denuncia uma dificuldade que não é só sua mas da dinâmica familiar, e passa a ser o bode expiatório da situação, o louco da história.
3. **Líder de mudança**: é quando um porta-voz pode também ser ouvido pelo grupo que acata, reflete e (re)elabora; o que o porta-voz diz faz sentido para os demais integrantes, ecoa, e o grupo faz um movimento de síntese, dá um salto qualitativo.
4. **Sabotador** da tarefa, é um outro papel que auxilia o grupo na sua fuga com relação ao trabalhar a tarefa explícita e implícita. Dizemos que auxilia porque naquele instante o grupo tem motivos, para se desviar de sua tarefa, que podem estar relacionados com o acúmulo de energia ainda não suficiente para o salto

qualitativo, o que o leva a fazer mais uma volta na espiral dialética do processo grupal.

PICHON-RIVIÈRE (1982) se utiliza desse desenho de espiral para didaticamente procurar representar o processo grupal. Nessa espiral o grupo passa por alguns momentos e retorna a eles mas nunca no mesmo ponto nem da mesma forma.

Num conjunto de trabalhadores os papéis adjudicados e assumidos podem estar sendo pouco rodiziados e o rodízio ou fixação dos papéis se fazem indicadores da saúde grupal: quanto mais saudável um grupo, maior esse rodízio.

A rede de relações entre trabalhadores pode se fixar também a partir da fixação de papéis e essa fixação tanto é possibilidade como limite para a revisão dessa rede e do trabalho de equipe.

Um outro conceito pichoniano diz respeito a verticalidade e horizontalidade. A verticalidade refere-se ao indivíduo e a seu mundo interno, suas experiências, matrizes, sentimentos, poderia corresponder a personificação. Nos grupos podemos vivenciar momentos de justaposição de verticalidades. Nestes momentos, as trocas e a operatividade estão restritos, as pessoas estão juntas mas não se “tocam”.

A horizontalidade refere-se aos momentos em que as verticalidades estão em inter-relação, são momentos operativos em que as tarefas estão sendo trabalhadas pelo grupo.

Verticalidades e horizontalidades estão em interjogo nos processos grupais, na rede de relações podem estar mais freqüentes os movimentos de verticalização onde cada um busca manter-se individualmente. Os obstáculos

tendem a provocar movimentos de verticalização, sendo que nos processos de horizontalização temos possibilidades de superação desses obstáculos.

De todo o exposto até aqui, vamos analisar alguns aspectos da rede de relações tecidas numa Unidade de Saúde, adotando enquanto uma das ferramentas, ou óculos, o aporte de conhecimentos da psicologia social de PICHON-RIVIÈRE, que dá a sustentação teórica a respeito dos grupos e do processo grupal.

Utilizamos também de conceitos do movimento institucionalista, da micropolítica, dos processos de subjetividade e do processo de trabalho. Valemos-nos de articulações que vêm sendo estudadas e produzidas principalmente por MERHY (1997 a, b) e CAMPOS (1997) na sua aplicação à saúde coletiva.

1.4. Explicitando os pressupostos

No desenvolvimento de nosso texto até aqui, consideramos que foram sendo apresentados tanto o aporte teórico como a delimitação do nosso objeto de investigação. Nesse percurso, também estão tecidos os nossos pressupostos; no entanto, a fim de exercitar suas reformulações e facilitar sua visualização, passamos a explicitá-los.

✓ Ao mesmo tempo em que a rede de relações se configura no trabalho, ela se reproduz e também é produtora e (re)produtora das subjetividades dos envolvidos.

✓ A rede de relações entre os trabalhadores se conforma em analogia aos processos grupais, podendo ser conhecida e (re)conhecida em sessões grupais, apropriada pelos trabalhadores e reconfigurada.

1.5. Os objetivos

Tendo como centrais essas questões, aqui colocamos como objetivos do estudo:

✓ identificar e analisar alguns aspectos da rede de relações que se configura em uma unidade da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto, no desenvolvimento do trabalho.

identificar e analisar possibilidades e limites para a viabilização do trabalho de equipe na reorganização dos microespaços de trabalho.

O caminho metodológico: um processo de muitas idas e vindas.

Nesse trabalho, estamos considerando que a pesquisa, assim como o processo de aprender, se constrói através de inúmeras idas e vindas, com aproximações que vão se fazendo sucessivamente à medida que o pesquisador vai definindo o objeto de sua pesquisa e seu caminhar. DEMO (1996) afirma que:

“Pesquisa coincide com vontade de viver, de sobreviver, de mudar, de transformar, de recomeçar. Pesquisar é demonstrar que não se perdeu o senso pela alternativa, que a esperança é sempre maior que qualquer fracasso, que é sempre possível reiniciar.” (DEMO, 1996, p.40).

Senso de alternativa e vontade de viver, de *“ver um fazer em saúde”* que não só este que está no nosso todo dia, são os direcionamentos do nosso **como** pesquisar.

Devido a natureza de nosso estudo, que pretende analisar alguns aspectos da rede de relações que se configura em uma unidade da rede básica de saúde, estamos fazendo a opção pela pesquisa qualitativa.

Consideramos que este tipo de pesquisa se apresenta como uma das possíveis formas de “captar” nosso objeto de estudo, ou seja, em um dado local e momento apreender em que perspectiva vem se conformando a rede de relações no desenvolvimento do trabalho em saúde, os limites e possibilidades para a construção de um trabalho de equipe que se encaminhe para o estímulo à

criatividade, emancipação e para o exercício de cidadania, onde os envolvidos (usuários e trabalhadores) se percebiam em processo e em movimento.

Estamos voltados para o processo de inter-relação entre os trabalhadores que vem se estabelecendo numa unidade local de saúde, sendo que os usuários estão presentes de uma forma indireta, ou seja, nas verbalizações e em outras formas de comunicação. Os usuários ainda se fazem presentes através das finalidades para as quais os trabalhadores voltam ou não o trabalho.

Consideramos nosso objeto de estudo o processo de inter-relação entre os trabalhadores, enquanto resultado e resultante da construção permanente das subjetividades envolvidas, dos micropoderes, das instituições, da organização do trabalho e da inserção nesse contexto. Trata-se de um interjogo cambiante e em processo, sendo de natureza não quantificável, uma vez que se apresenta de diferentes formas em distintas organizações, contextos, momentos. Dessa forma, justificamos nossa escolha pela abordagem qualitativa.

Nosso olhar está também acrescido da interpretação que fazemos enquanto investigador, que não é, em absoluto, neutra, pois levamos para nossas construções teóricas as vivências, expectativas, conceitos, pré-conceitos, matrizes, visão de mundo, que foram sendo constituídos no transcorrer da vida, e por isso mesmo são passíveis (felizmente) de estar em xeque a todo momento.

Desde os primeiros ensaios, pretendíamos desenvolver nossa pesquisa na perspectiva de evidenciar seu caráter dinâmico, que envolve o saber, o aprender e o fazer, num processo que emana da inquietação, que é fecundo para o desenvolvimento da criatividade e da apropriação pelos envolvidos, da dinamicidade, provisoriedade e finitude do nosso conhecimento.

Assim interessou-nos criar alternativas de possíveis compreensões acerca da temática e do objeto de estudo. Aqui compreensão está considerada por nós como para SARTRE (1967, p. 20) "***compreender é modificar-se, ir além de si mesmo***", pois quem sabe seja possível construir um outro jeito menos idealizado de se estar junto para "*fazer alguma coisa*", para talvez, "*fazer*" com maior clareza e com possível opção quanto à direção desse processo em construção.

Os autores que elegemos para pensar nos caminhos para o desenvolvimento de nossa pesquisa foram THIOLHENT (1985), BAZ & BARRIGA (1991) HAGUETTE (1992), MINAYO (1994 e 1998), TRIVIÑOS (1994), CHIZZOTTI (1995), DEMO (1996).

Estes autores apresentam contribuições importantes a respeito das metodologias em pesquisa qualitativa que consideramos convergentes com nossas posições apresentadas até aqui.

Dentro da perspectiva aqui apresentada, o processo de pesquisar não delimita de forma estanque e separada o objeto e o sujeito, pois considera-os em permanente e dinâmica relação, indo em contraposição à neutralidade científica. (HAGUETTE, 1992; CHIZZOTTI, 1995; MINAYO, 1998).

Certamente, estamos trabalhando com um posicionamento e não temos a intenção de nos dizer neutros. Como já explicitamos, nosso posicionamento tem, enquanto base, a defesa do direito à saúde e a vida, e direciona-se para a efetivação de um sistema de saúde público de qualidade e capaz de (re)criar com dinamismo a partir dos sujeitos nele envolvidos.

Será com este olhar que estaremos mirando a rede de relações que se configura em uma Unidade de Saúde, e sua articulação para a construção de um trabalho de equipe em suas possibilidades e limites.

As inquietações motivadoras deste estudo foram se constituindo no transcorrer da nossa existência e na vivência questionada do trabalhar em saúde, o que foi conformando alguns entendimentos presentes. No entanto, isso não quer dizer que não estejamos abertos para rever posições, nos modificarmos, perceber limites. Vale a pena expressar que o fato de estarmos procurando assumir nossos posicionamentos não equivale a dizer que não tenhamos preocupações de ordem metodológica, e por isso procuramos evitar que nossa construção da pesquisa fosse tão-somente um arranjo para concluirmos as nossas próprias percepções e dar a elas caráter científico (THIOLENT, 1985, MINAYO, 1994).

Por outro lado, o objeto em estudo também não é neutro e imutável, pois se cria e se recria na relação onde sujeitos em seus fazeres os vão produzindo e reproduzindo (CHIZZOTTI, 1995).

Os conhecimentos produzidos são recortes da realidade, uma vez que esta é maior que nossos esquemas de captura e, sendo dinâmica, nossas tentativas de fixá-la podem servir mais para o embate conceitual que para entendê-la e/ou transformá-la. (DEMO; 1996, MINAYO, 1998).

Este aspecto da pesquisa qualitativa justifica a provisoriedade de nossas possíveis conclusões quanto à constituição e configuração da rede de relações na unidade de saúde estudada, e das possibilidades e limites do trabalho de equipe em saúde, por estarmos tratando de um processo em movimento.

Em analogia às equipes, os grupos “*dançam músicas*” nem sempre harmônicas e conhecidas, sem necessariamente uma partitura estruturada para a linguagem musical que temos estabelecido, mas dançam, se movimentam, se articulam e se desarticulam. Fixar isto, ainda que para fotografia, com a pretensão de generalizar

e proclamar que as equipes **são** assim, nos parece incompatível e incoerente com as demais posições que estamos adotando.

Consideramos que o processo de pesquisar possa assumir uma direcionalidade que se encaminha para a mudança e transformação da realidade vivida. Essa necessidade de mudar, de encaminhar e caminhar de outro jeito, é resultante do momento e do contexto do qual emerge, sendo assim um processo histórico. (THIOLENT, 1985, HAGUETTE, 1992; MINAYO, 1994 e 1998).

A transformação que pretendemos tem por motivo nossa defesa de que é possível construir um outro jeito de trabalhar em saúde, capaz de vir em direção à vida e à criatividade, assim desde a escolha do tema, do problema e da metodologia estamos preocupados em fazer a pesquisa não do que se refere ao outro, mas com esse outro, no caso trabalhadores de uma unidade local de saúde.

Essa forma de pesquisar, direcionada para a transformação e envolvimento dos sujeitos na pesquisa, se aproxima da pesquisa participante e pesquisa-ação. (THIOLENT, 1985).

Segundo THIOLENT (1985), na pesquisa participante os sujeitos da pesquisa são parceiros do pesquisador na construção do estudo, mas a inquietação não necessariamente emana do conjunto a ser investigado e também não exige que aconteça uma intervenção nesse campo. Já a pesquisa-ação vai se dar em conjunto com os agentes a serem investigados e esses é que determinam, em conjunto com o pesquisador, o tema da pesquisa e a forma de seu desenvolvimento, fazendo-se diretamente seus autores. Outra característica da pesquisa-ação é a de que ela pressupõe uma intervenção na realidade pesquisada.

Este estudo adota uma metodologia que em nosso entendimento se situa entre essas duas proposições. Adotamos a observação livre na fase exploratória, e a

técnica de grupo operativo para a coleta de dados, com concomitante discussão junto a equipe envolvida a respeito das nossas (grupo pesquisador e grupo pesquisado) provisórias “conclusões”.

A pesquisa aconteceu com a efetiva participação dos agentes pesquisados, que não decidiram conosco sobre o objeto de estudo e sobre a metodologia, mas acataram o tema e o objeto de estudo enquanto sendo pertinentes a uma problemática vivida, e se permitiram participar da observação, dos grupos de discussão e do encontro para a devolutiva final.

À medida que o estudo se desenvolveu operou uma certa intervenção. Podemos dizer que a pesquisa buscou “*capturar*” aspectos da rede de relações vividas no cotidiano da Unidade estudada através da observação e da participação dos trabalhadores nos encontros grupais. Ao mesmo tempo em que “*reproduziram*” em grupo suas relações, testaram e experimentaram outros arranjos dessa trama interacional.

Mais adiante, discutiremos a observação e os grupos operativos enquanto técnicas de coleta de dados.

2.1. A escolha do campo de estudo

Ribeirão Preto, cidade do interior do Estado de São Paulo, tem sua economia pautada no comércio e na agroindústria sucro-alcooleira. Fundada em 19 de Junho de 1856, essa cidade emergiu de movimentos migratórios voltados para a produção de café. Hoje é cidade pólo da região norte do Estado, com 456.252 habitantes, segundo o IBGE em 1996.

Possui, enquanto rede de saúde, trinta e sete Unidades de Saúde Municipais e/ou municipalizadas (extra-hospitalares), 12 hospitais que totalizam 1.638 leitos, sendo 1.316 conveniados ao SUS. Conta ainda com diversificada oferta de assistência médica supletiva através de convênios, cooperativas ou grupos empresariais privados.

O poder municipal optou, em 1998, pela gestão plena do sistema de saúde, que equivale ao gerenciamento de toda a rede de saúde pelo município, contando com repasse de verba do governo federal realizado via pagamento de um teto financeiro.

As unidades de saúde da rede básica municipal, localizadas nos diversos bairros da cidade, caracterizam-se de acordo com horário de funcionamento, complexidade, presença ou não de especialidade assistencial e área de abrangência, diferenciando-se em Unidades Básicas de Saúde (com oferta de serviços médicos das especialidades de pediatria, clínica médica e ginecologia e obstetrícia, serviço de enfermagem e odontológico) e Unidades Básicas e Distritais de Saúde (que além daqueles serviços das UBSs, oferecem especialidades em diferentes áreas tais como cardiologia, dermatologia etc).

No quadro abaixo estão apresentadas as trinta e sete unidades segundo sua distribuição distrital e horário de funcionamento.

Quadro 1: Distribuição das unidades de saúde da rede básica municipal segundo área distrital e horário de funcionamento. Ribeirão Preto, 1999.

Distrito de Saúde	Unidades	Horário de funcionamento
Distrito Central	UBDS Central	24
	UBS Campos Elíseos	7 – 22
	PAM - Setor Pediatria – especialidades	7 – 19
	CSE- Vila Tibério	7 – 17
	UBS - Vila Tibério	7 – 22
	UBS Bonfim Paulista	7 – 22
Distrito Norte – Simioni	UBDS Simioni	24
	UBS Quintino I	7 – 17
	UBS Quintino II	7 - 17
	UBS Valentina Figueiredo	7 – 17
	UBS Marincek	7 -22
	UBS Vila Mariana	7 – 17
Distrito Sul - Vila Virgínia	UBDS Vila Virgínia	24
	UBS Adão do Carmo	7 – 17
	UBS Parque Ribeirão	7 - 22
	UBS Jardim Maria das Graças	7 – 17
Distrito Oeste – Sumarezinho	UBDS Sumarezinho – CSE Cuiabá	24
	UBS Presidente Dutra	7 - 17
	UBS Vila Albertina	7 – 17
	UBS Vila Recreio	7 – 22
	UBS José Sampaio	7 - 22
	UBS Dom Mieli	7 – 17
	UBS Ipiranga	7 - 17
	CSE - Ipiranga	7 – 17
	CMSC - Vila Lobato	7 - 17
Distrito Leste - Castelo Branco	UBDS Castelo Branco	24
	UBS - Jardim Zara	7 – 17
	UBS Vila Abranches	7 – 22
	UBS Juliana	7- 17
	UBS São José	7 – 17
	UBS Santa Cruz	7 - 17
Saúde Mental	NAPS I	7 – 17
	NAPS II – Fármaco-	7 – 17

	dependentes	
	Ambulatório Regional de Saúde Mental	7 – 19
Ambulatório Regional de Especialidades	NGA – 59	7 – 17
Projeto Alternativo: Unidade de promoção à Asúde	Casa da Saúde	7 - 17

Para a escolha do campo de pesquisa, procedemos a avaliação da composição das equipes em termos numéricos, sendo este um primeiro critério para a definição do local da pesquisa. A adoção deste critério excluiu a escolha das unidades de porte e complexidade de distritais e funcionamento superior ao de 10 horas diárias, uma vez que essas unidades dispõem de um contingente numérico de pessoal que poderia dificultar ou inviabilizar tanto a observação como a composição de grupos de discussão.

Numa Unidade Básica Distrital de Saúde (UBDS) trabalham entre cem e trezentos trabalhadores, ao passo que numa UBS esse número varia de vinte a setenta, conforme as especialidades oferecidas e horário de funcionamento⁷.

Priorizamos unidades em que os trabalhadores não rodiziassem em escalas por turnos, por considerar que este é um fator interveniente no trabalho das equipes, de uma complexidade além daquela que pretendíamos nesse estudo.

Ainda, quanto ao número de pessoas, consideramos que quanto maior este fosse, mais provável poderia ser a constituição de subgrupos, de vinculações estereotipadas, enfim, de formas encontradas para se trabalhar junto, o que também estaria além de nosso fôlego nessa investigação.

⁷ Dados fornecidos pela Divisão de Gerenciamento de Pessoal da SMS-RP.

Outros critérios para a seleção das Unidades foram: a oferta de atendimento nas três áreas básicas e ainda odontologia; a planta física

similar; a localização na mesma região geográfica e distrital. Estes critérios, associados, deixaram-nos a possibilidade de pesquisar em sete das Unidades do Município. A disponibilidade da equipe e da gerência em participar desse tipo de pesquisa se constituiu em um aspecto fundamental e decisivo para escolha das Unidades e desenvolvimento do estudo.

Dessa forma, para o desenvolvimento da fase de exploração de campo da pesquisa optamos por duas Unidades Básicas dentro de um mesmo distrito. Cabe-nos ressaltar que a receptividade dessas UBSs com relação ao estudo foi muito positiva.

Os contatos nas Unidades se fizeram após apresentação do projeto à Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto e autorização, pelo nível central, para o desenvolvimento da investigação.

Procuramos deixar claro que não se tratava de uma proposta de resolução dos conflitos, mas de uma aproximação inicial com a dinâmica da rede de relações. Apointamos a possibilidade de que num outro momento pudesse haver continuidade com uma proposta sistematizada de “intervenção”, o que deveria partir do grupo de trabalhadores.

Esses contatos foram estabelecidos, inicialmente, com os gerentes das duas unidades, que assinalaram que o trabalho naquele momento era excessivo, o que deixaria a possibilidade de realização dos grupos muito remota, mas concordaram com a observação.

Em uma das unidades, antes da resposta definitiva, participamos de uma reunião semanal da enfermagem, em que apresentamos a proposta, que foi discutida e acatada pelo grupo. Um fato importante é o de que as trabalhadoras da enfermagem já possuíam, antes desse estudo, a experiência de reuniões semanais para conversarem sobre o trabalho, sendo isto uma característica desse grupo dentro da rede básica,

uma vez que a SMS-RP não prevê esse tipo de reunião entre os trabalhadores nas Unidades.

Este aspecto talvez tenha sido um facilitador para a participação efetiva dessa UBS na pesquisa e principalmente nas sessões grupais. Mais adiante, quando apresentarmos os dados, retomaremos a questão das reuniões.

Naquela Unidade, a gerência e a enfermeira conversaram com os demais trabalhadores explicando, na medida do possível, o motivo da nossa presença na Unidade, e o objetivo da coleta de dados através da observação.

Em ambas as unidades fizemos o papel de esclarecer, de explicar sobre a pesquisa. Pudemos notar que o fato de estar procurando olhar para a rede de relações estabelecidas nos locais de trabalho, num primeiro momento deixava os trabalhadores pouco à vontade.

A experiência de observar de antemão nos inseriu numa relação com esses trabalhadores. De uma certa forma, alguém externo observa e representa, dialeticamente, tanto a ameaça de se ver o que não se deseja que seja visto, quanto o interesse por olhar, por ver. Se estabelece assim um certo “jogo” de se mostrar, e de se esconder, de se estar visível e invisível.

A observação exigiu não raros esclarecimentos, sendo que em diversas vezes fomos inquiridos sobre o que se anotava, além de recebemos pedidos de leitura dos registros. Esse contato, essa relação foi configurando uma certa vinculação e estabelecimento de confiança capaz de permitir a realização dos grupos de discussão.

Podemos dizer que a observação nesse estudo teve por finalidade:

- ✓ permitir uma reaproximação ao trabalho da Unidade em questão e de sua organização, além de possibilitar melhor delimitação do objeto de investigação;
- ✓ permitir a aproximação do pesquisador com os trabalhadores;

- ✓ preparar o acontecer das sessões grupais;
- ✓ buscar elementos direcionais para as discussões nos grupos.

2.2. A exploração do campo de estudo: o processo de observação e o preparo para as discussões grupais.

A observação consiste em manter, por um período, atenção sobre um fenômeno de forma sistematizada. Observar oferece uma possibilidade de enriquecimento da realidade, pois alguém ao lado e imerso nessa realidade, por um período, se dispõe a lançar olhares através de outras perspectivas.

O ato de observar requer períodos de relativos afastamentos das conversas e das situações vivenciadas. Essa “externalidade” se constitui num exercício de tomar (e de assumir que se toma) algo a ser pesquisado a partir de uma dada perspectiva, e assim o observador olha a partir de seu mundo interno admitindo todas suas interferências.

E como pesquisar observando sem “concluir” as próprias suposições elaboradas anteriormente? Esse é um desafio que requer permanente reflexão. Para MENDES GONÇALVES (1994), a observação na pesquisa se faz com ***“um olhar enviesado pela hipótese”*** e contribui com um poder controlador sobre a interferência subjetiva do pesquisador. Nesse estudo o ir e vir, a revisão e a ação, a (re)elaboração, o olhar atento da orientadora e as reuniões de supervisão dos grupos⁸, estiveram em função desse desafio.

⁸ Reuniões de supervisão são estratégias utilizadas na técnica do grupo operativo para o acompanhamento e avaliação do desempenho da atuação do coordenador e dos observadores, assim como dos resultados das sessões grupais. No caso dessa investigação, a supervisão foi realizada por dois especialistas da área. A coordenadora do grupo foi a autora dessa pesquisa e as observadoras enfermeiras com formação em coordenação de grupo operativo e pesquisadoras do núcleo de Estudos e Pesquisas em saúde Coletiva - NUPESCO.

Nas duas unidades selecionadas, realizamos uma exploração preliminar, num total de 24 horas de observação em cada unidade, procurando observar os diferentes períodos de funcionamento - manhã, tarde e intermediário (10-14h).

A observação se fez nos lugares onde o trabalho se desenvolvia e onde os trabalhadores se encontravam para conversar com mais freqüência: na recepção, na copa, na sala de pré e pós consulta de pediatria (anexa à sala de almoxarifado), na pré e pós de clínica médica (que fica no corredor).

As duas unidades oferecem, como ação central, a consulta médica nas áreas de clínica, GO, e pediatria, e atendem praticamente a queixa e sua medicalização. A odontologia faz um atendimento à parte do restante e a enfermagem praticamente viabiliza o ato médico e as ações necessárias à medicalização das queixas.

Nelas estavam lotados respectivamente 29 e 38 trabalhadores⁹. das seguintes categorias/atribuições : gerente, pediatras, enfermeiras, dentistas, atendentes de consultório dentário, escriturários, clínicos, ginecologistas, atendentes, auxiliares e técnicos de enfermagem, escriturários, vigias, serventes (auxiliares de serviço e ajudante de desinfecção). Ambas funcionam das 7 às 17h de segunda a sexta-feira, população adstrita de estimada¹⁰ para 1998 de 8.759 e 18.759 mil habitantes.

Para nortear o período de observação que foi realizado entre Abril e Maio de 1998, estabelecemos preliminarmente algumas questões enquanto eixo principal, conformando um protocolo inicial para a observação. Este constou dos seguintes direcionamentos:

⁹ O número de trabalhadores lotados não significa necessariamente o número de trabalhadores em exercício, devido a afastamentos e possibilidade de efetivamente desenvolverem trabalho em outro local como nas escolas da área.

¹⁰ Dados fornecidos pelo Departamento de Planejamento da S.M.S-RP

- ✓ **processo de decisão:** as negociações presentes, seus principais articuladores e a “moeda” utilizada, (ou seja, possíveis “objetos” de negociações), as decisões percebidas, seus agentes e as bases dessas decisões.
- ✓ a existência de **acordos** para o desenvolvimento do trabalho, sua natureza e direção e possíveis causas de cisão.
- ✓ **estilo de gerência**, formas de lidar com absenteísmo, mecanismos de controle de poder mais empregados e por quais trabalhadores.
- ✓ **principais saberes e fazeres** no atendimento de um usuário, acordos e desacordos no processo de atender.
- ✓ **relações entre os trabalhadores**, os “rótulos”, a cooperação, formas de lidar com mudanças de escala e na forma de trabalhar propostas pela gerência, as situações conflitivas, estratégias adotadas para recompor essas situações.
- ✓ **possibilidades de reconhecem-se ou não nesse trabalho e em seu “produto”.**

Com base nos achados da observação, realizamos discussões grupais objetivando olhar as relações em processo, para os segredos, os aspectos implícitos e explícitos, para as mútuas representações, os vínculos, os momentos de tarefa e pré-tarefa, assunção e adjudicação de papéis.

Utilizamos, para cada sessão grupal, um disparador temático também composto por situações vividas no aqui/agora, baseados nos emergentes e na vivência de cada sessão anterior.

Com o término de uma primeira fase de observação (exploratória), submetemos o material registrado a uma primeira (re)leitura daquilo que havia sido observado nas duas Unidades. Deparamo-nos com a necessidade da escolha de um dos locais para prosseguir a coleta de dados.

O critério adotado foi aquele da disponibilidade dos trabalhadores em querer e poder se reunir em sessões grupais, em que todas as categorias estivessem representadas. Isso envolveu todo o conjunto de trabalhadores da unidade uma vez, que quando alguns estavam em grupo, outros realizavam suas atividades.

Em ambas as unidades apresentamos a proposta da realização de sessões grupais, sendo possível numa delas. Os motivos explícitos adotados pela outra unidade para a não realização dos encontros grupais, especialmente pela gerência, foi o volume de trabalho e impossibilidade de se parar o atendimento durante a realização dos referidos encontros.

Na unidade onde o estudo foi completado já havia adesão da gerência e de uma das enfermeiras, sendo a proposta da realização dos grupos apresentada na reunião bimestral de toda a unidade. Na reunião do período da manhã, tivemos a participação das duas observadoras que estariam nos grupos. Aparentemente, a “equipe” recebeu a proposta com certo receio e apreensão. Percebemos que houve uma certa descontração quando se explicou o caráter não analítico e terapêutico das reuniões, e que estas seriam para discutirmos a organização do trabalho e as relações que se estabelecem para desenvolvê-lo.

Essa conversa se reproduziu no período da manhã e da tarde, e na “equipe” da tarde houve uma aparente melhor receptividade. Nossa hipótese para isso foi a de que havia maior segurança para a apresentação da proposta, e a de que os trabalhadores haviam conversado entre si sobre o assunto tendo elaborado tal situação.

Durante o mês intermediário (entre o final das observações e o início dos grupos de discussão), que se deu devido a férias de diversos trabalhadores,

mantivemos períodos de observação na unidade, a fim de manter a aproximação com os trabalhadores da Unidade.

Procuramos nesse período estar mais participantes, entrando no atendimento se necessário, também ocorreram menor número de registros. Optamos por observar algumas tardes e manhãs, indiscriminadamente.

2.3. A opção pela utilização do grupo operativo: a realização das sessões grupais.

Como analisar a rede de relações senão em relação? Essa questão nos fez optar pelos grupos para coleta de dados. Os grupos, enquanto espaço para a coleta de dados em pesquisas qualitativas, vêm sendo referenciados por alguns autores tais como PATRÍCIO (1994), POLITY(1995), CARLINI-COTRIM (1996), WESTPHAL *et al.* (1996), MINAYO (1998), falando mais especificamente da técnica de grupo focal.

Esses autores vão trazer os grupos enquanto processos de enriquecimento para a construção da pesquisa, assim como campo possível de apropriação e transformação da realidade pesquisada. Afirmam que os grupos permitem o pensar coletivo de uma temática que faz parte da vida das pessoas reunidas, permitem ainda conhecer o processo dinâmico de interação dos participantes, observar como as controvérsias se expressam e são resolvidas, e ainda reproduzem os processos que ocorrem fora dos encontros grupais.

Essas são “características” que estabelecemos enquanto sendo importantes para pesquisar a dinâmica e a configuração da rede de relações e que compõem os motivos pelos quais estamos optando pela técnica grupal.

A técnica do **grupo operativo** enquanto método de investigação é discutido por BAZ & BARRIGA (1991) e desses autores apontamos as seguintes considerações:

“Desde nuestro punto de vista, los grupos son formas concretas de manifestación de las relaciones sociales, susceptibles de procesos de análisis y de intervención especializados. La interrogación permanente que atraviesa o dicho campo se refiere a los procesos de la subjetividad coletiva, que se ponen en juego en toda tarea grupal o proyecto conjunto.” (BAZ & BARRIGA., 1991)

Essa forma de investigação adota os pressupostos teóricos sobre os grupos operativos de Enrique Pichon-Rivière, já descritos anteriormente. Outros autores apresentam a possibilidade da investigação através de grupos operativos, entre eles: FERNANDES (1989); CASTELO (1992) e SILVA, E.P. (1994).

Quando um grupo se reúne para discutir um assunto desencadeia-se a construção de um *“texto”* que não pode ser tomado como parecer de indivíduos, pois é uma ampliação, um tecido tramado na relação. O *“texto”* é, assim, fruto das relações dos participantes naquele momento.

A análise desses textos grupais (enriquecido com as observações), nas reuniões de supervisão e apontadas para o grupo em devolutivas nos encontros seguintes, articulados ao que observamos durante a fase de exploração de campo, é o que constituiu a base de análise nessa pesquisa.

Cada sessão grupal foi lida e analisada em reuniões de supervisão e a seguir foi elaborada uma *“Crônica”* que já se constitui numa primeira análise dos encontros grupais e da rede de relações.

O grupo dispôs de um coordenador das discussões e dois observadores. Tanto a coordenadora como os observadores possuem formação em coordenação de grupo operativo na abordagem pichoniana. Nas sessões grupais ocorreu um registro sistematizado das discussões, através da anotação feita pelas duas observadoras.

Este registro seguiu a sistematização adotada para grupos operativos, ou seja, as falas são anotadas conforme são ditas, também se registram os silêncios, os gestos, o momento anterior à sessão (pré-grupo), ou seja, quando e como os integrantes estão chegando à sala, sobre o que conversam, se se atrasam e etc.

A escolha dos participantes dos grupos ficou a cargo da própria unidade, sendo realizadas por nós recomendações quanto ao tamanho dos grupos (entre 6 e 12 integrantes), e compostos de pelo menos um trabalhador de cada categoria profissional que atue na Unidade, podendo aqueles que trabalham oito horas pertencerem a ambos os grupos (manhã e tarde).

No período de observação, percebemos que parte da equipe (cerca de dois terços dos trabalhadores) fica durante oito horas na Unidade enquanto outros trabalhadores de nível universitário permanecem por quatro horas. Interessou-nos reproduzir essa configuração. Portanto, nos grupos de discussão alguns trabalhadores participaram tanto do grupo organizado no período da manhã como no da tarde.

A participação de pelo menos um trabalhador de cada categoria profissional se deu para que nos grupos houvesse uma conformação semelhante àquela vivida no dia-a-dia.

Para o desenvolvimento do trabalho grupal algumas questões precisaram ser levadas em consideração, como por exemplo a duração dos encontros; seguimos a duração recomendada no referencial teórico adotado dos grupos operativos, ou seja,

uma hora e trinta minutos, em que os primeiros trinta minutos foram destinados à devolutiva do encontro anterior e desenvolvimento do disparador temático.

Outro aspecto importante é o do estabelecimento do "*enquadre*". No início de cada sessão, foi conversado com os integrantes sobre o tempo de duração, início e término previstos, sobre a importância de não se ausentar durante a sessão, de não se faltar e de não se atrasar nos encontros grupais.

O coordenador do grupo, nessa proposta, faz um papel de co-pensador, de quem pensa junto, de facilitador dos acontecimentos grupais. Isso inclui a contenção das angústias, acolhimento, o acreditar que o grupo é capaz, a compreensão de que as possíveis agressões que o grupo possa empreender estão dirigidas ao seu papel e não a sua pessoa. Nessa pesquisa fomos coordenador e pesquisador concomitantemente.

No que se refere ao observador, ainda mais que realizar um registro das falas tal como ocorrem, ele está atento aos gestos, expressões, atrasos, silêncios, segredos, e conjuntamente com o coordenador, e após a sessão grupal, faz hipóteses quanto ao movimento do grupo.

O coordenador, o observador, o local, o horário, a duração, os registros, (enfim todo o "*setting*" grupal) podem servir também enquanto possíveis espaços depositários das angústias do grupo.

Com base em todas essas considerações realizamos oito sessões de grupos com trabalhadores de uma mesma unidade de saúde, que aconteceram em seus locais e horários de trabalho. Um grupo no período da manhã com quatro encontros grupais e outro à tarde também com quatro encontros.

Optamos por esse número de encontros considerando-os necessários para o desencadear dos processos grupais e reprodução da rede de relações,

havendo a perspectiva de que, se houvesse possibilidade e solicitação dos trabalhadores, prosseguiríamos com os outras sessões.

Não encontramos na revisão bibliográfica, especialmente nas produções científicas que adotam grupo operativo enquanto técnica para a coleta de dados, indicação quanto ao número de encontros.

Uma vez realizada a escolha da unidade, que na verdade foi recíproca, (é que de uma certa forma, os trabalhadores também nos escolheram quando se permitiram participar desse estudo), estabelecemos com os eles os horários para os encontros, o local, e a frequência.

No período da manhã, esses grupos ocorreram no horário das 9:30h até 11:00h, às terças-feiras, e à tarde às quintas-feiras das 14:30-16:00h.

Esses horários foram escolhidos em função do próprio trabalho. Também o dia da semana utilizado para o desenvolvimento dos grupos articulou a necessidade do serviço e a disponibilidade dos observadores e coordenador/pesquisador do grupo.

2.4. A construção da análise dos dados.

Quando se trabalha com grupos torna-se indispensável a supervisão, que nesse caso ajudou-nos a fazer a leitura dos movimentos grupais, sendo realizada por profissionais qualificadas, com formação em coordenação de grupos operativos, sem um envolvimento direto com o grupo pesquisado em questão.

Quando falamos em envolvimento direto, precisamos ressaltar que não estamos nos referindo a neutralidade, mas favorecendo o que chamamos de “*distância ótima*”, um certo afastamento que permite o levantamento de questões e hipóteses que

podem estar sendo produzidos ou negados pela equipe de coordenação do grupo através de processos transferenciais.

Assim que os encontros grupais foram marcados, buscamos viabilizar as sessões de supervisão. Destas sessões participaram as observadoras e a coordenadora do grupo (que foi a autora deste estudo), além da orientadora de nossa pesquisa.

Consideramos importante que todas essas pessoas participassem das sessões de supervisão na intenção de entendermos o processo vivido, realizarmos uma construção conjunta e ainda nos ajudar enquanto grupo de pesquisadores a permanecer dentro dos objetivos da pesquisa.

Foram marcadas duas sessões de supervisão por semana, uma para cada sessão grupal, quando as observadoras faziam a leitura das falas ocorridas no grupo e juntas identificávamos os movimentos deste (os vetores, os emergentes, momentos de tarefa/pré-tarefa, os vínculos e etc). Realizamos, com base no vivido identificado, nas “hipóteses” apontadas na supervisão, os disparadores temáticos dos encontros seguintes¹¹.

As reuniões de supervisão foram gravadas e totalizaram 35 horas, numa relação aproximada de que para cada hora grupal foram necessárias 3 horas de supervisão em análise e (re)leitura do material.

Após a realização dos grupos e de suas supervisões, as fitas gravadas e as anotações dos encontros grupais foram lidos e revistos novamente; realizamos crônicas mais completas dos encontros grupais, totalizando oito delas e procedemos sua análise, articulando-a aos achados do período de observação.

¹¹ Em anexo encontra-se as sinopses dos encontros grupais.

Fomos identificando, nas crônicas e nos temas abordados, as convergências e as divergências, os aspectos complementares e contraditórios, e assim chegamos a duas unidades temáticas: ***poder e instituição***.

Passaremos a apresentar nossa análise a partir dessas duas unidades temáticas, e vamos nos utilizar de fragmentos das crônicas dos encontros grupais, e de dados do período de observação exploratória. Vamos trazer concomitantemente os movimentos do grupo, os aspectos explícitos e implícitos, articulando-os com o aporte teórico referente à organização do trabalho, à instituição, ao poder, a subjetividades, buscando nos dados as possibilidades e limites para a reconfiguração da rede de relações e do trabalho de equipe. Essas análises foram construídas também nas reuniões de supervisão, pois que nesse processo fomos nos fazendo grupo de pesquisadores.

Objetivamos “*capturar*” em nossa pesquisa os movimentos de resistência e defesa e ainda aqueles de revisão, de *insight*, de aprendizagem. Nossa análise dos dados foi, então, uma reordenação e (re)significação dos registros da observação e das crônicas das sessões do grupo operativo; vamos a ela.

Poder e Instituição: potências para a transversalidade

Apresentaremos a análise dos dados a partir de dois eixos principais que atravessam a rede de relações na Unidade de Saúde: **o poder e a instituição**. Utilizamos a palavra atravessar com o significado adotado por BAREMBLITT (1994), referindo-se aos aspectos instituídos e instituintes presentes nas instituições.

Para que possamos ter uma compreensão melhor do termo atravessar e da forma como está sendo por nós utilizado, precisamos retomar os conceitos referentes à instituição.

Instituição está aqui sendo tomada enquanto conjunto de normas compartilhadas, implícita e explicitamente, melhor definindo: **“conjunto das normas e das regras e das atividades agrupadas em torno dos valores e das funções sociais.”** (BLEGER, 1991, p. 48).

Essas normas compartilhadas criam e (re)criam um imaginário institucional mais ou menos visível que atravessa a rede de relações, e também se interpenetra nos micropoderes que se conformam e são conformados na Unidade de Saúde estudada.

O eixo *Instituição* e o eixo *Poder* estão intrinsicamente unidos, imbricados, pois que se produzem e reproduzem nas relações. Aparecem aqui de forma separada apenas para fins de exposição para nossa análise.

As instituições se materializam enquanto conjunto de regras e valores no cotidiano do serviço estudado; materializam-se na rede de relações e vamos olhá-la num estabelecimento que é uma Unidade Básica de Saúde, mais especificamente vamos buscar algumas “concretizações” das Instituições Saúde e Trabalho.

Neste estudo, quando falamos de instituições não estamos nos referindo a disposições hierárquicas efetuadas em espaços físicos concretos ou locais materiais, ou seja, enquanto organizações, estabelecimentos e equipamentos, embora esse possa ser um conceito possível segundo BLEGER (1991).

BAREMBLITT¹² (1994) discutindo a instituição coloca que

“Em um plano formal, uma sociedade não é mais do que isso: um tecido de instituições que se interpenetram e se articulam entre si para regular a produção e a reprodução da vida humana sobre a terra e a relação entre os homens. Agora, entendidas assim, as instituições são entidades abstratas, por mais que possam estar registradas em escritos ou tradições.

Para vigorar, para cumprir sua função de regulação da vida humana, elas têm de realizar-se, têm de “materializar-se”. E em que elas se materializam? Em dispositivos concretos que são as organizações.” (BAREMBLITT, 1994, p. 29).

As organizações são formas materiais, e vamos considerar a Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto enquanto uma organização. As organizações podem dispor de um conjunto de estabelecimentos; nesse estudo, as Unidades de Saúde da SMS-RP são estabelecimentos, e analisamos a rede de relações em um estabelecimento de saúde, no caso uma Unidade Básica.

¹² Esse autor é um institucionalista, considerado neo-pichoniano (BAREMBLITT, 1982, p. 14) e adota a análise institucional enquanto tendo por principais objetivos a auto-gestão e auto-análise.

Nas instituições, operam forças que tendem a transformá-las e que denominam-se instituintes: **“São forças produtivas de códigos institucionais.”** Ao resultado dessa força, do instituinte, temos o instituído, **“efeito da atividade instituinte.”** (BAREMBLITT, 1994, p.32)

Entre instituintes e instituídos, organizantes e organizados ocorre um entrelaçamento, uma dinâmica implicada. A essa interpenetração em nível do conservador, da reprodução, da manutenção, temos o que esse autor denomina *atravessamento*. A interpenetração que tende à mudança, ao novo, chama de *transversalidade*.

Dessa ótica, adotamos o termo *atravessamento* da rede de relações por consideramos que essas forças arranjadoras, nesse momento, nessa unidade de saúde, operam num movimento de manutenção, de reprodução. Dialeticamente constituem-se potências para transversalizarem, para aberturas de criações, de mudanças.

Instituição e Poder atravessam um emaranhado de muitas amarras e de constante movimento e, assim, nosso desafio é o de buscar não perder essa dinâmica, já sabendo que esta é maior que nossos esquemas de captura.

A fim de facilitar didaticamente nosso entendimento de como esses eixos se articulam, se interpõem na rede de relações dos trabalhadores, buscamos adotar a analogia com um caleidoscópio¹³. Esse instrumento cilíndrico contém em seu interior muitos fragmentos de vidro e espelhos e, conforme a posição deles e da incidência da luz, configura-se uma imagem.

¹³ A figura do caleidoscópio está presente no livro de PELBART (1993) , “A nau do tempo rei”, quando o autor apresenta sua obra enquanto livro-caleidoscópio, possibilidades de construir brinquedos, **“brincar de desfazer certas ordens cristalizadas no espelho do tempo, incluindo aí novas e estranhas pedrinhas, a fim de criar outras ficções de vida, outras vidas.”** (PELBART, 1993, p.12).

Imagens são capturas dos nossos olhos, interpretadas e decodificadas de acordo com nosso momento, nossa história, nossa visão de mundo que vai se constituindo. Imagens se associam e despertam sentimentos e significados diversos e mutáveis.

Estamos olhando para o interior de um caleidoscópio de múltiplas possibilidades de imagens, nele procuramos os contornos da rede de relações entre os trabalhadores. Destacamos duas possíveis forças (des)arranjadoras, impulsionadoras da posição assumida pelos diversos vidros e espelhos, que provisoriamente nos indica um desenho.

Essas forças são o **poder e instituição**, elas são produtos e produtoras de subjetividades. Diferentemente do caleidoscópio, esses impulsionadores não estão externos, não provêm da ação do observador que gira o instrumento a procura da conformação de diferentes imagens, mas são produzidas e produto da interação dos sujeitos, do contexto e da história em processo. Temos um caleidoscópio vivo em que vidros, espelhos, cilindro, feixes de luz e desenhos estão animados, gerando eles próprios desenhos, cores, contornos, e se produzindo enquanto elementos constitutivos do dispositivo.

Poder e instituição emergiram do conteúdo das crônicas das sessões de cada encontro grupal e da releitura dos dados registrados na observação durante a fase exploratória. Tanto o processo grupal como os dois eixos de atravessamento que identificamos enquanto principais são trazidos de forma complementar, uma vez que estão em interjogo¹⁴ permanente e mutuamente imbricados.

¹⁴ Interjogo é uma terminologia utilizada por Pichon quando se refere ao processo implicado e dialético entre dois pólos aparentemente opostos, por exemplo: mundo interno e mundo externo, os vários papéis etc. Estamos nos utilizando desse termo também para nos referir ao processo de implicação entre os “atravessadores” da rede de relações dos trabalhadores.

3.1. Atravessamento da rede de relações pelo poder - A relação com o poder formal/informal.

A rede de relações tecida entre o conjunto dos trabalhadores é atravessada pelo poder instituído representado pela gerência local e nível central da SMS-RP e pelos micropoderes presentes no cotidiano do trabalho, exercidos pelos distintos trabalhadores.

Estamos considerando poder enquanto um produto e produtor de relações entre os homens, sendo permanentemente disputado, configurado, estabelecendo novas configurações entre estas relações, fazendo com que novas imagens dessa rede se formem a todo momento. Poder é aqui entendido enquanto prática social, em aderência às definições de Machado na apresentação do texto de FOUCAULT (1993):

“Não existe algo unitário e global chamado poder, mas unicamente formas díspares, heterogêneas, em constante transformação. O poder não é um objeto natural, uma coisa; é uma prática social e como tal, constituída historicamente.”
(MACHADO, 1993, p.x).

O poder produzindo-se, transformando-se, configurando relações, vai estar presente nos processos de trabalho que também são práticas sociais. Expressa-se enquanto capacidade de impor a vontade de um sobre a do outro (BAREMBLITT, 1994). A questão que se coloca então não é a de anular poderes mas identificar sua produção, uso e abuso, e as possibilidades de rodiziá-lo e explicitá-lo.

Quando aqui se tem presente a questão dos micropoderes, tomamos as concepções de MERHY (1997a) que trabalha com o conceito de auto-governo referindo-se à capacidade de governar, de decidir que todos os envolvidos no processo de trabalho possuem, disputam e desenvolvem. Trata-se da possibilidade

de certa autonomia dos sujeitos que os processos gerenciais não necessariamente conseguem agenciar¹⁵.

Conforme MERHY (1997a), no processo de trabalho em saúde, a capacidade de auto-governo não se restringe às funções que reconhecidamente estão investidas de poder, tais como a gerência, os médicos, os enfermeiros e etc. Os vigias, serventes, escriturários, auxiliares, médicos, enfim, cada trabalhador, estabelece, conquista e desenvolve auto-governos. São capazes de decidir e influir sobre aspectos diversos do trabalho desenvolvido, tais como: quem será ou não atendido, quem ficará em tal ou qual escala, e etc.

O exercício do auto-governo dos trabalhadores pode privatizar espaços de decisão, de organização, em função de interesses individuais nem sempre explícitos; também pode estabelecer espaços de publicização, estabelecendo estratégias de criação e de alcance de interesses coletivos comuns. Este auto-governo direcionado para o coletivo provoca a necessidade de explicitação de objetivos e também promove o compartilhar e o desocultamento da distribuição dos poderes.

Na atual conformação do trabalho em saúde na Unidade estudada, o poder incide, atravessa o tecido das relações configurando-as enquanto relações de subordinação, de irremediável sujeição. Conformam-se em relações hierárquicas esvaziadas de outros sentidos que não o da externalidade, ou seja, todas as possibilidades estão fora e não dependem desses sujeitos, ainda que em exercício de seus auto-governos, posto que em sua direcionalidade prevalece a perspectiva

¹⁵ Uma discussão mais ampla pode ser localizada no texto: MERHY, E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E. & ONOCKO, R. (org.) **Agir em saúde: um desafio para o público**. Hucitec, São Paulo, 1997. Parte II, p.71 – 112.

do “não-trabalho” e do não-sofrer. Esse formato parece que tende a se perpetuar, carecendo de revisões e questionamentos para se rearranjar.

Podemos dizer que aberturas e limites, para a reconfiguração da rede de relações e para o trabalho de equipe em saúde, passam pela revisão da interposição do poder entre elas.

As relações dos trabalhadores com o poder instituído, qualquer que seja ele - gerência local, médicos, enfermeiros, coordenador do grupo operativo, e etc- se explicitam e são reconhecidas em muitos dos aspectos com visibilidade, mas em outros possuem nuances não visíveis ou não reconhecidas pelos próprios trabalhadores. As faces mais visíveis dessas relações são apresentadas a seguir; apresentamos também algumas menos visíveis, passíveis de leitura nos movimentos do grupo.

O recorte, para a apresentação a seguir, é da conformação da rede de relações a partir do poder, mais especificamente dos pares contraditórios e complementares¹⁶: gerência/trabalhadores, gerência/nível central, trabalhador/trabalhador e trabalhador/usuário, destacando os aspectos da subordinação, da intermediação de conflitos, das saídas encontradas, do exercício de auto-governo, associados às discussões desencadeadas no processo grupal.

Voltemos ao caleidoscópio para olhar formatos da rede de relações entre os trabalhadores a partir da relação gerência/trabalhadores, gerência/nível central, trabalhador/trabalhador e trabalhador/usuário.

3.1.1. A Relação com a gerência: a subordinação, a intermediação de conflitos e a encarnação das saídas e soluções.

¹⁶ Pares contraditórios e complementares, termos utilizados na abordagem dos grupos operativos segundo PICHON-RIVIÈRE (1982) e referem-se a dialética existente entre dois pólos que ao mesmo tempo se contradizem, se situam em oposição e se complementam.

No primeiro encontro do grupo da manhã se estabeleceu a seguinte situação:

“Quando a coordenadora fez o enquadre da sessão grupal e solicitou que discutissem o trabalho na Unidade, alguns integrantes pediram que a gerente começasse a falar sendo que a mesma correspondeu a essa expectativa.

Os grupos nesses seus inícios são marcados pela ansiedade e pelo medo do ataque e da perda, precisando depositar essa ansiedade em algum local que pode ser um integrante, um papel desempenhado, a coordenação etc, e tem chance de fazê-lo da mesma forma que no seu cotidiano; aqui se reproduz no grupo a mesma configuração adotada, conforme pudemos perceber na observação: os trabalhadores esperam que a gerência e chefias resolvam os conflitos, solucionem situações dilemáticas, e nesse momento do grupo comece a falar protegendo-os da exposição.

Por outro lado, e de maneira complementar, a gerência toma para si esse papel, que se de um lado satisfaz e alivia o grupo, por outro torna-o dependente. Fica assim se constituindo uma relação de espera e expectativa onde um dos integrantes, num plano imaginário, tem todas as soluções e respostas e com isso toda a responsabilidade.” (Crônica, sessão 1 - grupo da manhã).

Neste fragmento da crônica da sessão grupal temos dois movimentos: o movimento grupal identificado e o explícito sobre rede de relações. Ambos serão trazidos a todo momento em nossa análise pois que são complementares e interdependentes.

Como já dissemos os movimentos grupais são ao mesmo tempo universais e únicos. Exemplificando, conforme apresentado na Crônica acima, os grupos, principalmente em seus inícios, são marcados pelo medo do ataque e da perda: ***“medo da perda do equilíbrio estrutura já obtido na situação anterior, medo do ataque na nova situação a ser estruturada, na qual o sujeito não se sente adequadamente instrumentado”*** (PICHON-RIVIÈRE, 1982, p.178).

Esse processo desperta ansiedade, estamos diante de um aspecto universal dos grupos; no entanto, a forma com que cada grupo lida, trabalha e “vence” esse momento é sempre inédita, e isso o faz único.

A rede de relações por sua vez vai se apresentando no transcorrer do processo grupal através dos explícitos, verbalizados pelos trabalhadores, e dos possíveis significados desse explícito (significados às vezes implícito, oculto) no que se refere ao movimento grupal e à conformação cotidiana das relações no trabalho em saúde, no caso dessa Unidade em específico.

Na discussão apresentada na Crônica, falamos em possibilidades de reprodução no grupo operativo de situações cotidianas e aqui esclarecemos que estamos nos referindo a um aspecto teórico dos grupos operativos diante do referencial adotado. ***“O grupo operativo é a primeira instância de ancoragem do cotidiano. As relações cotidianas, os vínculos que põem em jogo modelos internos tendem a reproduzir-se nele.”*** (PICHON-RIVIÈRE, 1982, p. 179).

No fragmento acima da crônica aparece uma das possibilidades ou brecha para a constituição do trabalho de equipe, que nesse grupo logo no seu início se evidencia: a necessidade da revisão da matriz¹⁷ de que as saídas, as soluções e as respostas, são externas e se materializam numa pessoa, função, situação, etc. Nesse caso, no imaginário dessa Unidade, estão com a gerência ou com o nível central da SMS-RP. A possibilidade de revisão de matrizes está associada aos processos de comunicação e de aprendizagem.

Além da revisão da matriz, parece ser importante o treino ou a experimentação pelo grupo de outras formas de relação. Vai sendo preciso aprender a rodiziar, nas relações, os locais de deposição das ansiedades com a posterior elaboração das mesmas, possibilitando o alcance de saltos qualitativos pelo grupo em seu processo de

¹⁷ Matrizes segundo PICHON-RIVIÈRE (1982) são internalizações aprendidas em nosso mundo interno através da permanente relação com o mundo externo. Essas internalizações conformam o mundo interno, *“trama argumental”*, a partir da qual o indivíduo interpreta a realidade e orienta suas ações no mundo externo. Mundo interno e mundo externo se configuram mutuamente em permanente interjogo. (QUIROGA, 1994), portanto, este termo se refere as internalizações de conceitos e idéias que vamos apreendendo ao longo da vida.

(re)construção, o que facilita a passagem também por outra posição que não somente a de dependência e de mando.

Referimo-nos à necessidade do redimensionamento do poder, que parece estar associado a responsabilidade, a mais saber e à apresentação de soluções e de outras de diretrizes para o trabalho.

Isso vai na direção em que TESTA (1992) discute quando se refere às dimensões do poder na saúde, apresentando-as enquanto sendo técnico, administrativo e político.

“No caso da saúde, os tipos principais de poder com os quais lidamos serão denominados de técnico, administrativo e político. Cada um deles é uma capacidade de um indivíduo, de um grupo social, instituição que se refere, no primeiro caso, à informação, no segundo, aos recursos, e, no terceiro, aos grupos sociais. Poder técnico é a capacidade de gerar, aceder, lidar com a informação de características diferentes. Poder administrativo é a capacidade de se apropriar e de atribuir recursos. Poder político é a capacidade de mobilizar grupos sociais em demanda ou reclamação de suas necessidades ou interesses.” (TESTA, 1992, p.117).

O reconhecimento, a desocultação e análise da manifestação dessas três expressões do poder, para a revisão e rearranjo da rede de relações entre os trabalhadores, pode ser possibilitadora de movimentos de transversalidade.

Dialeticamente esse é também um dos possíveis limites para a reconfiguração da rede de relações e para o exercício do trabalho de equipe, uma vez que requer rearranjos numa situação que em dada medida está aparentemente satisfatória para seus dois pólos: para o trabalhador que se isenta de qualquer

responsabilidade e para a gerência que fica num plano absolutamente *necessário e vital*.

Durante o período de observação também presenciamos situações que indicam a intermediação, pela gerência, das (e nas) relações.

“Estavam na recepção vários trabalhadores inclusive a gerente, entra uma das serventes para atender o telefone, a gerente lhe solicita que capriche na sala de odonto: só tô dando um toque.” (Observação).

Parece que os trabalhadores da área odontológica não conseguem dizer, para aquela que tem por atribuição limpar, sobre seu descontentamento acerca da qualidade de seu trabalho e solicita à gerência.

A forma instituída de lidar com os conflitos dentro do grupo é o de se solicitar a intermediação das chefias.

No fragmento abaixo encontramos retratada a dificuldade que os integrantes possuem para verbalizar uns para os outros suas percepções, pois estas podem estar sendo tomadas sempre enquanto possibilidade de provocar ou explicitar conflitos e eles mantêm isso num acordo mais ou menos velado entre si e com a gerência:

“Verbalizam a necessidade de que esse trabalho (realização dos grupos) se estenda e pedem para a gerente que o mesmo prossiga com alguém de fora, uma vez que consideram mais fácil falar na presença da coordenadora que com a gerente.

Integrante: “É mais fácil falar para a fulana (se refere a coordenadora), eu não vou falar mal de você para você (se refere a gerente).”

O grupo traz para o explícito a dificuldade de discutir na presença da gerente e também a dificuldade que sentem em verbalizar uns para os outros diretamente suas diferenças e dificuldades.

Integrante: “Se você está descontente tem que falar para a pessoa.”

O grupo também faz um movimento de valorização desses espaços de discussão, referindo-se de certa forma à necessidade de serem

escutados por outras pessoas que não estejam diretamente envolvidas no processo de trabalho.

O falar ou não o que se pensa na presença da gerência também implica falar algo a alguém que representa a instância do poder formal tendo assim condições de premiar e de punir os trabalhadores. Nesse sentido é mais fácil falar para a coordenadora que não se situa numa hierarquia formal.” (Crônica, sessão 3 – grupo da tarde).

Parece que existem ocultamentos sobre as dificuldades nas relações que são camufladas e enfrentadas por vias indiretas (ou até mesmo não enfrentadas).

As dificuldades de uns para com os outros não podem ser ditas, expressadas, faladas às claras, estabelecem implicitamente que a diferença, os “defeitos” percebidos, as “faltas”, são aspectos negativos individuais, são obscuridades que jamais podem ser tocadas diretamente. Não se dão conta de que mesmo não dizendo, percebem-se de tal ou qual forma e esse modo de perceber estabelece a maneira de se relacionar.

No entanto, verbalizar a diferença, enfrentar situações dilemáticas de forma a não permanecer na paralisia e na cristalização do outro, exige esforço, vínculo e a direcionalidade de uma tarefa comum.

No processo vincular e no processo grupal, portanto também no cotidiano e na rede de relações analisada, podem ocorrer situações dilemáticas. Seriam situações tomadas a partir de uma única perspectiva, um único possível entendimento que paralisa e não possibilita aprendizagem e comunicação:

“Já definimos vínculo como uma estrutura complexa de interação, não de forma linear, mas em espiral, fundamento do diálogo operativo, onde a cada giro há uma realimentação do ego e um esclarecimento do mundo. Quando essa estrutura se estanca pelo montante dos medos básicos, paralisam-se a comunicação e a aprendizagem: estamos na presença de uma estrutura estática e

não dinâmica, que impede uma adaptação ativa à realidade.”(PICHON-RIVIÈRE, 1982, p.14).

No dia-a-dia, no cotidiano da rede de relações onde seus personagens estão com uma apreensão uns dos outros “paralisada”, acontece uma busca da uniformidade e indiferenciação. Nos processos grupais isso se relaciona à possibilidade de manutenção das situações conhecidas, resistência à mudança que o encontro com o outro pode possibilitar. Ocorre então a tentativa de se anular a diferença, de impedir o surgimento de conflitos e o desencadeamento de confrontos. Mas essa busca da uniformidade conflita diretamente com a manutenção da expressão do poder, pois como desempenhar e exercer poder entre aceitos e iguais?

“Coordenadora: “Vamos ... fizemos uma atividade para reconhecer ... imagem uns dos outros ... dificuldades, defeitos ... quando vocês se deparam com isso parece que se calam.”

Integrante: “A gente não está preparado.”

Coordenadora: “Como será que a gente se prepara?”

Integrante: “Dando um tempo...”

Aqui parece que se confirma a hipótese sobre o que estava implícito e sobre o desejo do grupo de que acumulem mais energia, fortaleçam mais seus vínculos para conseguirem trabalhar a tarefa: a atualização de suas mútuas representações internas.

Parecem também fazer um pedido para que a coordenadora respeite seu tempo.

O próprio grupo reconhece a falência dessa atitude de postergar, de adiar:

Integrante: “Ah! Não funcionou, fizeram assim e piorou mais...”

Essa fala acima se refere explicitamente a tentativas anteriores do grupo de conversar diretamente sobre suas dificuldades, aparentemente em outra época; implicitamente parece se conectar a discussão como alternativa falida à do adiamento.” (Crônica, sessão 4 – grupo da manhã).

A atual equipe dessa Unidade parece precisar ousar pelo desconhecido e enfrentar a ameaça da exposição. Constatam que precisam de um preparo para tal “enfrentamento”. Isso requer “re-significação” de experiências anteriores; no entanto,

o grupo apreende as experiências vividas enquanto sendo sempre as mesmas, não havendo a possibilidade de estas apresentarem outra configuração, talvez com aprendizado e outros significados. O passado assim como o presente e o futuro ficam imutáveis. Como se preparar para o enfrentamento senão enfrentando?

Os vínculos estabelecidos no cotidiano da vivência desses trabalhadores e também re-experimentados nas sessões grupais não permitem dizer o que pensam, atualizar o que pensam sobre os outros; ficamos, na maior parte do tempo, com mútuas representações internas desatualizadas. O ocultamento e a negação das dificuldades e das diferenças não permitem que re-signifiquem sobre a forma de atuar e a articulem com os processos de trabalho e com suas próprias relações.

Concordamos com MATUMOTO (1998, p. 204), que ao discutir o acolhimento, afirma que os conflitos não precisam ser eliminados. ***“Os conflitos presentes nos atendimentos não precisam ser eliminados, mas olhados na perspectiva do crescimento e aprendizagem no trabalho e na vida.”***

A própria eliminação dos conflitos se situa num nível imaginário, pois uma vez estabelecidos se materializam quer nas defesas, quer nas fugas, quer nas estereotipias; olhá-los de frente está na direção da aprendizagem, do esclarecimento, da re-significação, da troca, do vínculo.

Adotamos o entendimento de vínculo de PICHON-RIVIÈRE (1982), que o define enquanto uma estrutura, um mecanismo de interação bi-corporal e tri-pessoal. GIFFONI (s/d), tratando sobre os elementos organizadores dos grupos, nos diz o seguinte:

“O segundo elemento organizador do grupo refere-se ao processo interacional, propriamente dito. Estar presente, uns com os outros, não se

esgota numa experiência externa mas na possibilidade de interiorização dessa relação.

O vínculo uma vez constituído, implica em mudanças profundas nos sujeitos, comprometidos com ele.

O processo interacional, que inicialmente se dá, no plano da intersubjetividade, isto é, predominantemente no mundo externo, adquire também outra qualidade, a dimensão da intrasubjetividade, isto é, inscreve-se no mundo interno de cada um dos protagonistas da relação, através de uma internalização recíproca [...]

O vínculo se constitui numa estrutura dialética, na qual se dá o reconhecimento de si e do outro, diferenciado, porém articulado. Cada sujeito representa dentro de si, sintetizando e totalizando a estrutura de relações na qual está comprometido e assim o grupo ocupa um “lugar psíquico” na interioridade de seus integrantes.”
(GIFFONI s/d, p 2 e 3).

Com vínculos desatualizados, constituídos através da internalização desse outro enquanto objeto acabado, pronto e imutável, as relações entre os trabalhadores vão-se fixando, engessando-se para possíveis aberturas e percepções de si e do outro em movimento e constituído na relação e em relação.

Podemos dizer que se estabelece uma lacuna, uma cisão na produção de espaços intercessores¹⁸ entre os trabalhadores, prevalecendo a apreensão das relações enquanto formais. MERHY (1997a) discute os espaços intercessores como sendo aqueles estabelecidos entre sujeitos no desenvolvimento do processo de trabalho, capazes de satisfazer necessidades. O trabalho em saúde se desenvolve na produção em ato, através do estabelecimento de espaços intercessores entre

¹⁸ Ver MATUMOTO (1998, p. 35) onde faz uma interessante distinção entre as possíveis grafias para intercessão utilizadas por MERHY (1996, 1997). Interessa-nos aqui o uso da palavra intercessor enquanto ponto comum, espaço comum estabelecido a partir de relações conformadas no encontro de sujeitos.

usuário e trabalhador, que se encontram para a satisfação de necessidades que se criam e se recriam também nesse encontro:

“Portanto interessa-nos perceber que no processo interseção produção/consumo vai haver um jogo de instituintes entre produtores e consumidores, no próprio ato de produção, que os põem em confronto, nem sempre conflituoso, a partir de distintos formatos de necessidades - tanto como carência quanto como potência - e, também, de distintas formas de satisfazê-las.”
(MERHY, 1997a, p.90).

A referência do autor se faz na direcionalidade do espaço intercessor em permanente criação entre usuário e trabalhador; considera também, o trabalho em saúde enquanto trabalho que se realiza a partir da inter-relação trabalhadores/trabalhadores e usuários/trabalhadores, havendo uma certa reprodução nessas relações. Melhor dizendo: para a produção do trabalho em saúde, na atual conformação dos serviços, vários encontros entre usuários e trabalhadores e trabalhadores/trabalhadores se estabelecem. Muitos desses encontros são provocados ou evitados através de relações entre trabalhadores, ou seja, um dos permanentes motivadores do encontro ou desencontro trabalhador/trabalhador é a clientela, reproduzindo-se uma hierarquia, uma subordinação de uns aos outros.

O estabelecimento de espaços intercessores se associa à existência e atualização de vínculos, uma vez que se cria e se recria através de permanentes encontros entre sujeitos capazes de se complementarem mutuamente.

Vínculo e poder se articulam enquanto estruturas produzidas em relação, sendo que a malha de poder estabelecida entre sujeitos vinculados a partir de

apreensões estáticas uns dos outros se mantêm tanto pela complementaridade das relações subordinados e subordinantes, como pela desatualização dos vínculos, posto que em tese ninguém muda, não há movimento e assim poucos espaços intercessores se estabelecem.

A mesma configuração vai se produzindo também na relação trabalhador/usuário, com escassa conformação de espaços intercessores, com pouca possibilidade de aprendizagem e de efetiva comunicação.

Quando o diferente se expressa é sub-julgado, segregado e excluído. Essa prática se materializa através da transferência do “trabalhador problema” para outra Unidade de Saúde. O gerente é encarregado pelo grupo para articular essa exclusão, quando ela já se explicitou.

“A coordenadora solicita esclarecimentos:

Coordenadora: “Deixa eu entender, vocês estão falando do que mesmo?”

Integrante: “De uma pessoa que não está no grupo.”

Integrante: “Essa pessoa tem problema ...A gerente já levou para instâncias superiores.”

Integrante: “Ela tá na mira...a hora que ela fizer...”

Integrante: “Ela já tem ocorrências.”

Integrante: “Se a gente demonstrar medo...”

Gerente: “Eu não demonstro mas tenho receio sim...a gente toma cuidado.”

Integrante: “O problema dela é patológico, algum médico tem que ajudar ela.”

O grupo foge da discussão de suas representações, de suas formas de lidar com as normas para discutir uma integrante que encarna nesse momento toda a dificuldade da Unidade. A saída apresentada é a transferência da mesma para outra unidade de Saúde.” (Crônica do 4 encontro - grupo da tarde).

Os mecanismos de evidenciação do trabalhador rotulado enquanto trabalhador - problema envolvem apontamentos de falhas, delação aos que controlam o trabalho.

Nessas situações se evidenciam os sub-grupamentos entre pares: os que se consideram ainda mais semelhantes em poder e exercício de auto-governo unem-se.

Esse limite vivido nas relações evidencia que o grupo carece do experimentar de outras alternativas possíveis para o lidar com a diferença e dificuldade, carece de experimentar outras formas de “enfrentamento” que não os da exclusão, da tomada de partido implícita, do sub-grupamento. Consideramos essa, dialeticamente (limite X potência), uma possibilidade para a reconstituição da rede de relações e do trabalho de equipe.

A revisão da rede vincular de relações nos encaminha à discussão da emergência de sujeitos, agentes que se reconhecem enquanto produtores do trabalho e produto também dele.

CAMPOS (1997) revisando os conceitos de alienação e de transferência, fala o seguinte:

***“Não é possível definir-se um sujeito apenas à partir dele mesmo. Na realidade, classes sociais, agrupamentos e indivíduos se constituem pela rede de relações, de constrangimentos e de conflitos em que estão imersos”. [...]
Os trabalhadores de saúde são produtos do sistema de relações em que estão mergulhados mas são ao mesmo tempo, produtores deste mesmo sistema. Sujeito e objeto, no mesmo e em todo o tempo”. (CAMPOS, 1997, p.241, 242).***

Ousamos acrescentar que os sujeitos se constituem também no desejo, no prazer, na satisfação de necessidades, na compreensão da própria finitude e relatividade. Deixaremos a questão dos processos de subjetivação e de produção de agentes e de desejos para quando tratarmos mais especificamente do eixo **instituição**.

Por não se compreenderem sujeitos e ao mesmo tempo ansiarem por mudanças, os trabalhadores as situam externas a eles.

“Analisam as possibilidades de mudança e melhora como se essas estivessem relacionadas somente a níveis externos: principalmente ao papel da gerência.

Integrante: “Nos dois primeiros anos de cargo...você tá vendo que você não vai conseguir acertar...”

Gerente: “Nunca senti que eu ia consertar tudo, principalmente sozinha...tem uma base que você vê...uma luz...ultimamente não tem aparecido isso.” (Crônica, sessão .3 – grupo da manhã.)

MISHIMA (1995), estudando a constituição da gerência na rede básica de saúde de Ribeirão Preto, apresenta-nos muitos dos aspectos que estamos identificando na relação trabalhador/gerência e gerência/nível central.

Quando discute o *“peso do trabalho gerencial”*, refere-se a como os gerentes apreendem o gerenciar enquanto responsabilidade, enquanto um trabalho árduo, que se processa também na mediação de relações conflituosas entre trabalhadores e também entre a unidade e a clientela:

“O lidar com a equipe implica, certamente, em inúmeras dificuldades e um trabalhar permanente com os conflitos que surgem. A atividade gerencial nesse sentido, exige maior responsabilidade do agente que a executa, não só dentro da unidade mediando relações conflituosas, mas igualmente no contato com a comunidade. O certo ou o errado é sempre responsabilidade do gerente. [...]”

Na representação dos gerentes, este é um trabalho que embora tenha a expectativa de realizá-lo de forma compartilhada com a equipe, é um trabalho muito solitário cujas exigências são extremamente grandes, árduas, e geradoras de um sentimento de extrema impotência.”
(MISHIMA, 1995, p.175).

Interessante então pensarmos que no espaço estabelecido na relação permanente gerência e trabalhadores, vai-se constituindo a necessidade de intermediar conflitos. E como intermediar algo que está permanentemente sendo negado?

Negado no sentido da impossibilidade de admitir a diferença, negado no sentido de que não é possível dizer a esse outro o que penso sobre ele, negado ainda no sentido de que estão sendo trazidas para o âmbito pessoal questões que ultrapassam esse patamar, uma vez que se referem ao modo de produzir em questão. Parece haver, inclusive, uma negação de se pensar a gerência enquanto uma potência para a reconstrução do trabalho de equipe.

O deslocamento da resolução de conflitos para o integrante que desempenha a gerência tem relação com o reconhecimento do poder adjudicado e assumido e com um imaginário de que são de sua responsabilidade as correções e o enfrentamentos de situações complexas, especialmente aquelas em que possa haver revelações sobre seus pares.

Numa das sessões grupais, emergiu a questão de como se comportariam se descobrissem qual dos trabalhadores vinha roubando os colegas em vale-refeições e outros bens:

*"Coordenadora: **"E se vocês perceberem, como é que fica?** (se refere a descoberta do agente dos roubos)*

*Integrante: **"Eu não quero ser essa pessoa!"***

*Outra Integrante: **"Se eu perceber eu falo para a gerente."***

*Coordenadora: **"Você vai falar para a Gerente, e não para a pessoa?"***

*Terceira Integrante: **"Vou falar para a gerente, jamais para a pessoa."***

O grupo discute num clima de persecutoriedade a respeito dos roubos, e expressam seu temor em descobrir o autor pois temem ser agentes diretos de sua exclusão: falam da possibilidade de deixarem

um intermediário, alguém externo, ou um instrumento para que faça essa denúncia, uma filmadora por exemplo.

*Integrante: “**Você pode não pegar mas inibe a ação.**”*

*Coordenadora: “**Vocês querem pegar ou inibir?**”*

*Vários Integrantes juntos: “**Inibir!**”*

*Coordenadora: “**Por quê?**”*

*Integrante: “**Vai ser excluído...**” (Crônica, sessão .2 – grupo da manhã).*

Então o agente destacado para exercer a atividade gerencial, que também está imerso no processo de trabalho, mesma trama de contradições, toma para si a “resolução” de situações tomadas e entendidas no plano individual e pessoal, plano este que, em tese, não lhe pertence, pois se estabeleceu entre outros dois e que na verdade é bem mais implicado com tantas outras questões.

Exemplificando, muitos dos conflitos se estabelecem tendo como ponto central o atender ou o não atender, o como, o quanto e o quando atender. Essas questões se articulam com a finalidade explicitada, ou não, que os trabalhadores tomam para o seu trabalho.

Ainda nessa direção, um dos possíveis conflitos cuja “resolução” pode ser solicitada à gerência pode vir com a seguinte configuração: “o médico “x” atendeu uma pessoa que já havia sido dispensada”.

Durante o período de observação duas trabalhadoras da enfermagem comentam sobre a paciente que uma delas dispensou e que o médico atendeu: “vou falar para a gerente, isso é absurdo.” (Observação).

Dessa forma muitos dos conflitos ocasionados pelo atender versus não atender, ainda que compreendidos no âmbito pessoal, referem-se também aos agentes envolvidos mas também articulam-se a questões da instituição saúde, a questões da organização e do processo de trabalho, articulam-se a modelo de assistência, a acesso, entre tantas outras.

Para MERHY *et al* (1991) os modelos assistenciais compreendem uma dimensão tecnológica e uma dimensão assistencial, ambas articuladas que expressam projetos políticos, de forma que esses autores se referem então a modelos tecno-assistenciais.

Assim, se na concepção dos trabalhadores a Unidade de Saúde existe para atender pessoas necessitadas (segundo a óptica dos trabalhadores), especialmente naquelas situações que colocam a vida em risco imediato, como as urgências, outros atendimentos realizados podem ser veementemente questionados¹⁹. Se não há objetivo explicitado, os pessoais/individuais tomam grande espaço, pode haver a evidenciação de objetivos voltados para o “não trabalho”, cujo maior desafio passa a ser o esvaziamento da Unidade, e a maior preocupação a de cumprir “tarefas” fragmentadas. Esta questão será aprofundada quando apresentada a discussão da organização do trabalho e a rede de relações.

Talvez para lidar com esse cotidiano dilemático, o gerente e os representantes do poder instituído façam permanentemente uma tomada de partido implícita sob um manto de neutralidade, e assim os trabalhadores podem se utilizar da gerência para mutuamente se “construírem” e se “destruírem”.

Estamos falando em imagens, em conceitos que estão estáticos: fulano é assim, beltrano é de outro jeito. Os implícitos, os segredos, as tomadas de partido camufladas de neutras estariam contribuindo para permanência da configuração da rede de relações intermediadas, interpostas por um poder verticalizado? Parece-nos que sim, no entanto nossos dados não nos permitem aprofundar nessa questão.

¹⁹ Também identificado no estudo de MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componetes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. Ribeirão Preto, 1998, 219 p. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

Dessa forma, quem exerce a atividade gerencial vai desenvolvendo mecanismos, nem sempre explícitos, mas que exigem muita energia para se fazer manter, pois estabelece imaginários e expectativas de que se possa resolver e apaziguar as relações mantendo a produtividade esperada. Essa forma de exercer a gerência parece se constituir em uma camisa-de-força que inviabiliza a emergência de instituintes e a construção de outras relações no conjunto dos trabalhadores.

No exercício de gerenciar, de organizar, de instituir, de normatizar, trabalhadores e gerência estabelecem expectativas uns em relação aos outros. Estabelecem formas de relações cujas regras parece que nem sempre são explícitas e desencadeiam disputas não claras para os envolvidos: a gerência parece disputar cumplicidade e seus artifícios são a “sedução” através por exemplo do elogio, a “cooptação”; os trabalhadores por sua vez parecem disputar o afeto e o reconhecimento da gerência, sua atenção, possibilidades de poder.

Para ilustrar a necessidade de reconhecimento²⁰ e a forma de lidar com isso trouxemos os seguintes fragmentos de Crônicas:

“Integrante: “Igual eu falei é falta de incentivação...Você tem boa vontade, fez, se fez coisa errada picha ... se saí tudo bem nem parabéns ... O dia que não dá para fazer, é conversa para uma semana.”

A gerência toma para si essa reivindicação e justifica contando todas as tentativas de reconhecimento realizadas anteriormente, essas parecem ser externas aos trabalhadores e não percebidas enquanto movimento de tentativa de valorização.

Gerente: “O que é reconhecimento, que tipo de atitude? Colocar na reunião ... No fim do ano passado tivemos um diploma, um troféu ... Acho que esqueceu disso.”

Integrante: “Tudo bem é na base do interesse, boa vontade...poucos os que têm interesse...”

Gerente: “Há o esquecimento do reconhecimento...”

Integrante: “Aquele reconhecimento nós é que cobramos...”

²⁰ Reconhecimento aqui tomado enquanto valorização do trabalhador e de sua expressão no trabalho. PEDUZZI (1998) expressa essa preocupação de se levar em conta o reconhecimento ético-social do trabalhador, na perspectiva da retomada do respeito e preocupação com o outro. (Apresentação, página IV)

Parece que a contraposição de poder se evidencia, e entra em cena outro profissional que nessa unidade compartilha da instância de poder, no caso a enfermeira:

Enfermeira: “Na vida tudo é assim, notícia ruim chega mais rápido que notícia boa...” (faz uma comparação com comida servida em restaurante: se estiver estragada, logo todos ficam sabendo)

Continua dizendo:

Enfermeira: “Não dá para ficar esperando reconhecimento todo dia por uma coisa que é obrigação.”

Parece que o grupo compartilha dessa necessidade à medida

que permite a polarização da discussão nessa temática envolvendo três pessoas.

A gerência continua: “A cobrança da Fulana é injusta vocês não esperam se vai ter ou não...” [...]

Integrante: “É difícil a gente elogiar...”

Integrante: “Se tinha isso para fazer, se fez, porque a chefe não perguntou quem fez?”

Gerente: “Gente, precisa conhecer outros aspectos pessoais...eu sou uma das chefes, tem a fulana e beltrana (se refere as enfermeiras) não dá tempo para ver o que está se passando...”

A coordenadora assinala: “Vocês estão falando do reconhecimento do trabalho pela chefia. Entre vocês, sem ser nessa relação chefia subordinado, entre vocês como está sendo isso?” (Crônica, sessão 4 - grupo da manhã)

“Discutem sobre dificuldades com trabalhadores que estão fora do grupo, reproduzem assim o fato de que não tratam seus conflitos diretamente com as pessoas envolvidas. Parecem dizer de algumas trabalhadoras da enfermagem que “fazem hora” ou enrolam no trabalho esperando ajuda daquelas que julgam render, terminar logo sua escala.

Integrante: “Infelizmente quem se esforça trabalha mais.”

Conversam da ausência de mecanismos estabelecidos no trabalho capazes de premiar e reconhecer o trabalhador que desempenha suas atribuições, segundo esse grupo, a contento.

A gerência refere que solicitar ajuda a um trabalhador é reconhecimento da sua capacidade, no entanto isso é percebido pelo grupo como castigo.

Integrante: “Isso é reconhecimento?”

Gerente: “O dia que te esquecerem...”

Integrante: “Remanejam...”

Gerente: “O que a gente poderia fazer para aquelas que são acomodadas se mexerem?” (Crônica, sessão 3 - grupo da manhã)

Nessa rede de relações, onde se interpõe poder verticalizado, vão se estabelecendo disputas para a atenção, para o afeto, para a aprovação por essa hierarquia, que se materializa em pessoas, em chefias, no caso, na gerência local.

Será que esta busca de reconhecimento, principalmente através da gerência, não significa implicitamente um movimento em busca de reconhecimento social, uma vez que a gerência na divisão social do trabalho representa mais que o poder hierárquico dentro da instituição, representa um certo *status* social?.

Estar buscando o reconhecimento da gerência e chefias pode então ser lido também como luta pelo reconhecimento ético social dos agentes que desenvolvem o trabalho em saúde. A esse respeito PEDUZZI (1998) diz o seguinte:

“Entendo que, a cada agente, cabe questionar as desigualdades no trabalho, por meio de uma prática comunicativa, sobretudo porque, por essa indagação, poderemos buscar instaurar, preservar ou ampliar o reconhecimento de cada um dos sujeitos sociais e, nisso, o respeito e a preocupação com o outro. Cada sujeito que busca o reconhecimento ético-social para si próprio o faz em nome de toda a humanidade. Trata-se de compreender as diferenças técnicas dos trabalhos realizados por sujeitos que almejamos iguais, socialmente.” (PEDUZZI, 1998, p.IV).

No entanto essa pode estar sendo uma luta não clara para os agentes envolvidos, estando sendo tomada enquanto uma questão de “espaço-pessoal”, e isso nos parece carecer de apropriação pelos trabalhadores.

No cotidiano vai se estabelecendo um “lugar” para cada um na rede de relações, lugar que faz perder o movimento inerente aos processos. Então a rede de relações se fixa e os trabalhadores passam a se localizar tendo como ponto de referência a gerência e, secundariamente, outros personagens que acumulam poder (como por exemplo as enfermeiras).

"Estar na graça" da hierarquia é desejado implicitamente, todos desejam sua aprovação e aceitação, esse parece ser um dos aspectos menos visíveis da rede de

relações. No entanto, explicitamente, no plano discursivo, é interessante manter uma aparente independência, uma certa rebeldia que unifica os integrantes e os polariza *versus* com sua chefia e seus superiores.

Também a gerência pode busca aceitação e aprovação do nível central, reproduzindo e produzindo a mesma forma de se relacionar: se “rebelando” e se sujeitando concomitantemente.

A possibilidade de que o reconhecimento se faça pelos ocupantes das posições paralelas (trabalhador/trabalhador) não surge enquanto alternativa, muito menos a possibilidade do auto-reconhecimento, do se valorizar por ter realizado um trabalho com qualidade ou encontrar nele gratificações tais como a de se sentir autor, se reconhecer em sua obra.

CAMPOS (1997) discutindo o tema da Obra, especificamente na saúde, toma-a como possibilidade de reconhecimento, tanto do trabalhador como do usuário e da sociedade, do resultado do trabalho. Esse reconhecimento pode ser possibilitador do resgate da criatividade dos sujeitos envolvidos; ao mesmo tempo, o não se reconhecer autor favorece o não se sentir responsável pelo resultado daquilo que se realiza:

“Concentrar-se em atos esvaziados de sentido, ou cujo sentido depende de uma continuação que o trabalhador não somente não controla como até desconhece, tudo isso termina produzindo um padrão de relacionamento com o saber e com a prática profissional altamente burocratizado. Não há vocação que resista à repetição mecânica de atos parcelares. Trabalhar em serviços de saúde assim estruturados costuma transformar-se num suplício insuportável. O trabalhador encontra-se, portanto, separado de sua Obra [...] Não se trata de uma diretiva romântica. Mas sobrevive-se mais facilmente e mais

gostosamente quando se sente criador de Obras dignas da admiração e do respeito público.”
(CAMPOS, 1997,p.235).

E entendemos que viver gostosamente não quer dizer viver sem responsabilidade e sem os conflitos e confrontos inerentes à própria vida.

TENÓRIO (1993), discutindo a razão administrativa, apresenta em forma de mito o conflito perpetuado nas teorias administrativas entre atender a funcionalidade racional e técnica e a emancipação dos homens:

“Acreditamos que as teorias organizacionais, como projeto científico de prescrição e explicação dos fenômenos organizacionais, vivem hoje em dia a dificuldade de atender, de um lado, o crescente determinismo da racionalidade funcional/técnica, e de outro a necessidade sempre presente da emancipação humana”.
(TENÓRIO, 1993, p. 7).

Quando este autor apresenta a racionalidade substantiva diz o seguinte:

“É através desse trabalho que o homem se vê inserido num mundo criado por ele próprio. Pela elaboração do mundo objetivo, o criador se vê na criatura, o sujeito no objeto. Decorre disso que o homem pode se realizar numa atividade produtiva sobre a qual tenha controle. Quando o homem perde a propriedade e o controle de seu trabalho, perde também a si próprio”. (TENÓRIO, 1993, p. 10).

A lógica que temos presente no trabalho em saúde, da Unidade em questão, vai-se estabelecendo na direção da racionalidade instrumental²¹ prevalecendo

²¹ *“A racionalidade instrumental ou funcional é o processo organizacional que visa alcançar objetivos pré-fixados, ou seja, é uma razão com relação a fins em que vai predominar a instrumentação da ação social dentro das organizações, predomínio este centralizado na formalização mecanicista das relações sociais, em que a divisão do trabalho é um imperativo categórico, através do qual se procura justificar a prática*

a subordinação, a venda da força de trabalho, e com executores que não se percebem inclusos nessa lógica nem construtores desse trabalho. O reconhecimento, o se fazer sujeito e autor no trabalho, requer a superação da lógica da racionalidade instrumental.

Possibilidades de reconhecimento, de autorias, de trabalhadores inventores, instituintes do trabalho em saúde, requerem processos que provoquem a percepção do poder, dos vínculos e dos projetos em disputa.

Nesse processo de produção de poder, de vínculo, de trabalho externo aos trabalhadores, com relações polarizadas trabalhadores/gerência, nível central/gerência, trabalhador/trabalhador, usuário/trabalhador, o controle, as normas e as regras se produzem e reproduzem “acriticamente” e implicitamente, apreendidas externamente, prontas e com vida própria. Vejamos mais de perto estas questões.

3.1.2. A gerência, os trabalhadores, o controle e as normas

Segundo CAMPOS (1997), a gerência tem-se colocado a serviço do controle do trabalho, através da padronização de técnicas e normas administrativas.

“[...] , antigos tayloristas administram acumulando as equipes com normas administrativas e com padronizações técnicas. Na verdade, supõe-se a possibilidade de a gerência controlar e regulamentar toda e qualquer possibilidade imaginável de trabalho. Com isso, termina-se retirando do trabalhador a responsabilidade pela criação autônoma e desregulamentada.”
(CAMPOS, 1997, p.231).

Quando olhamos para a rede de relações na perspectiva do par contraditório e complementar gerência/trabalhadores, e para seu atravessamento

pelo poder, percebemos que as regras e normas são cultivadas e estabelecidas na perspectiva do controle e da intermediação dos possíveis conflitos.

Segundo MISHIMA (1995), o papel da gerência local na SMS-RP estaria na seguinte direção:

“Cabe ao gerente a organização e o controle do processo de trabalho de forma que o atendimento à demanda que flui para a UBS se desenvolva. A organização tem sido entendida, no âmbito da administração, como conjunto de ações desenvolvidas a fim de permitir a estruturação física, material e dos agentes de trabalho no interior da unidade sanitária. Ou seja, a alocação adequada dos recursos necessários para que o atendimento médico se processe.

E o controle, as formas assumidas de verificação e correção, quanto a utilização de todo conjunto de instrumentos disponíveis para a consecução do processo de trabalho.”

(MISHIMA, 1995, p.171).

O desenvolvimento da gerência, pelo menos no espaço vivenciado em Ribeirão Preto, vem assumindo um caráter de manutenção da produção e acúmulo de poder e da preservação da rede de relações enquanto estática, definindo dois aparentes pólos opostos: chefiados/chefia, organizador/organizados, responsável/cumpridor de regras e tarefas. Desta forma a gerência está instituída, criando e aproveitando poucas brechas e possibilidades de instituintes.

Com relação às tecnologias apresentadas por MERHY (1997)²², a gerência nesta direção instituída, utiliza-se das tecnologias leve-duras, das normatizações burocráticas e técnicas para o desenvolvimento do trabalho, e poderia se utilizar, além dessas tecnologias, das consideradas leves - das relações - o que poderia possibilitar a emergência dos instituintes e de movimentos de transversalidade, necessários para recomposição do trabalho.

²² Esta discussão podem ser obtida nos textos: MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. **Agir em saúde**. Um desafio para o público. Ed Hucitec, 1997. Cap.2, p. 71-112 e MERHY, E.E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. A informação e o dia a dia em um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E.E. & ONOCKO, R. **Agir em saúde**. Um desafio para o público. Ed Hucitec, 1997. Cap.3, p. 113 - 167.

A gerência então vai-se estabelecendo como personagem, enquanto desenvolvida por alguém dentre os demais que se especializa na organização do trabalho, no controle, no “fazer andar a unidade”.

A ela é adjudicado explicitamente o controle e o cumprimento das normas, tanto pelo nível central da SMS-RP como pelos trabalhadores, e esta se percebe muitas vezes na encruzilhada entre a tentação de se sentir incluída e cúmplice dos trabalhadores, alcançando talvez poderes capazes de mantê-la no plano do necessário e do absoluto, ou continuar representando a organização que a nomeia, e com a qual se comprometeu como controlador.

Como muitos desses aspectos que trazemos não são explicitados no dia-a-dia do trabalho, o gerente e os trabalhadores estabelecem entre si um campo de relações onde a disputa de poder e controle dos auto-governos podem permanecer em embate mas ocultos, tendo as regras e normas como mecanismos para o exercício do controle.

A seguir apresentamos um fragmento de crônica que pode ilustrar isso. A fim de entendermos o momento do processo grupal pelo qual o grupo passava, esclarecemos que este vinha discutindo enquanto questão norteadora o que o trabalho na Unidade lhes subtraía. Num plano implícito, parece que o grupo estava tomando contato com a possibilidade de serem vistos uns pelos outros, descobertos, e assim estava sendo sentida a subtração do aparente manto de invisibilidade perpetuado pelo não falar do que se pensa uns dos outros.

“Rapidamente o grupo retoma algumas coisas que tem sentido enquanto perdas, principalmente aquelas retiradas pela gerência tais como: a possibilidade de fazerem comida durante o horário de trabalho. Isso é discutido pelo grupo sob a óptica da possibilidade de haver descoberta e a repressão pelo nível central da SMS.

Integrante: “Tiraram nossa única alegria... nosso lanchinho... A gente dava uma relaxadinha...” (Crônica, sessão 3 - grupo da manhã).

A discussão é realizada tendo como ponto central o fazer comida durante o expediente. Fazer comida não é tomado como uma questão de estar ou não essa atividade na direção da finalidade da existência da Unidade, ainda que essa seja entendida enquanto atendimento da dor, da doença, também passa longe da discussão da razão pela qual os trabalhadores querem e/ou precisam fazer comida nesse trabalho.

Essa atividade parece se encaminhar para o objetivo do “não-trabalho”, quando poderia se constituir, por exemplo, num espaço de negociação trabalhador/gerência, vindo a amenizar a dificuldade de se alimentarem no próprio local de trabalho.

Quando nos referimos a “não-trabalho”, estamos considerando a possível configuração de um objetivo implícito nos atos, nos fazeres e no pensar cotidiano dos trabalhadores da Unidade. A não explicitação de uma direcionalidade para o trabalho conjunto, compartilhado e (re)discutido pelos trabalhadores, vai conformando uma certa argamassa onde fica embutido que todos sabem porquê e para que estão ali; também sabem quando, como e onde querem chegar com seu trabalho e com o trabalho conjunto.

No entanto, parece ir se fiando, se enredando, uma busca, também compartilhada implicitamente, de não contato com o sofrimento e angústias da aparente ausência de vida, desse trabalho árido, solitário e muitas vezes percebido como não efetivo. É que a dinâmica, riqueza e vida existentes nesse trabalho vêm pouco sendo apreendida e este não vai sendo re-significado, ficando com um “só lado”.

Ficamos com alguma coisa assim: *“estamos aqui para atender a dor e o sofrimento de quem precisa, isso nos expõe, nos dói, nos corrói, então trabalhamos para não tomar contato com todas essas dores”*. É a esse objetivo implícito (de defesa) que estamos chamando de “não-trabalho”. Não se trata, portanto, de tempo de “não-atividade”, e das pausas tão necessárias para recomposição e tomada de “fôlego” no trabalho cotidiano.

O tempo de fazer e compartilhar alimentos poderia ser espaço de discussão, por exemplo, onde o bem-estar do trabalhador e o estilo de vida poderiam ser discutidos e melhorados. Isso é negado com o argumento de que se o nível central descobrir será um problema para os trabalhadores. A discussão aqui se pauta no controle pelo controle, no fazer cumprir ordens.

Quando MERHY (1997a) discute as tecnologias em saúde e em especial as tecnologias leves, as que geram bens-relações, estabelecidas nos espaços intercessores, ficamos aqui refletindo sobre a necessidade de exercitar relações, inclusive nesses espaços/tempos conquistados e estabelecidos pelos próprios agentes do trabalho em saúde, sem a formalidade e conseqüente posição de defesa assumidos por nós em reuniões de discussão do trabalho ou de supervisão. Então, o espaço/tempo do “lanchinho” poderia se constituir num espaço/tempo de exercício de relações, e o aproveitar desse espaço poderia ser uma brecha a ser explorada para o rearranjar da rede de relações e trabalho de equipe, e não simplesmente ser negado como vem ocorrendo.

Nas relações entre o nível local e central da SMS-RP, ocorre a mesma complementaridade. Para as chefias da Secretaria, fiscalizar o trabalho nas Unidades significa punir e vigiar as horas de “não-trabalho”, independentemente de em que perspectiva o trabalho se encaminha. Para o nível local, ter um feitor

externo ameniza e pode retirar a possibilidade do controle interno, da auto-avaliação do trabalho e da responsabilização²³, o que também vai “aliviar” para o gerente, no nível local, seu exercício de controle, estabelecendo a imagem: *“controle porque a SMS-RP manda”*.

Com o compartilhar de acordos e objetivos implícitos para o trabalho em saúde, aparentemente voltados “nas entrelinhas” para o não tomar contato com a dor do outro, ou explicitamente voltados para soluções pontuais de queixas e cuja maior finalidade parece ser a de atender logo e esvaziar a Unidade, a responsabilização, tendo por eixo o usuário em suas necessidades, ganha status de sonho, de utopia. Complementarmente gerência se materializa em controle interno e burocrático, fundamentada, através de cobranças externas, pelo nível central.

Para se “desviar” desse controle, o grupo parece buscar acordos com a gerência solicitando que a mesma deixe de ser a presença da SMS-RP no nível local, ou seja, que não exerça controle e fiscalização e que faça “vistas grossas” ao que possa ocorrer na UBS. Parecem dizer: “Gerente, deixe a Secretaria um pouco para lá”.

“Nesse momento do grupo, a gerência e trabalhadores retomam a discussão de um episódio acontecido na unidade, durante o período de observação em que uma chefia ao chegar a Unidade encontra um grupo de trabalhadoras esmaltando as unhas.

Podem elaborar a situação, sendo que nesse sentido a gerência se posiciona quanto a discordância de que esse tipo de atividade seja realizada:

Gerente: “O fato de fazer unha, nós também não vamos aprovar.”

O grupo então discute seu incômodo pela forma de abordagem adotada pela dita chefia.

Integrante: “É a forma de abordar...”

Gerente: “Tem coisas que são próprias da minha consciência com relação à função que estou aqui. Aquilo estava acontecendo na farmácia, não estava conivente (refere-se ao

²³ Responsabilização é aqui entendida tomando por referência SANTANA (1993): implica assumir compromissos efetivos com o objetivo da instituição, que se materializam por ações práticas, tendo por referência principal a satisfação do usuário. A discussão acerca deste conceito encontra-se em : SANTANA, J.P., **Cadernos RH de Saúde**, v.1, n.3, 1993, p.51-61

seu desconhecimento da situação). ***Eu sei que aquilo não estava de acordo com o ambiente de trabalho...***

A gerente, nesse momento, diz ao grupo de sua autonomia e de decisões que toma independentemente da SMS, cita enquanto exemplo a realização desses grupos de discussão. (Crônica, sessão .3- grupo da manhã)

"Integrante: "Nós não estamos sabendo advogar em causa própria... Ficamos muito dependentes da Secretaria ... A gente mente para o chefe X da SMS, para não ter atrito."

Integrante: "Nós precisamos criar um mecanismo."

Integrante: "O negócio é a gente se unir."

Gerente: "O problema não é fazer a pipoca é quem está fazendo... (se refere as trabalhadoras da enfermagem) (Crônica, sessão 3 - grupo da manhã).

Como vimos, a gerência que está colocada para a perspectiva do controle e da organização interna do trabalho, é "tentada" a se aliar aos trabalhadores para o não-controle. A possibilidade de se unirem para aliar-se a gerência e utilizar o tempo de "não-trabalho" para a elaboração de um projeto conjunto não é levantado como possibilidade. Até mesmo o negociar as claras sobre a possibilidade de esta atividade ser um tempo de "lazer" que possibilita à equipe se livrar da dureza, inerente ao trabalho em saúde, não se articula; os trabalhadores perdem, se rebelam e se calam frente à argumentação de que *"o nível central vem aí ..."*

Resta a reclamação: *"tiraram a nossa relaxadinha."*

O trabalhador gerente vai também sofrendo desgastes, faltam-lhe ferramentas, momentos de afastamento para repensar sua atuação, clareza quanto ao processo no qual está igualmente imerso.

MISHIMA (1995) nos diz o seguinte a esse respeito:

"Entretanto, é grande a dificuldade do gerente, em muitos momentos, assumir este papel, pois também lhe faltam elementos para viabilizar esse tipo de atividade, como por exemplo a autonomia,

a compreensão do processo de trabalho como um todo, a clareza quanto ao seu papel na coordenação do trabalho da equipe de saúde. Aliada a esta questão, as relações presentes no trabalho são tensas, e se apresentam numa graduação que vai da sutil indiferença à agressividade contundente, em relação ao gerente. Esta dificuldade se dá principalmente, no sentido da equipe aceitar a figura do gerente e de seu papel na organização e controle do trabalho da UBS.” (MISHIMA, 1995, p.262-263).

Em muitas de suas ações e em suas dificuldades que por não serem trabalhadas, olhadas, consideradas, trabalhadores e gerência vão amarrando acordos implícitos direcionados para outros fins que não o do despertar de cidadania, responsabilização, autonomia - responsável e atendimento de qualidade ao usuário. Em determinados momentos, a moeda de negociação parece ser a da cumplicidade e da aceitação do grupo causada por um desejo de horizontalização numa relação que é assimétrica.

Pensar a questão das relações assimétricas não significa trabalhar apenas na perspectiva do poder nas relações hierárquicas, uma vez que na relação trabalhadores/gerência podem se estabelecer momentos de complementaridade na perspectiva do aprendizado de ambos, da troca, do encontrar saídas conjuntamente, da parceria no trabalho voltado para o usuário e suas necessidades.

Falamos da criação de espaços intercessores com a criação de bens-relações entre os sujeitos (usuários/trabalhadores e também trabalhadores/trabalhadores).

Apostamos na possibilidade de que isso se reproduziria nas relações com os usuários, e que num processo democrático de gestão coletiva²⁴, o usuário também possa deixar a posição de passividade, de vítima, de causador de problemas, para assumir parcerias e co-responsabilidades no processo saúde/doença. Há que se “des-construir” o trabalhador/parcela de trabalho apartada, externa e usuário/consumidor, passivo, esvaziado, re-configurando em permanente processo o trabalhador/autor, artista inventor e usuário co-criador, co-autor. GUATTARI (1991), discutindo produção da subjetividade, se refere a Bakhtin que fala de uma transferência de subjetivação que se opera entre o autor e contemplador de uma obra: **“Nesse mesmo movimento, o “consumidor” torna-se para ele co-criador”** GUATTARI (1991, p. 11). Ainda no caso da obra em saúde, essa só é mesmo possível com substrato elaborado em conjunto, fruto da interação trabalhador/usuário.

Voltando, portanto, a gerência pode ser um espaço instituinte para outra direção no trabalho em saúde. Isso requer revisar a forma de lidar com as normas, regras e com o controle. Implica buscar maior responsabilização do trabalhador e maior participação no trabalho; resumindo, implica rodiziar poder e repensar sua forma de produção e reprodução.

²⁴ Estamos considerando gestão coletiva enquanto processo a ser permanentemente construído por trabalhadores em parceria com os usuários não somente nos fóruns formais de participação como as Comissões de Saúde, mas também criando e estimulando participação e responsabilidade conquistadas em parceria. CAMPOS (1992, p. 201) numa aproximação ao que estamos colocando afirma que ***“Há referenciais históricos para comprovar que os homens em sociedade, ou em pequenos grupos mesmo com todos os seus conflitos são capazes de dirigir a sua própria vida, de administrar a sociedade sem a necessidade de um superpai, ou sem o poder coercitivo do Estado moderno, que, para exercer o controle sobre a sociedade, a seduz com promessas de proteção e de harmonia social.”***

A seguir traremos uma outra questão relacionada ao controle e às normas que vem à tona nas sessões grupais e se refere a uma dificuldade que não é tratada abertamente: é a questão do cumprimento do horário. Mesmo não sendo discutido, esse aspecto flui pelas relações dos trabalhadores e trabalhadores/gerência.

"Essa discussão sobre o cumprimento do horário foi, aqui nesse momento do grupo, trazida pelo profissional médico, os outros integrantes do grupo não esclarecem ou aprofundam essa discussão.

Conversam sobre o papel do nível central e dos trabalhadores de lá, falam que aqueles estabelecem normas e regras que eles próprios não conseguiriam cumprir se estivessem trabalhando no nível local.

Integrante: "Coloca o dr X aqui, vê se ele agüenta..."

Integrante: "O Dr Y ele não atendia..., se colocasse 1 a mais..." (se referem a um trabalhador que agora ocupa um posto de decisão na SMS). (Crônica, sessão 2 - grupo da tarde)

Uma das estratégias de controle implantada na rede pelo nível central da SMS-RP e pela Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, foi a obrigatoriedade do registro do ponto em cartão para todos os trabalhadores. Essa medida foi tomada, principalmente, pelos médicos, como não sendo cabível a eles e passa a ser desafio o não cumprimento, então, parece que constitui-se um "ruído" para as relações.

Para PICHON-RIVIÈRE (1982), os ruídos são obstáculos da comunicação e da aprendizagem, com os quais se configura uma situação em que a espiral dialética dos processos grupais e de aprendizagem da realidade formam um círculo fechado, atuando como estrutura patogênica. A análise e explicitação dos ruídos permitem a retomada da dinamicidade dos processos grupais e aprendizagem.

MERHY (1997b) também discute a questão dos ruídos enquanto analisadores em potencial, capazes de produzir momentos de apropriações do trabalho pelo trabalhador, mas que acabam por ser tomados como aspectos a ser corrigidos, cobrados:

“E, com isso, “falhas” e “ruídos”, em vez de serem escutados como emergência de possibilidades de novas intencionalidades no campo da ação, fundamentalmente no campo das necessidades, seriam vistos como “disfunções” a serem corrigidas.” (MERHY, 1997b, p.124).

Percebemos que em alguns casos o não cumprimento do horário, articulado com o registro de ponto, exige acordos velados: trabalhadores registrando o cartão de outros (mesmo de diferentes níveis de formação). Isto, de certa forma, pode ser identificado em uma das observações, mesmo que em tom de brincadeira, mas evidenciando certamente uma situação real e concreta do dia-a-dia.

“Me encontro no hall de espera junto com usuários que aguardam o atendimento: Um dentista chega na porta e fala em tom de brincadeira: “Tô indo embora. Quem vai bater meu cartão hoje?” Alguém responde lá de dentro algo que não escutei, ele vai rindo para a copa”. (Observação).

Discutir esta situação, embora seja acordada entre o conjunto dos trabalhadores, causa certo constrangimento na equipe, pois nem todos usufruem do benefício deste acordo, mas apenas alguns trabalhadores que detêm maior "poder social" como o médico e o dentista. Mesmo havendo constrangimento, e cabendo à gerência o controle disso (em tese, porque todos ficam atentos a possíveis não cumprimentos), perde-se a chance de usar deste ruído para rever a organização do trabalho na unidade assim como possibilidades de organização da equipe, de flexibilização dos padrões de trabalho.

Assim, com relação ao trabalhador médico, a gerência acaba tendo dificuldades de implantar o controle do horário e do próprio trabalho. Esta dificuldade

se relaciona ao poder social e hegemônico da categoria médica ²⁵. Vejamos como a questão do controle do horário vem sendo construída e como emerge nas discussões:

"Médico: "Aprendi muitas coisas, mas o principal: respeitar os meus superiores...sempre tive uma posição radical extremista. Sempre quis fazer o que pensava que era certo, venho procurando desenvolver o contrário...depois do serviço militar, quase fui militar ... (conta um fato que lhe ocorreu durante o serviço militar), quem quis quase me fuzilar ... os dois foram punidos ... não serviu para ter aquela noção ... Temos que respeitar determinadas regras. Porque a Gerente tem que olhar os cartões ... acho um absurdo ... continuo achando. Ela tem que cumprir essa regra ... contismo (refere-se a contagem das horas trabalhadas). Não sofro mais, a hora que quero ir embora, eu vou embora. Não peço para o colega bater o ponto para mim ... Todo mundo queria sair dez minutos mais cedo, até a gerente. A gente passa a entender toda uma estrutura. Isso é fundamental ... a gente aprende esse comando. Ela (gerente) é rígida, mas não impõe. Se a gente quiser transgredir, a gente assume (refere-se ao desconto que ocorrerá no salário). Hoje, na minha vida pessoal o jeitinho não leva a nada..." (Crônica, sessão 4 – grupo da tarde).

O trabalhador médico resiste direta e explicitamente, mas se rende ao controle, e esse controle pode também significar proteção. Quando se submetem, os trabalhadores se descomprometem, se “desresponsabilizam” com a criação de alternativas, morrem em iniciativas. Configura-se a ambivalência de ser protegido mas também pouco ir à luta, pouco viver e ainda pouco ousar viver “e não ter a vergonha de ser feliz” ²⁶.

Vitória aparente de um dos pólos de poder, no caso a gerência, dividindo chefiados e chefes. Dizemos vitória aparente porque, como vimos, o trabalhador em questão não deixa de descumprir o horário “se quiser”, mas agora arca com o ônus do desconto, que para o médico nem sempre é significativo em termos de salário.

²⁵ Sobre a questão do poder hegemônico e social do profissional médico ver: PIERANTONI, C.R; MACHADO, M.H. Profissões de Saúde; a formação em questão. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos RH saúde**, Ano 1, v.1, n.3, 1993, p. 23-34.

²⁶ A música “O que é, o que é”, cantada por Gonzaguinha, foi utilizada como disparador temático num dos encontros grupais, sendo discutida e eleita algumas de suas frases mais significativas para esse grupo.

Será possível manter-se nessa contraposição “vitória/derrota” e ainda ter de volta a criatividade, a responsabilidade, o sentimento de co-autoria no trabalho cotidiano? Pensamos que não, por se estabelecerem contraposições não claras, dividindo o grupo entre aqueles que têm por obrigação o fazer de pedaços da atividade de atender o usuário na sua queixa, e aquele que zela para que isso ocorra. Evidencia-se a criação de mecanismos de acompanhamento da execução do trabalho externos aos trabalhadores e o grande desafio passa a ser o de conseguir se desviar do controle e de seus possíveis efeitos.

Já autores que vêm estudando a perspectiva do Controle de Qualidade Total (CQT) apostam que sim, ou seja, é possível manter a mesma conformação de poder e ainda se conseguir produtividade, responsabilidade e parceria do trabalhador.

SCHOLTES *et al.*, (1992, p.8) estudam o trabalho de equipe na perspectiva da Qualidade Total, e dizem que **“liderança em qualidade enfatiza os resultados trabalhando os métodos”**, concentram-se em criar um ambiente de trabalho que incentiva todos a trabalharem pela companhia:

“com as melhorias, os processos são executados de forma cada vez melhor. A produtividade aumenta à medida que o desperdício e a ineficiência diminuem. Enquanto trabalham juntos para melhorar a qualidade, trabalhadores e gerência constroem um respeito e confiança recíprocos. Quanto mais se ajudam mutuamente a usar a abordagem científica, mais aumentam a produtividade e a qualidade.” (SCHOLTES *et al.*, 1992, p.9).

A estratégia nos parece que se trata de envolver o trabalhador para a defesa da busca e manutenção de clientes, fazendo com que compre a idéia de que em se mantendo a empresa, manterá seu trabalho. Textualmente trata-se de **“fazer**

as equipes trabalharem em projetos de melhoria” e “saber usá-las adequadamente.” (SCHOLTES *et al.*, 1992, p.17)

O “pulo do gato” talvez seja o de promover uma aparente participação em que esta e a criatividade das pessoas estejam controladas e direcionadas para os fins de produtividade e crescimento da empresa.

JOFFILY (1994) levanta questões interessantes tais como: existe ou não participação dos trabalhadores? O trabalho polivalente, em equipe, é ou não uma negação do parcelamento taylorista? Ele critica os cursos de Círculo de Controle de Qualidade (CCQ) que garantem sim como resposta a estas perguntas, por creditar a este modelo uma reedição do modelo taylorista.

Voltando ao controle do horário, pensamos que cumprir o horário num trabalho que parece ter enquanto objetivo implícito o “*não-trabalho*” pode ser uma questão geradora de muitas negociações, acordos ou conflitos e confrontos. Talvez se o cumprimento da jornada de trabalho pudesse ser barganhado na perspectiva do atendimento, ou da realização de outras formas de trabalho em saúde, tivéssemos uma abertura para permanente construção e reconstrução desse trabalho. Neste sentido, há necessidade da devida relativização do tempo, pois tempo, na Unidade, tempo de atendimento e tempo de não atendimento, são diferentes de tempo em trabalho. PELBART (1993) nos auxilia a pensar nessa relatividade do tempo; discutindo a loucura e a terapêutica em relação ao tempo, ele nos chama atenção para o paradoxo que vivemos buscando controlar o tempo e nos incita a permitir que o tempo jorre livremente. ***“Um tempo que não é o tempo do relógio, nem o do sol, nem o do campanário, muito menos o do computador”*** (PELBART, 1993, p.32).

Por tudo isso, entendemos ser esta questão do horário um bom ruído que pode possibilitar muitas revisões.

Quanto às normas, ainda, no plano discursivo a gerência traz para os trabalhadores que elas são elaboradas externamente a ela:

“Aqui parece que o grupo retoma o falar de como apreende esse outro, ou do que aprende com esse outro, mas o fazem na perspectiva da gerência. Talvez pelo sentimento de “força” de vários subordinados e um subordinando.

Essas falas se dão polarizadas entre o médico e a gerente porém estão compartilhadas pelos demais integrantes que escutam, riem e interagem não verbalmente, complementando e compactuando dessa polarização.

*Gerente: “**Eu agradeço tudo que você falou, só discordo de um ponto, do prazer, eu detesto fazer isso.**”*

No implícito talvez: “faço só porque sou obrigada, por mim vocês não cumpriram as regras.”

Parece-nos uma fala de justificativa e tentativa de reparação, de busca de compreensão nesse ato de cobrar.

*Integrante: “**Eu já trabalhei em outros postos, cada um tem um jeito de administrar ... cada gerente tem um jeito de aplicar as regras.**”*

Parece responder: “você faz assim porque quer mesmo, tem gerente que não faz.”

Essa fala descobre, toca num dos segredos institucionais, existem as regras explícitas, essa de cumprimento de horário por exemplo, mas também acordos para seu descumprimento.

*Integrante: “**Parece outra secretaria, outra cidade.**”*

*Integrante: “**Quem faz as regras são a secretaria, o gerente implementa, delega, quem tem que fazer o barco andar são os remadores, os remadores somos nós. Tem que ter uma linha a seguir.**”*

*Gerente: “**Como gerente eu sinto que as regras me auxiliam ... trago regras que me são impostas ... minha função é trazer e cumprir as regras. Vem desde lá de cima da constituição ... Senão perde a organização ... todo dia vai ter uma transgressão. Somos 40, eu não sei quantos iriam sair do enquadramento.**” (Crônica, sessão 4 – grupo da tarde).*

O papel de controle do gerente se explicita nessa fala; também, aponta para o imaginário de que as regras são externas, é como se só fossem impostas e ditadas, elas assim permitem o estar sob as mesmas sem a possibilidade de questionamento, do cumprimento ou não, da perpetuação ou não; é como se tivessem vida própria e

independente. Ao mesmo tempo traz a idéia, ainda que não elaborada, de que "os remadores somos nós", parece estar querendo dizer: "nós podemos fazer diferente." Aqui pode estar colocada uma brecha para a revisão da intermediação das relações pelas normas, pois concordam em ter normas, como norteadoras, e concomitantemente explicitam a possibilidade de seu não cumprimento e do seu questionamento, havendo possibilidade de que os trabalhadores se voltem para movimentos de revisão e de potência.

Parece que essas falas se referem também ao sentimento de que a gerência não possibilita mudanças e não atende completamente o pedido do grupo; é intermediária entre a SMS-RP e os trabalhadores e oscila no atendimento das expectativas de um e de outro, num malabarismo para manter as normas e cooptar cooperação para o desenvolvimento do trabalho.

"Integrante: "Tem que seguir as normas."

Integrante: "Aceitar não aceito mas tenho que respeitar, eu até fiquei brigando uns tempos comigo mesmo ... não vai fazer falta." (refere-se ao controle do ponto pela gerência e SMS-RP e ao possível desconto salarial se não cumprir a jornada).

Gerente: "Uma coisinha que me passou ... É até bom que me ... acontece ... deixar passar uma coisinha mínima. ... Quando você fala de outros lugares ... eu detesto que me chamem atenção, o que me deixa super para baixo ... se eu sabia e fiz, é a morte." (Crônica, sessão 4 – grupo da tarde).

A gerência parece se justificar no papel de controle com relação a outros gerentes com as quais o grupo a compara, colocando a questão moral do certo e do errado, parece se colocar como exemplo a ser seguido pelo grupo, e ao mesmo tempo parece avisar ao grupo que irá continuar cobrando o cumprimento das normas.

"Gerente: "Os outros não ligam, eu tenho vergonha."

Integrante: "A gente sabe de vários lugares que tem esqueminha, na unidade x, por exemplo, nem olhava o cartão de ponto. Hoje estão olhando ... o gerente pedia: não deixa pegar não, ele jogava a responsabilidade prá gente. Eu sei porque teve casos absurdos..." (Crônica, sessão 4 – grupo da tarde).

Aqui, novamente, revelam acordos de gerentes e trabalhadores de outras Unidades de Saúde, para o não cumprimento da jornada de trabalho. Parece que os trabalhadores sentem-se valorizados quando a responsabilidade lhes é outorgada, ainda que como nesse caso (a responsabilidade pelo não cumprimento da jornada). Uma cumplicidade se estabelece no sentido de que o gerente faça vistas grossas ao cumprimento de horário em troca de que, se outras chefias descobrirem, os trabalhadores isentem a gerência.

É interessante notarmos como esse tipo de negociação, de acordo em vigor, em tese estabelecido em segredo, chega aos trabalhadores de várias unidades, ainda que distantes.

"Gerente: "Eu ... cinco minutos, tem coisas que também não concordo, um que chega cinco minutos depois ... quando não tinha cartão de ponto ... até que o grupo pediu o cartão de ponto."

Assim a gerente conta sobre a instituição do relógio de ponto na Unidade, que parece ter se dado em momento posterior ao de outras UBSs, e que passou a ser reivindicado pelos próprios trabalhadores." (Crônica, sessão 4 – grupo da tarde).

As normas também são formas de intermediar as relações dos trabalhadores: se está normatizado, todos em tese devem cumprir, ainda que não concordem, mas o grupo não precisará se contrapor, por exemplo, a um trabalhador que deveria chegar num horário e chega noutro; a norma faz isso, e o relógio de ponto denuncia. Eles apenas a cumprem, ou melhor, o gerente a faz cumprir. Parece que não há necessidade, portanto, de se estabelecer neste trabalho espaços intercessores entre os trabalhadores e entre estes e a gerência, visto que o uso de tecnologias duras (o relógio de ponto) e leve-duras (as normas) são

consideradas como "*suficientes*" para lidar com esta situação do trabalho na unidade.

"Nesse momento todos falam ao mesmo tempo, e essa discussão parece suscitar muita divergência e mobiliza ansiedades, pois possibilita o trazer à tona um conflito: o do cumprimento ou não da jornada de trabalho.

Enquanto falam da aceitação das normas falam da aceitação de uns pelos outros. A coordenadora pergunta:

coordenador: "A gente tava falando de aceitação, falamos de relógio de ponto, do posto x, dá para falar de aceitação, de aceitação de uns dos outros que estão aqui nessa sala?"

Integrante: "Estamos falando disso também, da aceitação da forma como a gerente trabalha. Outro exemplo, quando eu falei com a fulana, segura a lâmina, hoje ela está colhendo citologia, passou a entender como é o serviço, ela tá até empolgada!"
(Crônica, sessão 4 – grupo da tarde).

Nos dois últimos fragmentos de crônica apresentados, estão presentes também a questão da autonomia dos trabalhadores; tomar decisões, se sentir participante do processo, decidir e assumir responsabilidade pelo fazer vão-se constituindo de uma certa forma em necessidade e reivindicação. Ainda que a participação seja, como já vimos, para o não cumprimento do horário, independentemente de para qual projeto esteja voltado, os trabalhadores se sentem valorizados, incluídos e responsáveis.

Quando ocorre divisão de saber e poder, quando um trabalhador entende o porquê daquilo que está fazendo, como na coleta de citologia citada, temos um aumento de autonomia, "empolgação", e esta parece ser mais uma possibilidade/ limite para o trabalho de equipe. Limite, neste momento, por conta da direcionalidade, e ainda porque dividir poder pode aumentar autonomia de uns e diminuir de outros que nesse momento a detém com maior amplitude.

Para CAMPOS (1997), o aumento da autonomia profissional é uma possibilidade de responsabilização, e esse autor propõe:

“Participação democrática na Gestão e trabalho clínico assentado no vínculo, seriam portanto, modos de, ao mesmo tempo, organizar serviços nos quais houvesse grande autonomia profissional e nos quais cada um soubesse com muita clareza de suas atribuições.” (CAMPOS, 1997, p. 236).

Coloca, assim, uma direcionalidade para o trabalho que seria o vínculo com a clientela e a saída do anonimato. Concordamos com esse autor e assinalamos que a explicitação e o compartilhar de diretrizes claras no trabalho em saúde podem revisar a relação com as normas e regras, posto que democracia e vínculo se constróem em processos com norte, mas sem regras e normatizações cristalizadas.

Não estamos aqui nos contrapondo às regras e normas; questionamos, principalmente, a forma como são elaboradas e implementadas no cotidiano. Na SMS-RP, os ocupantes dos cargos no nível central elaboram as normas e as comunicam aos gerentes que, nas unidades, se colocam como executores, e o processo se reproduz também no nível local.

"A fala da gerente continua na perspectiva de que essas regras e normas são elaboradas externamente a ela:

*Gerente: **“Eu me sinto até muito à vontade ... apesar de não estar de acordo com tudo ... eu fico à vontade porque vem lá de cima para baixo.”***

A relação gerência e nível central parece reproduzir a relação trabalhadores/gerente e se encaminha para a desresponsabilização.” (Crônica, sessão 4 – grupo da tarde).

As normas e regras estão instituídas e cristalizadas. A forma de organização do trabalho na SMS-RP, onde diretrizes e normas provém do nível central, predispõe a situações em que os envolvidos se marginalizam das decisões, do seu trabalho e daquilo que o rege. Fica em nós a inquietação: onde está a

possibilidade do instituinte se a própria gerente acha confortável não se reponsabilizar pela elaboração das normas e, em tese, apenas fazê-las cumprir?

Talvez a possibilidade esteja no fazer emergir nesse grupo de trabalhadores essa discussão, revelando a forma com a qual lidam com as normas e regras.

"Nesse momento a gerente da unidade, se posiciona "defendendo" o nível central.

Gerente: "Houve momentos difíceis que a gente chamou o pessoal de lá e eles ... em alguns casos nós conseguimos mudar da nossa forma, em outros não deu ... Então não é assim, que a secretaria não nos respeita ..

Integrante: "... A gente que se vira? Você defende tanto a Secretaria."

Gerente: "Eu estou defendendo a hierarquia...nós somos ajudantes, nós temos que reclamar..."

Materializa-se assim a polarização nível central e nível local através da contraposição gerente (representante local da SMS) e trabalhadores."

[...]

"Surge uma fala que sintetiza como o grupo percebe a Unidade

Básica, o trabalho que desenvolvem, em relação ao nível central, e as instâncias de poder instituído:

Integrante: "A gente é intermediário."

Se pensarmos no significado da palavra intermediário, constatamos que se refere a algo entre, algo que se interpõe, que se faz de anteparo e que não tem necessariamente ação, não se insere enquanto ativo, produtor." (Crônica, sessão 2 – grupo da tarde).

Se o gerente encarrega-se do controle e das normas, acaba por encarregar-se também de toda a possibilidade de saídas. Nesse sentido, o papel da gerência pode se constituir num instrumento absolutamente necessário e o desafio seria o de ser capaz de ir-se fazendo "desnecessário". Isso poderia se construir à medida que incentivasse a emergência de outros possíveis significados para os conflitos e contradições do trabalho, e para isso teria que exercitar a não-complementaridade nas

relações, rompendo com a expectativa de que ele soluciona os problemas e aponta as saídas.

Concordamos com MISHIMA (1995), quando discute a possibilidade de “*uma nova cara*” para o trabalho de equipe a partir do gerenciamento noutra perspectiva que não a do controle pelo controle.

Também CAMPOS (1992) explicita esta como uma possibilidade

“Dentro desta linha, o gerente seria muito mais uma figura que coordena, que administra o autogoverno, compatibilizando-o às diretrizes do planejamento superior, que negocia com as outras instâncias do Estado, e da sociedade, e que procura legitimar o trabalho da equipe local, do que um administrador à la Fayol. “ (CAMPOS, 1992, p. 211).

A mesma dependência da gerência se reproduz ao coordenador do grupo operativo, que precisa ter a clareza de que, no exercício da coordenação, seu norte é o de não dar suas opiniões ao grupo, não lhes ditar saídas, mas facilitar seus processos de descoberta e de criação.

3.1.2 .O coordenador do Grupo e o Gerente: aproximações e similaridades

Parece que no exercício da atividade gerencial se estabelece entre gerente e trabalhadores, processos não lineares de exclusão, de negação, de dependência e quem sabe também de discriminação e de apreensão desse gerenciar enquanto co-autoria, parceria. E se for assim, faz-se necessário que, no exercício da gerência, se estabeleçam espaços para repensar a própria prática.

Nesse ponto de nossa discussão vamos fazer um paralelo entre o papel do coordenador do grupo e o exercício da gerência.

No exercício da coordenação de grupos e no exercício de gerenciar podemos fazer alguns paralelos. Assim como nos grupos, podemos pensar que com relação ao papel do gerente os trabalhadores passem por fases e mitos²⁷.

Parece que, no cotidiano do serviço de saúde, a gerência não é tomada como ato, num movimento de criar espaços intercessores, de se fazer em atos, nas relações, ela fica personificada, toma a forma de indivíduo somente, encarna saída mas encarna o controle e as normas às quais os trabalhadores apenas (teoricamente) se submetem. Essa personificação sofre, se angustia, se desgasta, mas como vimos vai estabelecendo sutis artifícios para manter o trabalho.

Gerenciar ou coordenar tendo como norte a emancipação e o compartilhar de responsabilidade e poder, é exercitar tornar-se dispensável, sendo que, muitas

²⁷ No transcorrer dos processos grupais ocorre também a tentativa de horizontalização dos integrantes com a coordenação, isso se dá mais em uma dada fase, o coordenador é hostilizado e ignorado, com tentativas do grupo de que esse saia de seu papel, a fim de que fique no papel de integrante.

Trata-se de fundamental importância a supervisão do coordenador para que esse esteja o maior tempo possível ocupando posição assimétrica que permite que o mesmo auxilie ao grupo a pensar e refletir no seu processo de constituição.

No referencial adotado sobre grupos, estamos diante de outro universal vivido pelos grupos, referente às fases e mitos nos grupos operativos. ADANSON (1977) nos apresenta o movimento grupal enquanto processo desenvolvido em fases e mitos que são separados para fins didáticos, mas que não se delimitam de forma estanque.

O primeiro momento dos grupos se caracteriza pelas seguintes premissas: em relação aos integrantes, acontece uma tentativa de “segurar” a diferença, o mito é o do auto-abastecimento, “*eu não sou você*”. Com relação ao coordenador este é percebido enquanto diferente: “*não sois como nós*”, havendo hostilidades e reclamações do mesmo. Quanto ao objeto proposto para a aprendizagem este acaba sendo colocado enquanto quase que um inimigo, é rejeitado e ignorado.

O segundo momento, que é ao que nos referimos anteriormente, estando relatado na crônica, caracteriza-se da seguinte forma: 1- Quanto aos integrantes, ocorre uma indiferenciação: “*eu sou você*”, o mito é o da uniformidade: somos todos iguais, especiais etc. 2 - Quanto ao coordenador, acontece o desejo de que ele seja um dos nossos e pela sua busca permanente de manter-se no papel, ocorre o máximo de sua exclusão. 3 - Quanto ao objeto proposto para aprendizagem: o grupo se “torna” esse objeto. Tudo apresentado enquanto conceito, conteúdo teórico ilustra o próprio grupo.

No terceiro momento do processo grupal, o grupo vive a diferenciação discriminatória: “*Eu não sou você mas sou como você*”, reconhece o outro e a si próprio nas semelhanças e diferenças. Podemos dizer que apreende esse outro de forma mais inteira, e isso permite a empatia.

Com relação ao coordenador pode acontecer uma discriminação no sentido de que: “*o coordenador está conosco*”, pode acontecer uma re-significação desse papel, onde o silêncio é entendido enquanto espera e respeito ao grupo, as intervenções tidas no sentido da facilitação para superação de obstáculos. O objeto de aprendizagem é discriminado, refletido, havendo um interesse mais manifesto por seu conteúdo. Novamente, enfatizamos que essas fases e mitos não ocorrem de forma linear pois não ocorre uma sequência pontual do devir grupal. (ADANSON, 1977, p.24-25).

A terceira fase parece ser a mais ausente no cotidiano do grupo da UBS e talvez quando ela puder ser mais vivenciada possa ocorrer a construção coletiva de um projeto de trabalho de qualificação.

vezes, complementar movimentos de dependência e de exclusão se apresentam como alternativas tentadoras e, no entanto, nem sempre explícitas ou “conscientes”.

A possibilidade da vivência de encontros grupais pode facilitar a revisão da relação gerência/trabalhadores, pois numa certa medida o grupo a reproduz na relação com o coordenador, e esse, ao evitar complementaridade de dar respostas, de ter saídas, pode possibilitar questionamentos, ou seja transformar-se num espaço instituinte do processo de trabalho. A seguir apresentamos fragmentos de crônica capazes de ilustrar a relação com a coordenadora na devolução de uma das crônicas do trabalho grupal:

"Integrante: “Ninguém sabia se era para meter o pau no colega, viajar ou não.”

Integrante: “Não era ansiedade ou expectativa...”

Do ponto de vista do movimento grupal essas falas podem ser lidas enquanto deposição da ansiedade na coordenadora, ansiedade essa causada pelo medo do ataque e da perda.

Ataque que pode ter suas individualidades, conceitos, matrizes, medo da perda da identidade, medo da dissolução dessa identidade no grupo.” (Crônica, sessão 2 – grupo da tarde).

As intervenções do coordenador são ao mesmo tempo desejadas, o grupo solicita: “*nutra-nos*”, mas são também rechaçadas, não servem, não são suficientes.

Numa certa medida, existem similaridades de posição frente aos poderes instituídos, especialmente frente à gerência, no seguinte sentido: “*gerência: resolva, mas tuas resoluções não nos servem*”.

Ainda podemos assinalar a possibilidade da leitura desse momento grupal enquanto reproduzindo a relação que os trabalhadores dessa Unidade de

Saúde têm com sua própria produção, não se reconhecendo como seus autores, não são parte da “Obra”²⁸.

Também revela a posição de submissão e de espera de que as diretrizes emanem de fonte externa.

"A ansiedade presente continua sendo explicitada através de falas e pedidos ao coordenador:

Integrante: “Te conhecendo, eu já estou esperando o que você está aprontando para nós?” (essa integrante se refere explicitamente a encontros em treinamentos com a coordenadora). Podemos também ler essa frase enquanto um pedido para que não os exponha, os proteja e não permita que sofram.” (Crônica, sessão 2 - grupo tarde).

Parece ocorrer um sentimento de completo “estar à mercê”, nesse caso do coordenador, mas possivelmente também do gerente; e isso mobiliza. Esse é também um limite/potência para a revisão da rede de relações, pois provoca insegurança e esta tanto mobiliza para atitudes de revisão como paralisam. Temos uma mobilização que duplamente “medra”, ou seja, medra no sentido de dar medo e medra no sentido da possibilidade do crescimento, da revisão da ampliação.

No cotidiano do trabalho parece que a mobilização tem gerado paralisia, sentimento de estar perdido, sem diretrizes claras; na sessão abaixo do grupo isto tomou o seguinte contorno:

"Explicitam sua dificuldade de estarem nesses encontros grupais sem um direcionamento efetivo, sem o recebimento de informações teóricas ou explicações externas vindas do coordenador, expressam sua raiva, sentimento necessário e importante de ser vivido e elaborado nos grupos.

Integrante: “A dificuldade maior é não ter aqui um plano traçado para lidar com as emoções...”

Integrante: “Eu estou perdida ... Não temos aqui um problema concreto ... uma coisa abstrata, emoção você não visualiza...”

Integrante: “É dificuldade de falar dos defeitos, pode se ter uma qualidade, para mim é defeito, para os outros não: por exemplo

²⁸ Aqui tomada no sentido já trabalhado anteriormente e sustentada na discussão de CAMPOS (1997).

a fulana gritar ... eu posso achar um defeito mas ela pode achar que é uma qualidade expressar as emoções..."

Integrante: "É muito difícil para você se perceber."

A coordenadora pergunta: "Então eu preciso desse outro?"

Integrante: "Sem dúvida!"

Coordenadora: "O que assusta? É a possibilidade do outro perceber essas coisas em nós?"

Integrante: "Sem dúvida!"

Ao se perceber entrando nessa discussão grupo a evita e rechaça a intervenção da coordenadora: emergem falas de lideranças de resistência:

Integrante: "Você está achando que tem receio de falar, aqui o esgotamento da idéia, não é por medo ou por burrice..."

Integrante: "Ninguém quer falar."

Integrante: "Apontar o defeito, cruamente do ponto de vista psicológico não é produtivo...mesmo sem falar, ajudá-lo no sentido de minorar ...ações palavras cuidadosas... pode te chocar...Nesse grupo não cabe esse tipo de conduta...A pessoa faz terapia...É um pouco perigoso...você pode ofender...pode estar querendo...acho que não estamos preparados..."

Refazem mais uma volta na espiral dialética voltando a um novo movimento de pré-tarefa, que parece mesmo estar relacionado com a dificuldade de revisão dos vínculos.

Fazem um movimento de reconhecer o momento da vivência grupal enquanto possibilidade de se conhecerem melhor:

Integrante: "É interessante, nós estamos aqui nos relacionando, quanto mais a gente se conhecer é mais fácil a gente se respeitar."

Contam sobre como lidam com a diferença de gosto musical para ouvirem rádio e trabalharem conjuntamente revezam a estação de rádio.(Crônica, sessão 4 - grupo de manhã).

No fragmento de crônica acima o grupo hostiliza a coordenadora provavelmente por esta tentar trazer para o plano explícito a dificuldade do grupo de lidar com suas diferenças. Nesse momento, parece que o diferente eleito para ser depositário da ansiedade provocada pela discussão é a coordenadora; perceber e expressar que se percebem defeitos e qualidades é numa certa medida se re-ver, se admitir sendo visto.

Quem sabe no imaginário desse grupo de trabalhadores possa se constituir também relação similar com o gerente que no fundo os vê, apesar de não revelar explicitamente o que é por ele visto. Em tese é aquele designado para ver e

vê como, onde e quando, quanto cada um trabalha ou não trabalha e detém formal e legalmente poder para decidir.

Parece que o coordenador (e, talvez, o gerente) passa a ser depositário de um sentimento ambíguo: ora é amado, admirado, invejado; ora é rejeitado, odiado, excluído.

Para PICHON- RIVIÈRE (1982), o papel do coordenador do grupo operativo se relaciona ao pensar e elaborar junto com o grupo:

“Nestas técnicas grupais, a função do coordenador ou “co-pensor” consiste essencialmente em criar, manter e fomentar a comunicação, chegando esta, através de um desenvolvimento progressivo, a tomar a forma de uma espiral, na qual coincidem didática, aprendizagem, comunicação e operatividade.”
(PICHON-RIVIÈRE, 1982, p.92).

Em complemento à questão do papel do coordenador de grupo operativo ADANSON (1977) fala o seguinte:

“El coordinador cumple en el grupo un rol prescripto: o de ayudar a los miembros a pensar, abordando el obstáculo epistemológico configurado por las ansiedades básicas. Opera en el campo de las dificultades de la tarea y la red de comunicaciones. Sus instrumentos es el señalamiento de las situaciones manifestas y la interpretación de la causalidad subyacente.”
(ADANSON, 1977, p.23).

Paralelamente, podemos pensar que o papel da gerência voltado para a responsabilização no trabalho e emancipação dos envolvidos poderia estar permanentemente sendo construído se esse agente buscasse desenvolver a atitude

de co-pensador, de facilitador do processo de aprendizagem e da comunicação em seu grupo de trabalho; certamente que isso implica redimensionamento de poder.

Já demos significado ao que consideramos responsabilização; a respeito da emancipação elegemos DEMO (1996) como suporte teórico:

“Emancipação quer dizer recuperar o espaço próprio que os outros usurparam, já que poder não é bem abundante disponível, mas apropriado no contexto do conflito social. Trata-se pois de um trajeto problemático, no qual estratégia política é essencial, traduzida na competência de organização da cidadania individual e sobretudo coletiva. Como decorrência, só pode ser conquista, nunca doação ou imposição. Não há como alguém emancipar alguém, se esse alguém não assumir o comando do processo. Emancipar é emancipar-Se. Muitas vezes usa-se o termo libertação para indicar esse fenômeno, acentuando-se que liberdade é criação de quem concebe e pratica. Não se pode fazer alguém livre propriamente, se esse alguém não se libertar de si mesmo. Emancipação não é atitude isolada, porque nada em sociedade é espontâneo estritamente. Precisa ser motivada, mas não pode ser conduzida.”(DEMO, 1996, p.80).

Dessa perspectiva gerente e coordenador podem ser motivadores de emancipações, inclusive da própria.

Uma importante questão que permeou nossa coordenação dos grupos foi a da possibilidade de realizar uma maior maternagem²⁹, desenvolvendo atitudes mais acolhedoras.

Esse é um dos limites do papel da coordenação em processo de desenvolvimento (processo esse infinito), que necessita constantemente de ajustes, supervisão, revisão, e o repensar na equação: como coordenar se afastando da

²⁹ Denominamos maternagem o processo de acolhimento realizado pelo coordenador do grupo, na perspectiva de apoiar, de nutrir, de acolher na dor e dificuldade.

tentação de ser essencial, de dar respostas, de manter dependência, sem ir parar no outro extremo? Como realizar intervenções que nunca são neutras, estão carregadas de processos transferenciais e precisam ser não-diretivas e estimulantes da criatividade, mas não podem ser demasiadamente abstratas e indiretas?

Pensamos que esse é mesmo um exercício em constante construção e (re)construção. Concluindo, podemos pensar também na gerência voltada para a direção acima citada, ou seja, enquanto um processo inacabado, e capaz de ir-se fazendo “desnecessária”, constituindo-se em uma força instituinte capaz de provocar transversalidades no trabalho em saúde.

Até esse ponto de nossa discussão enfocamos mais diretamente os pares contraditórios e complementares: gerência/trabalhadores e gerência nível/central. Vejamos agora mais explicitamente o par trabalhadores/trabalhadores articulados à questão do poder.

1.1.3. A relação trabalhadores/trabalhadores: a expressão de micropoderes e os códigos de convivência

As palavras trabalhadores estão no plural por estarmos aqui considerando que ainda que essa relação, aparentemente, se faça entre dois, estão presentes muitos outros do pretérito e do hoje. Quando nos referimos aos trabalhadores da enfermagem e médicos, por exemplo, estamos também nos referindo aos que foram sendo internalizados através da vivência, da história, da cultura, do devir da saúde no tempo e nos contextos, personagens que se imbricam nessa trama de dois ou mais presentes, mas de tantos outros ausentes e igualmente presentes.

É inevitável nessa discussão voltarmos à questão do auto-governo, pois as relações de poder são afetadas e questionadas com o exercício de auto-governo, e esse parece também se encaminhar principalmente para a questão do atender *versus* não atender.

Também precisamos olhar para a autonomia profissional que cada um dos trabalhadores foi e está, histórica, cultural e socialmente, adquirindo.

Para PIERANTONI & MACHADO (1993), o trabalho médico detém a direcionalidade do trabalho de equipe em saúde. O saber médico vem-se definindo histórica e socialmente como saber hegemônico, e com a integração à equipe bipolar (médicos e atendentes) de outras categorias, é de se esperar que se estabeleçam outras lutas e disputas de espaço e poder, atualmente com predomínio da classe médica.

Ainda para essas autoras, a busca de espaço das profissões faz com que a formação profissional das diversas categorias se focalizem em ações técnicas e em seu corpo de conhecimentos próprios e específicos tornando o trabalho de equipe *“numa retórica”*.

Esta discussão também presente em CAMPOS (1997), que quando comenta a autonomia do médico diz o seguinte:

“No cotidiano, grande parcela de trabalhadores, particularmente os com maior poder de barganha, como, em geral, é o caso dos médicos, consegue burlar normas e trabalhar de acordo com sua própria consciência. Infelizmente, na prática, esses coeficientes preservados de autonomia têm sido mais utilizados para a defesa de interesses corporativos do que para inventar projetos terapêuticos eficazes. (CAMPOS, 1997, p 232.).

Com a organização do trabalho voltada, principalmente, para a viabilização da consulta médica e odontológica, se evidenciam relações sub-grupadas entre os trabalhadores; exemplificando, temos alguns sub-grupos: médico G.O e auxiliar de enfermagem escalado para essa área, Pediatra e auxiliar de enfermagem, Clínico e auxiliar de enfermagem, dentista e auxiliar odontológico, e etc. Aí se criam e se recriam disputas de micropoderes e de controle, e também vão-se estabelecendo apreensões internas ou vínculos mais ou menos atualizados conforme o cotidiano desse trabalho.

Os demais trabalhadores, tais como os da limpeza, recepção, farmácia, vigias, aparentemente não se subordinam uns aos outros, e se relacionam mais estreitamente conforme a área de atuação; por exemplo, as serventes entre si, os que trabalham na recepção, a auxiliar de farmácia e a enfermagem, etc.

A forma de organização do trabalho “*molda*” a rede de relações entre os trabalhadores, aproximando uns e afastando outros, e configurando a malha vincular e de micropoderes. Por exemplo, a parceria para o controle do trabalho é maior do gerente para com as enfermeiras que para com os dentistas. Estamos nos referindo à possibilidade de troca de idéias sobre respostas a processos administrativos, organização de escala, recepção de usuários, controle de materiais, rotinas, etc.

“Na recepção do posto esteve formada uma grande fila de pessoas para serem atendidas, alguns usuários aguardavam para marcar consulta médica no posto, retorno ou caso novo, outros aguardavam para agendar consulta nas especialidades em outro serviço.

Trabalhavam naquele espaço a enfermeira e a gerente atendendo diretamente ao público e digitando no sistema Hygia, mais ao fundo uma auxiliar de enfermagem (a que esse mês esteve na G.O) guarda os exames laboratoriais nas pastas dos respectivos usuários, e outra auxiliar de enfermagem dita códigos de atendimento para enfermeira.

Em determinado momento a gerente diz:

“Fulana (diz o nome da profissional), nem acredito que acabamos aquela fila”. (Observação).

*“Na recepção a gerente a solicita a enfermeira: **“Você precisa me ajudar a responder aquele 156”** (refere-se à responder num processo interno a uma reclamação do serviço através do número específico de telefone que é o 156).”* (Observação).

Como vimos anteriormente, se um dos trabalhadores assume a posição de controlar, organizar e se responsabilizar pelo trabalho, os demais assumem, em tese, a posição de serem controlados; aparentemente temos *a priori* dois pólos homogêneos: o gerente e os trabalhadores. Mas isso não se conforma bem assim, por isso utilizamos o termo “em tese”, pois entre os trabalhadores temos diferentes graus de autonomia, poder, hierarquia e exercício de auto-governo, que se definem e se conformam num plano explícito e implícito.

Por exemplo, as trabalhadoras da enfermagem têm um espaço de micropoder com relação à possibilidade ou não do atendimento, que se estabelece no acúmulo de experiência que a função lhes permite. Mesmo não podendo legalmente e não tendo conhecimento para fazer avaliações diagnósticas, têm uma expectativa sobre a conduta do trabalhador médico, no sentido de que deva ou não pedir exames, deva ou não encaminhar, deva medicar com esse ou aquele medicamento, faça essa ou aquela orientação.

O profissional médico também tem uma expectativa sobre o agir e fazer da enfermagem, controla sua ação e seus procedimentos. Parece esperar proteção contra a clientela, anteparo quanto ao excesso de atendimento, espera competência técnica e pouca solicitação.

*“Ocorrem muitas falas juntas e o clima é de ansiedade.
Falam da unificação ocorrida após a implantação da gerência uma vez que antes seguiam o comando das enfermeiras; pela manhã havia um estilo e a tarde outro.
Integrante: **“A gente tinha dois pontos, depois da Gerente, passou a ser coerente.”***

A coordenadora assinala para o grupo o quanto a discussão está centrada na relação com a gerência.

Frente à possibilidade de conversarem entre os pares de poder aparentemente iguais, o grupo sai da discussão e vai falar do rodízio de escala.

Integrante: “Com a mudança de escala todo mês a gente conversa mais.”

Falam também do aspecto dificultador da mudança nas escalas, pois quando se engrena no trabalho é hora de mudar.

Falam dos preconceitos que possuem quanto ao outro e apontam a convivência numa escala de trabalho rodiziada de tempos em tempos como possibilidade de rever posições frente ao outro:

Integrante: “No rodízio de escala tem que ter contato com todo mundo.” (Crônica, sessão 4 - grupo da tarde).

A própria organização do trabalho requer do trabalhador uma adaptação para desenvolvê-lo, requer relação, e os envolvidos vão encontrando formas de se relacionarem. Essas relações vão-se atravessando, se emaranhando com os “conteúdos” dos micropoderes, da organização do trabalho, da interação, da subjetividade e da instituição. Todos esses em permanente processo de modificar/modificando/modificante uns dos outros, uns para com os outros.

O trabalho em saúde se dá através da inter-relação dos trabalhadores dinamicamente em vários eixos: no sub-grupo, no conjunto da unidade, com a gerência e com a clientela.

“Falam da expectativa do trabalho a ser realizado e aproveitam o espaço para dizerem o porque de algumas normas colocadas para o pessoal auxiliar; por exemplo, o G.O evita realizar o exame na ausência da auxiliar para se proteger.

Concluem que o vínculo é muito importante para a realização do trabalho em saúde.

Integrante: “Eu não atendo ninguém sozinho, eu preciso de alguém comigo.”

Essa fala nos remete a pensar na necessidade de proteção que o trabalhador sente frente à clientela e ao mesmo tempo na constatação de que precisam uns dos outros, ainda que tão-somente para se defenderem dessa ameaça constante que é a clientela.

Num nível implícito parecem falar de seu sentimento de desnudamento frente ao grupo, na medida que admitem se precisarem. Falam de situações embaraçosas de “ser pego na intimidade e ficar constrangido”, parece ser isto o que ocorre, uma

constatação de que tem expectativa de construção de outro jeito de trabalhar, de outros vínculos, e precisam do outro para desenvolver o trabalho esteja este como estiver, pois que este trabalho se trata também da colocação das suas próprias energias, saberes e fazeres.

Integrante: “A gente tem mania de dono da verdade...fomos treinados para não errar.”

Esse fragmento de fala é continuidade da fala anterior e parece conter duplamente um questionamento da própria onipotência, e também confirmação dessa.

Também pode ser lida enquanto pedido de aceitação, e de reparação. (Crônica, sessão 4 - grupo da tarde).

Como as trabalhadoras da enfermagem ficam na unidade oito horas por dia, podem conviver diariamente com pelo menos dois profissionais médicos de formação, personalidade e objetivos distintos; conseguem ir descobrindo formas de chegar, formas de pedir que o usuário seja ou não atendido. Também os médicos acabam por escolher esse ou aquele trabalhador, que complementa melhor as expectativas, para trabalharem juntos. Cedem aos pedidos da enfermagem, constróem cumplicidades e se esse arranjo se desfaz, podem ocorrer atritos.

Fica em nós ainda uma inquietação quanto à atuação das enfermeiras que, pelo seu trabalho, muitas vezes se interpõem a esses acordos à medida em que exercem poder de determinar para as trabalhadoras da enfermagem esta ou aquela escala e, fazendo isso, interfere nessas relações. Isso pode ser motivo também de disputas, confrontos e conflitos. Nossos dados não nos permitem análises mais aprofundadas nesse sentido, mas ficamos pensando que as trabalhadoras da enfermagem se utilizam de seus auto-governos para se permitir essa ou aquela escala e que talvez essa dificuldade faça com que construam a norma: *“todos devem rodiziar em todas as escalas, de tempos em tempos.”*

Na Unidade de Saúde vão-se estabelecendo núcleos ainda menores de micropoderes e de exercício de auto-governo. O trabalhador médico e o trabalhador

da enfermagem, de uma área específica, vão desenvolvendo seus fazeres através de controle duplo, através de complementos, através de suas interações.

Nesses menores núcleos podem ir se estabelecendo espaços intercessores a partir da análise sistemática dos acordos e desacordos, da comunicação, da troca de informações, da atualização vincular; enfim, da micro-distribuição de poder.

No período de observação aconteceu a seguinte situação:

"Na sala de pré e pós consulta da pediatria a auxiliar de enfermagem vai atendendo as mães com suas crianças, escuta a queixa e, conforme essa, toma uma decisão que pode ser a de procurar encaixar (faz isso conforme a agenda do médico nesse dia em relação ao número de usuários que compareceram ao agendamento), solicita que agende na recepção uma consulta posterior, ou vá para a Unidade Distrital para ser atendida no pronto-atendimento.

*A Auxiliar faz o seguinte comentário: **"Com uns a gente brinca (refere-se ao profissional médico), com outros a gente vai levando, às vezes fala, fala, fala na cabeça dele ele fica confuso e atende"**. (Observação).*

De uma certa forma, estabelecem-se relações entre os trabalhadores num campo não muito claro e pautadas, principalmente, pela necessidade ou não do atendimento ao usuário. Como não se conversa a respeito disso diretamente, como não se estabelece uma explicitação do que pode e deve ser atendido, cada trabalhador conforme seu entendimento briga por acesso ou não acesso do usuário x ou y.

Vejamos um trecho de crônica que continua ilustrando a relação trabalhador/trabalhador, mais especificamente entre médico/enfermagem:

*"Conversam sobre a expectativa que possuem uns com relação ao trabalho dos outros: ex: que o médico respeite "não atendendo" quando a enfermagem avalia um caso como não sendo uma urgência, ou ainda quando o paciente exagera ou mente algum sintoma, que este paciente seja encaminhado para o agendamento. Médico: **"Eu acho que o trabalho deveria ser em equipe. O médico teria que falar não vou atender...aí o paciente bate na porta e o médico atende, é um desrespeito com o funcionário."***

Trabalhadora de enf.1: “E geralmente não é urgência, é pedido de atestado.”

Trabalhadora da enf.2: ...“A gente quando vai dispensar...vai lá bate na porta e fala: é isso, isso e isso...E quando fala uma coisa e não fala outras... quando é um papel do INPS, não é urgência... então eles entram e falam para o DR e ele diz: AH! Pega lá, é só preencher um papel..., o Dr X não sabe falar não para o paciente.”

Coordenadora: “E o Dr Y (se refere ao médico presente) sabe?

Imediatamente o próprio profissional fala, não possibilitando aberturas para escutar a percepção de seu trabalho pela enfermagem e demais trabalhadores. Podemos perceber aqui a não suficiência dos vínculos capazes de permitirem ouvir e dizer uns sobre os outros, também a vivência do grupo operativo ainda não permite aprofundamento e atualização vincular.

São trazidos à tona acordos nem sempre expressos e explícitos, mas certamente norteadores do processo de trabalho.” (Crônica sessão 1, grupo da manhã).

Mesmo não se conversando abertamente sobre o que pode e deve ser atendido, vamos tendo nas relações entre os trabalhadores o estabelecimento do acordo de que se um disser não ao atendimento, que os outros ratifiquem.

Continuando essa discussão o grupo vai chamar essa “*mesma linguagem*” de trabalho de equipe. Esse parece ser compreendido enquanto trabalho de cooperação para a manutenção e reprodução das relações presentes nesse trabalho, dos poderes, possibilidades de união para se defenderem das normas, do controle, dos usuários, da visibilidade, do compromisso.

A matriz do trabalho de equipe aparece enquanto sendo a forma de trabalho harmoniosa e de única linguagem. KREUTZ (1993) pesquisando o trabalho de equipe em enfermagem a partir do referencial metodológico da fenomenologia, considera que o trabalho da enfermagem é desenvolvido dentro do modelo funcionalista e que a percepção do trabalho de equipe se dá a partir deste modelo. Parece que esta concepção da equipe a partir da soma harmônica das partes também está presente nesse grupo de trabalhadores.

ALMEIDA & ROCHA (1986) contextualizam a introdução do trabalho em equipe em enfermagem analisando estudos da enfermagem sobre trabalho de equipe, sendo o estudo de LAMBERTSEN (1966)³⁰ um clássico nesse sentido. Na década de 40, principalmente no pós-guerra, o trabalho por tarefas sofre críticas e passa a ser defendido o trabalho de equipe na enfermagem. Contam que os hospitais sofriam com a falta de pessoal de enfermagem, sendo esta uma das necessidades para se propor o trabalho em equipe.

Estes autores atribuem uma forte influência da Escola de Relações Humanas de Elton Mayo sobre o trabalho de equipe em enfermagem, destacando a satisfação no trabalho para a maximização dos resultados.

Rever a matriz sobre o trabalho de equipe se faz necessário, apresentando possibilidades para revisão da rede de relações.

PEDUZZI (1998), discute o trabalho de equipe em saúde fazendo uma importante diferenciação entre “*equipe agrupamento*” e “*equipe Interação*”.

“*Equipe agrupamento*” é aquela em que não acontece articulação efetiva das ações e interação dos componentes da equipe, enquanto na equipe interação essa articulação ocorre. Através desses conceitos, podemos falar de uma “*equipe agrupamento*” presente na Unidade estudada, e isso é uma possibilidade/limite, pois se há agrupamento há também potência para “*interação*”. O limite talvez esteja no desconhecimento da situação de “*equipe agrupamento*” pelos seus integrantes, na

³⁰ Essa autora diz o seguinte sobre o trabalho de equipe: “*Chamamos de Espírito de Equipe o desejo de unir forças com os demais, no trabalho por um objetivo comum. Por trabalho de Equipe designamos a atividade sincronizada e coordenada sem atritos que caracteriza um grupo estreitamente ligado. Está baseado sobre: 1) espírito de equipe de todos os membros, 2) um pequeno grupo 3) cada qual em condição de dar uma contribuição prática para alcançar o objetivo comum, 4) freqüente e completa intercomunicação em conversa direta para planejar e avaliar as atividades do grupo e 5) prática contínua para se suplementarem uns aos outros como membros da equipe.*” LAMBERTSEN (1966, p 19).

imobilidade que esse agrupamento pode estar vivenciando devido à inconsistência de direcionalidade refletida e compartilhada, e também vínculos.

Atender ou não atender têm direta relação com o entendimento da finalidade do trabalho e do entendimento vigente sobre saúde. Voltando ao fragmento da crônica, a procura do preenchimento de um formulário que interfere no ganho salarial para o usuário não é considerado motivo para ultrapassagem da norma: agendar a consulta (e na observação vimos que esta pode ser agendada para até depois de dois meses) assim não é considerado como fator interveniente no processo saúde/doença.

MATUMOTO (1998) aponta que há uma relação direta entre o que o trabalhador toma enquanto objeto de sua intervenção (enquanto problema de saúde a ser atendido) e a forma de relação que estabelece com a clientela:

“É importante ressaltar que os trabalhadores priorizam os problemas a serem trabalhados, segundo um conjunto de saberes que determinam uma dada organização dos serviços de saúde, na prática quotidiana. [...]”

O motivo de procura e as necessidades apreendidas pelo trabalhador permitem uma aproximação à disponibilidade deste em relacionar-se com o usuário.” (MATUMOTO, 1998, p.99 e 103).

Na percepção dos trabalhadores, segundo essa autora, a respeito dos motivos de procura dos usuários à Unidade, temos:

- ✓ os que realmente necessitam de assistência e orientação: os doentes, os que tem uma queixa aguda, os que precisam curar e tratar doenças;

- ✓ os que vêm desnecessariamente à Unidade, ou seja: não foram atendidos em outros postos e chegaram para ser atendidos ali, ou tem queixas não importantes;
- ✓ os carentes que precisam de assistência social;
- ✓ os que vêm pelo vínculo constituído, para obter atenção, desabafar, conversar.

Através das discussões grupais, evidenciamos que acontece na Unidade a criação permanente de um pacto sobre quando o usuário deve ser atendido, e isso se relaciona a urgências, da mesma forma evidenciada por MATUMOTO (1998). Na ginecologia/obstetrícia, sangramento é um sintoma importante para mulheres grávidas ou a amenorréia, na pediatria a febre, na odontologia a dor, na clínica médica a dor e a pressão arterial em níveis descontrolados.

Para ambos (enfermagem e médicos) esse acordo implícito tem ganhos. Para a enfermagem, que passa a decidir sobre quem pode ou não esperar e faz isso com base na concepção, compartilhada por todos, de que urgências não podem esperar e outras questões, como atestado ou tratamento de verminose, por exemplo, podem. Já para o profissional médico que acumula histórica e socialmente poder, este o preserva e amplia, à medida que não arca com o ônus de dizer **não** à clientela. Esta mesma configuração de proteção e cumplicidade é adotada também dentro do serviço odontológico:

A seguir outro trecho que ilustra a relação médico e enfermagem:

"Coordenador: "Quando a gente não conhece, a primeira reação é rejeitar e a medida que vai conhecendo, vai aceitando melhor...Dá para trazer isso aqui para o grupo?"

Integrante: "Perfeitamente...Eu sei que me chamam de chato..."

Nesse momento, parece que o grupo vai podendo falar sobre sua mútua representação interna, e vai também exercitando checar como é apreendido por esse outro.

No caso em que o integrante pensa ser percebido como chato, parece que o grupo confirma sua percepção à medida que não a nega, e essa é uma possibilidade de se inserir de outra forma nesse grupo e de mostrar-se além da característica de chato, de colocar-se em situação, desfixar-se do papel.

*Integrante: “**Eu acho que ele tá certo. Ele é exigente. Eu estou de acordo com ele.**”*

*Integrante: “**Houve um diálogo, né?**”*

Referem-se a presença da auxiliar no consultório no momento do exame físico, situação essa que parece ter gerado atritos e que foi solucionada a partir do diálogo e do entendimento da razão da presença durante o exame; essa razão se relaciona (pela discussão anterior no encontro passado) a proteção legal do trabalhador.

*Integrante: “**O relacionamento interpessoal melhora muito, O trabalho melhora e vice-versa.**” (Crônica, sessão 4 - grupo da tarde).*

Os trabalhadores atribuem entrelaçamentos daquilo que denominam de relacionamento interpessoal com o trabalho, estabelecendo certa interdependência. As relações parecem ser compreendidas no âmbito da pessoalidade, da individualidade, do pessoal. Entendemos serem também relações interpessoais intervenientes no trabalho, mas nos parece que essa rede de relações escapa do pessoal apenas, extravasam e se enveredam para além do individual. Determinam esse interpessoal e são determinadas por ele também, mas precisam ser dinamizadas e compreendidas para além desse aspecto.

Com tantas composições distintas de pessoalidades, de personalidades, poderíamos tentar compor um grupo ideal para trabalhar em uma dada unidade e no entanto isso não asseguraria um trabalho em que os envolvidos se sentissem autores, um trabalho voltado para valorização da vida. O imaginário institucional parece atribuir demasiada importância à esfera pessoal, criando-se a expectativa de que em se trocando as pessoas teremos outra forma de trabalhar e essa parece ser a saída

encontrada para situações dilemáticas: transfere-se o trabalhador-problema, contrata-se um outro para ocupar seu lugar.

Quanto ao movimento grupal, conforme a crônica aponta, nesse momento já estava sendo possível (de forma incipiente) lidar com a mútua representação interna e isso pode permitir a atualização de vínculos, possibilitando a criação de espaços intercessores.

No cotidiano do trabalho, entre as trabalhadoras da enfermagem, também ocorre um subgrupamento permeado por disputas pelos locais preferidos de trabalho, pelo reconhecimento da gerência, da enfermeira, dos médicos e pelo poder sobre o controle do tipo da clientela a ser ou não atendida.

“Duas trabalhadoras da enfermagem encontram-se na sala de vacina e conversam sobre a pessoa que trabalhava no dia anterior, falam que quando a escala muda, muda o jeito de trabalho, falam de onde devem ser deixados os papéis e que estes não estavam na segunda gaveta” (Observação).

Esse tipo de comentário, ainda que evidencie as diferentes formas de trabalho, também pode estar revelando a criação de um jeito ideal de realizar as tarefas, valorizando uns em detrimento de outros e possibilitando acessos a outra escala de trabalho.

Os trabalhadores parecem ir criando códigos de conduta que permitem aceitação, inclusão, afiliação ou não dos novos trabalhadores e de certa forma *“padronizam”* condutas e códigos de comunicação:

"Uma integrante (a que recentemente veio trabalhar nessa unidade) se refere a cada um dos integrantes dizendo sobre o que aprendeu: liderança, calma, determinação, compromisso, cozinhar, saber transmitir o que pensa etc.

Dentista: “Com a fulana aprendi liderança, com a “Z” aprendi determinação, compromisso, com “X” aprendi cozinhar, com “Y” a ser gente, com “W” que é sincero, aberto, calmo, sabe transmitir o que pensa...” (Crônica, sessão 4 – grupo da tarde).

Esse é um momento do processo grupal que exigiu do grupo coragem, pois checa a mútua representação interna de cada integrante para uma delas. A apreensão do limite daquilo que o outro traz que incomoda não é tocado, não é permitido, faz de conta que nem existe.

Para realizar essa ação a integrante teve que se expor e expõe-se inclusive para alguns que conhece muito pouco, pois demonstra no nível não verbal esse desconhecimento (por exemplo: demorando-se mais para se referir a alguns, referindo-se a ações como cozinhar para uma, para outros referindo-se a características).

Esse tipo de ousadia espontânea contém um arriscar importante, arrisca-se a falar para o outro sobre como o percebe na mesma medida que arrisca-se também a ouvir, a constatar que vínculos estão diferentes em intensidade e proximidade e não podem ser padronizados.

Este movimento exemplifica o permanente interjogo grupo x sujeito e a tendência de se voltar a individualização frente a ameaças, frente a situações que expõem.

“O grupo não prossegue verbalizando sobre cada um e uma integrante retoma sua percepção de si mesma.

Auxiliar odontológica: “Quando eu entrei aqui eu era tímida, agora já brinco falo besteiras. Por isso eu ficava na minha toca.” (Crônica, sessão 4 – grupo da tarde).

Talvez esteja aqui implícito um código de conduta: ao entrar no grupo não se isole, fale besteiras, etc.

Interessante que essa verbalização vem da auxiliar odontológica, logo após a fala da dentista, recém-chegada nesse grupo e que explicitou como percebe cada um, e que tem em sua verticalidade um jeito tímido; podemos pensar que estava sendo passado um recado, uma norma, uma condição para aceitação no grupo.

No nível explícito essa fala traz a adaptação necessária dos trabalhadores para o desenvolvimento do trabalho, sendo assim um modificador da conduta das pessoas. Se a rede de relações determina e é determinada pelo processo de trabalho e pela interação, outras formas de vinculação com o trabalho, de uns com os outros, com a clientela e com a finalidade desse trabalho também podem ser possíveis.

3.1.4. As relações usuários e trabalhadores - um embate permanente

Como vimos, a rede de relações constituída e cotidianamente em movimento na unidade de saúde é permanentemente cruzada pela relação que estabelecem com os usuários, mediada pela forma como estes trabalhadores compreendem/tomam o problema apresentado pelo usuário. Vejamos como se processa e se constitui o par contraditório e complementar trabalhador/usuário e sua relação com poder.

Através da análise dos registros da observação e do grupo operativo, vamos percebendo que se explicita um certo pacto entre os trabalhadores que os coloca em contraposição à clientela, subordinando suas relações permeio a mecanismos de hierarquização, disciplinarização e controle através de normas voltadas principalmente para o atender e/ou não atender.

Para ilustrar como os trabalhadores se referem à clientela, passemos a trechos de crônicas:

*“Integrante: **“A população não capta aquilo que queremos.”***

*Integrante: **“Muita cobrança e pouca ajuda.”***

*Integrante: **“A gente tem sempre que se adequar ao que eles querem.”***

Assim o grupo discute suas dificuldades que ora se relacionam aos usuários, ora à chefia do nível central da SMS-RP.

Emerge o sentimento de impotência e a ansiedade que marca o início do processo grupal e é transferida para fora (para os usuários e SMS-RP) em forma de verbalizações, de falas não complementares, indiferentes ao ato de serem ou não escutadas. O grupo nesse momento está em movimento de pré-tarefa.

Falam da ausência de um canal capaz de ouvi-los, uma vez que os usuários se utilizam do 156 para reclamar e ainda da insatisfação por desconhecerem as respostas produzidas pelas chefias para os usuários reclamantes.

Falam da possibilidade de serem agredidos pela população e da necessidade de proteção. Contam episódios ocorridos nesse posto e em outros da rede.” (Crônica, sessão 1.- grupo da manhã).

Nas sessões grupais, em muitos momentos de pré-tarefa, quando o grupo se via diante da possibilidade da mudança e da revisão de seus vínculos e matrizes, este fazia um movimento de falar dos usuários.

Nos momentos de defesa e de pré-tarefa, o grupo deposita nos usuários suas ansiedades e motivos de frustrações, e parece que a clientela ao mesmo tempo se constitui naquilo que os une e os desune. Podemos tomar essa situação como sendo uma *“técnica defensiva”*, em que ocorre um processo transferencial e assim se estabelece a necessidade de revisão tanto na rede de relações entre os trabalhadores como nas suas percepções sobre os usuários e relações com os mesmos.

PICHON-RIVÈRE (1982) discute os três momentos de pré-tarefa, tarefa e projeto enquanto articulados e interdependentes.

“Esses momentos apresentam-se em uma sucessão evolutiva, e sua aparição em interjogo constante podem situar-se diante de cada situação ou tarefa que envolva modificações no sujeito.” [....]

Na pré-tarefa situam-se técnicas defensivas, que estruturam o que se denomina resistência à mudança, e que são mobilizadas pelo incremento das ansiedades de perda e ataque. Estas técnicas são empregadas com a finalidade de postergar a elaboração de medos-básicos; por sua vez, estes últimos, ao se intensificarem, operam como obstáculo epistemológico na leitura da realidade. Ou seja, estabelece-se uma distância entre o real e o fantasiado, que é sustentada por aqueles medos básicos.” (PICHON-RIVIÉRE, 1982, p.19).

Nesse sentido, podemos pensar que o conjunto de trabalhadores da Unidade vêm vivenciando mais agudamente os movimentos de pré-tarefa.

Os movimentos de pré-tarefa são importantes e necessários para que se operem movimentos de tarefa. A tarefa grupal consiste no motivo pelo qual um conjunto de pessoas se reúne e se articula, para desenvolver a tarefa a que se propõe, adjudicando e assumindo papéis, estabelecendo vínculos.

No caso da Unidade de Saúde poderíamos nos perguntar por que os trabalhadores estão ali cotidianamente? A resposta mais imediata seria a de que estão lá para atender a clientela e, nesse momento, nem vamos tratar do atender em que, como, quando e para que, mas de qualquer maneira o atendimento ao usuário poderia ser considerada a tarefa explícita do grupo de trabalhadores da Unidade de Saúde.

Se dissermos que os trabalhadores da Unidade de Saúde encontram-se mais agudamente em movimento de pré-tarefa, estamos dizendo que não estão cumprindo a tarefa, ou seja, não estão atendendo aos usuários? Não, mas fazem

essa ação enquanto processo alienado, externo a eles e incapaz de modificar aos envolvidos, se estabelece um anteparo ao cumprimento da tarefa, um “como se”.

“Podemos estipular que o “como se” aparece através de condutas parcializadas, dissociadas, semi-condutas. [...] O problema da impostura nos é apresentado nessas semi-condutas da pré-tarefa.[...]”

O sujeito é uma caricatura de si próprio, seu “negativo”. Falta-lhe a revelação de si mesmo, sua denominação como homem. A situação se lhe apresenta com sabor de estranheza, e é essa estranheza que o desespera; para superá-la recorre a comportamentos estranhos a ele como sujeito porém coerentes com ele enquanto homem alienado.

Entrega-se a uma série de “tarefas” que lhe permitem “passar o tempo” (mecanismo de postergação, através do qual se oculta a impossibilidade de suportar frustrações de início e término de tarefas, causando, paradoxalmente, uma constante frustração).” (PICHON-RIVIÈRE, 1982, p. 20).

Tanto no cotidiano como nas sessões grupais, quando acontece o avolumar de ansiedades, muitas vezes causada pela possibilidade de exposição, pelo medo do ataque e da perda, os trabalhadores vão rapidamente falar da clientela. Essa estratégia implícita de se lidar com as dificuldades projetando-as para o externo, para a população, tem como vimos relação com os processos transferenciais e os estamos considerando como PICHON-RIVIÈRE (1982):

“A transferência consiste, então, em uma “conduta réplica”, uma “analogia emocional”, em um “como se”. Em outros termos, a transferência é um processo de adjudcação de papéis inscritos no mundo interno de cada sujeito. Os indícios das diferentes adjudcações devem ser decodificados, e a interpretação consiste nessa decodificação: ou

seja, a transformação do implícito, do inconsciente, em consciente.

A transferência deve ser entendida como a manifestação de sentimentos inconscientes que apontam para a reprodução estereotipada de situações, característica da adaptação passiva. Essa reprodução está a serviço da resistência à mudança, da evitação de um reconhecimento doloroso, do controle das ansiedades básicas (medo da perda e do ataque)” (PICHON-RIVIÈRE, 1982, p. 162, 163).

CAMPOS (1997, p. 244) revisa o conceito de transferência, e a toma como ***“o modo como um sujeito significa e representa - sempre se utilizando, em alguma medida do recurso de deslocamento - o outro com o qual se relaciona.”*** E vai nos apontando a necessidade de que o analista-gerente procure desvendar a forma como os trabalhadores representam a clientela; para esse autor essa é uma possibilidade de revisão importante para se alcançar a qualidade nos serviços de saúde. Concordamos com ele e explicitamos a necessidade de que os trabalhadores se apercebam dessa representação que fazem uns dos outros e da clientela.

Processos transferenciais e relações de poder vão se articular na perspectiva de que apreendendo a clientela enquanto objeto ou incapaz, os trabalhadores vão procurar subordiná-la, discipliná-la, evitando inclusive que venham se unir ou se aglutinar:

“O grupo vai elaborando formas de lidar com a população, tais como a de cobrar pelo atendimento, a de evitar que se aglutinem:

Integrante: “Deveria ter uma cota para cada paciente, no convênio tem, devia ter duas consultas, depois deveria pagar.”

Falam também do retorno positivo de alguns usuários que agradecem trazendo presentes, o que é de certa forma “um problema” pois o usuário pode pedir algo em troca confundindo os trabalhadores com amigos.

Integrante: “O povo é assim mesmo não tem solução.”

Integrante: “A gente ganha presente.”

Integrante: “Mas não dá para levantar o astral da gente.”
(Crônica, sessão 1 - grupo da manhã).

Os espaços públicos de atendimento são privatizados em detrimento de interesses dos trabalhadores e estaria a clientela tentando comprar esses espaços novamente, oferecendo presentes e tentando agradar?

A clientela parece utilizar-se do mesmo artifício que os trabalhadores utilizam entre si para estabelecer cumplicidades; ocorre também como já vimos, entre os trabalhadores, “sedução” ou pelo elogio, ou pela troca de favores, e alguns clientes procuram também fazer isso.

A questão do pagamento pelo serviço de saúde está relacionada com a concepção de direito e parece estar ainda longe do usuário e do trabalhador.

Ao mesmo tempo que reclamam da clientela que busca o serviço “*sem precisar*”, ficam com a dúvida e o receio de poderem se enganar e prejudicar a vida desse cliente. Essa pode estar sendo uma forma de defesa dos trabalhadores para com a clientela no sentido de poderem sofrer sanções caso haja omissão ou negligência, mas pode também ser a busca de outras respostas mais conscientes para com o atendimento.

“Discutem a possibilidade de se enganarem numa possível urgência tratando-a como mentira ou exagero do usuário e esta situação parece gerar temor:

Integrante: “Aquele caso da meningite...”

Uma das integrantes retoma a discussão de como os pacientes são atendidos havendo o apontamento de aspectos positivos nessa abordagem: (Crônica sessão 1 - grupo da manhã).

O olhar, o tomar contato com a dor e sofrimento do usuário a ser atendido, abre brechas para pensar e fazer outro tipo de trabalho.

Durante o período de observação presenciamos a seguinte cena:

“São 13:30h temos nove pessoas aguardando o atendimento no hall de espera, a enfermeira da Unidade encontra-se de pé na porta do consultório médico com um prontuário na mão, apresenta uma expressão tensa e ao me notar comenta que está preocupada com um usuário que é seguido no posto, está em crise hipertensiva e não toma a medicação. Parece estar questionando a qualidade do serviço e comenta as inúmeras prés e pós-consultas, que este usuário já deve ter passado.” (Observação).

Esse tipo de questionamento pode ser brecha para a revisão da forma de trabalho e de finalidades para o mesmo, pode ser limite também na medida que paralisa e desanima os trabalhadores.

Podemos dizer que se evidenciam traços manifestos de compreensão da contradição existente entre atender e não atender, atender quando, por que e para que. Traços esses importantes de serem apropriados pelos trabalhadores para reaproximação da tarefa, para o “*avançar*” na pré-tarefa.

A rede vincular e as ansiedades básicas mobilizam defesas que nesse aqui/agora do grupo ainda o impedem de operar em tarefa; no trecho de crônica abaixo isso se explicita.

“Uma das integrantes retoma a discussão de como os pacientes são atendidos havendo o apontamento de aspectos positivos nessa abordagem.

*Integrante: “**Elas falam, falam mas eu sei que elas se preocupam quando o paciente passa mal...**”*

Parece que no momento de falarem dos afetos e da preocupação com os pacientes, ameaçam seu acordo implícito de união, de anestesia, de trabalho em direção ao não-trabalho.

Falam de afetos positivos para com uma das integrantes e ocorre um novo emergente: relatam uma situação de roubo de tickets ocorrida com uma das integrantes.” (Crônica sessão 2 - grupo da manhã).

Parece que a possibilidade de se preocuparem com a clientela os torna “*fracos*”, “*perdedores*”. Se por um lado reconhecer o usuário como parceiro e não

opponente é reconhecer que se preocupam com os mesmos e implica repartir poder e hegemonia, por outro, cria a "Obra", faz operar espaços intercessores.

Como dissemos, vamos evidenciando a contradição de que os trabalhadores têm por tarefa atender a clientela mas se "defendem" do contato com essa. A ideologia da "população burra", "dependente e incapaz" precisa ser questionada.

Para PICHON-RIVIÈRE (1982), nos grupos vão sendo compartilhadas, de forma mais ou menos explícita, determinadas ideologias, e precisamos estar atentos às formas como estas estão sendo enunciadas, sendo importante a análise, pelo grupo, de suas contradições.

“Em todo grupo emergem ideologias que determinam o surgimento de confrontos entre sub-grupos. De acordo com Schilder, chamamos de ideologias os sistemas de idéias e conotações que os homens dispõem para orientar sua ação. São pensamentos mais ou menos conscientes, com grande carga emocional, que não obstante são considerados por seus portadores como resultado do raciocínio. Sua análise constitui um dos passos da tarefa grupal. Isto nos conduz à análise semântica ou à análise de sua formulação, e à análise sistêmica que aborda a estrutura interna da ideologia e de sua ambigüidade, que se manifesta em forma de contradição. É por isso que a análise sistemática das contradições - expressa através de seus indivíduos e sub-grupos que tendem a levar a tarefa grupal a uma estéril situação dilemática, a qual funciona como defesa diante da situação de mudança - constitui uma das tarefas fundamentais do grupo operativo e de toda a investigação social.” (PICHON-RIVIÈRE, 1982, p. 127).

O grupo vai compartilhando a posição de que os usuários procuram a Unidade quando não precisam, que não são capazes de decidir sobre suas vidas. Não estão "educados"/"informados".

"Conversam sobre a demanda e atribuem a chegada dos usuários de forma agressiva devido a já saberem de antemão que terão uma consulta médica somente a daqui 2 meses e propõem maior rigidez para educação dessa população.

Integrante: "Se o usuário chegasse educado...ele sabe que vai conseguir uma consulta daqui a dois meses...Se a gente se colocasse no lugar dele...ela vai falar assim: Mas como?...Esta pessoa já vem para cá sabendo que vai ser agredida pelo próprio sistema...A gente tá no bolo e tem que fazer a coisa funcionar da melhor forma possível...A pessoa briga com todo mundo...O sistema tá sendo utilizado de forma errada...ele tem que ser rígido para educar a população...para fazer pronto atendimento...detonou o sistema, ou se faz um sistema de emergência ou os agendados viram emergência...entra gente no sistema por outros meios que não deveriam entrar, esse é o erro do sistema" (se refere ao tele-agendamento em que por telefone uma central pode agendar a consulta, para se livrar desse controle externo as agendas são preenchidas de forma a não terem aberturas, conforme constatado no período de observação).

Falam da mudança de perfil da clientela que antes dispunha de convênio de saúde privado (a maioria por trabalhar em empresas que oferecem este tipo de atenção como parte dos benefícios), e que com a perda do convênio, quer pela perda do emprego, quer por impossibilidade de pagar, vem para agora para a Unidade Básica.

Integrante: "Eu vi o programa Fala Prefeito, a reclamação da usuária era a consulta ginecológica demorar três meses, e ele explicou o que a gente explica: os usuários são outros, diferentes que a gente costumava ter...pessoas que tinham convênio, vieram para o SUS e não estamos preparados...ponderando sobre essa realidade infelizmente tem que conviver...como passar por isso sem se destruir e sem destruir a equipe?"

Vão discutir a seguir um dos motivadores do stress como sendo as muitas orientações dadas aos usuários e o não entendimento dos mesmos. Falam sobre a possibilidade de estarem se utilizando da estratégia inadequada e propõem enquanto uma possibilidade o "mudar o jeito de falar", ou a utilização do pedir para que o usuário repita a informação dada." (Crônica, sessão 2 - grupo da tarde).

Aparece aqui a matriz do grupo quanto a ensinar e aprender e essa relação se dá de um pólo, que contém a informação, para outro que não a contém. O aprendizado se resume a assimilar e gravar a informação que nessa hora pode ser memorizada pelo temor do técnico que, imediatamente, cobra a retenção da informação, caracterizando uma relação de subordinação, de poder entre equipe e usuário. Também emerge o questionamento do quanto estão ou não se utilizando de abordagens adequadas e esse tipo de indagação, se for esmiuçada pelo grupo, pode tornar-se brecha para a revisão de suas relações com a clientela.

A matriz do ensinar e aprender pode ser revisada tomando por norte o conceito de aprendizagem como sendo um processo que requer uma adaptação crítica e ativa à realidade. A noção de aprendizagem é definida por PICHON-RIVIÈRE enquanto:

***“Está sustentada em uma didática que a caracteriza como apropriação instrumental da realidade, para modificá-la. [..]
Entendemos por adaptação ativa, aprendizagem do real, a relação dialética mutuamente modificante e enriquecedora entre sujeito e meio. Aprender é realizar uma leitura da realidade, leitura coerente, e não aceitação acrítica de normas e valores. Ao contrário, buscamos uma leitura que implique capacidade de avaliação e criatividade (transformação do real).” (PICHON-RIVIÈRE, 1982, p.176 e 177).***

Dessa perspectiva, trabalhadores e usuários em relação de aprendizagem poderiam modificar e rever cotidianamente suas formas de levar a vida, numa relação de enriquecimento para ambos. Essa concepção de aprendizagem requer revisão na rede de poder, pois necessita de exercícios de horizontalização para que possa ocorrer.

"Discutem casos em que o usuário realmente se confundiu, e da possibilidade de não entendimento, por parte desses, de algumas orientações.

Vão falando da forma como vêm procurando lidar com pacientes, inclusive se utilizando de preces.

*Integrante: **"Lógico que a gente reza, imagine se a gente não rezasse..."*** (Crônica, sessão 1 – grupo da tarde)

"Trazem enquanto dificultador a falta de educação dos pacientes, o ambiente de trabalho sem conforto e os desacordos entre os colegas.

O grupo começa a discutir genericamente a imagem que a população faz deles e que nessa imagem não consideram suas necessidades:

*Integrante: **"Hoje a Dra X já tinha atendido 6 pacientes, foi tomar um café, a paciente reclamou, ela não aceitou"***. (Crônica, sessão 3 – grupo da tarde).

A educação da população parece ter por eixo principal o maior controle pelo serviços de saúde e trabalhadores sobre a vida e a forma de andarem suas existências; parece que o objetivo passa a ser submeter a população para que ela se utilize do serviço segundo a disciplina que os trabalhadores colocarem.

No entanto, temos aqui uma outra contradição: ao mesmo tempo em que ocorre essa tentativa de submeter a população, esta de certa forma exerce um *"controle"* sobre o trabalhador e a forma de organização do trabalho, fazendo um movimento de resistência.

Esse movimento de resistência por parte da clientela é possibilidade e limite para um rearranjo desse trabalho e da rede de relações entre trabalhadores e também entre estes e clientela. Possibilidade porque transparece não-passividade, e limite porque é realizada na perspectiva da contraposição e no âmbito individual. Não ocorre uma articulação dos usuários voltada para melhor atendimento em consonância com os trabalhadores, que em tese teriam o mesmo objetivo, continuamos com uns contra os outros.

Durante a fase exploratória da pesquisa, presenciamos a população, ao seu modo, exercendo controle sobre o trabalhador e também as tentativas destes de se livrarem desse controle.

“Os usuários reclamam da demora e do atendimento, falando uns com os outros para que os trabalhadores, especialmente os de nível médio e elementar, escutem. Estes ficam numa posição de defesa e ameaçam colocar o trabalhador de mais poder para escutar essas “reclamações”, principalmente o profissional médico, o qual a população teme que se vingue não mais consultando”. (Observação).

Essa relação acaba permeada por um faz de conta: *“faz de conta que não controlamos, que não percebemos as pausas, faz de conta que somos submissos”*, e os técnicos fazem de conta que não são vistos e controlados, fazem de conta que estão acima do usuário. Temos um outro *“como se”*, movimento de resistência e de transferência que precisa ser trazido à tona, apropriado e discutido.

O controle da clientela, as respostas não desejadas, por exemplo, da modificação de hábito ou do acatar de orientações, parece fazer com que os trabalhadores se sintam não compreendidos, não ouvidos, e realizando um trabalho em vão. Sentem-se doando o próprio sangue, a própria vida para um outro que em tese não lhes corresponde:

*“Aham que dão o próprio sangue nesse atendimento à clientela.
Coordenador: **“E o que vocês oferecem para a clientela?”**
Integrante: **“O sangue.”** (Crônica, sessão 1 – grupo da manhã).*

Ainda interferindo na rede de relações, ocorrem tentativas de facilitar acesso, por parte de alguns trabalhadores, favorecendo um usuário que, na visão compartilhada por outros trabalhadores *“não merece”*, e isso gera ainda maiores descontentamentos.

Por exemplo, durante um dos encontros grupais, a gerente refere ter ido com seu carro procurar usuárias nas imediações da Unidade. Elas haviam sido dispensadas por causa do atraso de um profissional que se esquecera de vir trabalhar. O grupo foi também elaborando como viveu essa dificuldade e as estratégias de contorno encontradas para a situação. Falaram da preocupação em “*acostumar mal a clientela*” com o ato de ir buscar o usuário solicitando que retornasse.

Integrante: “Depois pede para a moça ruiva ir buscar.”

Integrante: “Não é a primeira vez que a gerente faz esse tipo de coisa.”

Essa fala vem mais no sentido da não aprovação da conduta da gerente que parece muito facilitadora para a população que, temem, poderá reivindicar esse tipo de atitude.

Novamente está presente o atravessamento que a clientela faz na rede de relações dos trabalhadores.

Integrante: “Mas tem gente folgada, um dia encaminhou para a faculdade, dei os passes para a fulana...ela estava no parquinho, com as crianças...” (Crônica, sessão 4 – grupo da tarde).

A clientela encontra formas de sensibilizar os trabalhadores para seus problemas, especialmente os financeiros, e estes acabam por assumir individualmente ações paternalistas, que reforçam a dependência e ainda dão ao trabalhador o direito do controle sobre o uso do que ofereceu.

Continuam falando sobre a clientela e nesse momento ocorrem falas paralelas, parece que a ansiedade se avoluma e ensaiam conversar sobre um desentendimento por telefone com profissional enfermeira da Unidade distrital.

Integrante: “Mas não são só os pacientes que fazem isso.”

Integrante: “Aquele telefonema..”

Integrante: “A gente tem medo de ser agredido pela população.”

Integrante: “O não respeito ao próximo é uma agressão...”

O atravessamento da rede de relações pelos usuários se faz num constante movimento pois o motivo de conversas de entendimentos e de não entendimentos, de acordos explícitos e implícitos se faz em função do atender e do não atender. Do quem será ou não será

atendido, do como será atendido." (Crônica, sessão 4 – grupo da tarde).

Existe a criação coletiva de uma clientela homogênea, incapaz, aproveitadora, falsa, burra, e inconveniente, com a qual se estabelece um permanente duelo: *"Se usuário é vilão, é preciso nos unir para enfrentá-lo"*.

MISHIMA (1995) comentando a percepção dos gerentes no que se refere a equipe e clientela, diz o seguinte:

"A relação entre equipe e população é, na percepção dos gerentes, uma relação tensa, carregada de pré-conceitos de ambas as partes. De um lado a equipe de saúde tem dificuldade de lidar com a demanda crescente e com a pressão que essa exerce para ter contemplado seu direito de atendimento, e de outro, a clientela que vê no trabalhador da Unidade o 'inimigo' cruel, preguiçoso, descompromissado, que tem o 'poder' de impedi-la de chegar ao médico"(MISHIMA, 1995, p. 214).

Talvez essa seja uma das possibilidades e limites da realização do trabalho de equipe ou da vinculação entre trabalhadores: a união contra ameaça externa. Possibilidade porque existe um motivo para a união, limite pois a união vai se dar em função justamente do motivo de existência da unidade, da tarefa: atender usuários.

O grande desafio implícito no cotidiano parece ser o de se defender e de se livrar da população, a mesma que em tese seria o objetivo da Unidade. Criam uma imagem da clientela capaz de unir e justificar os trabalhadores em seu trabalho, sedimenta aquilo que parece estar rompendo, suas relações com e no trabalho: *"trabalhamos assim porque a clientela é assim"*. Essa imagem toma o lugar

do projeto coletivo de trabalho que poderia unificar e permitir a elaboração de estratégias de convivência mais saudáveis, voltadas para inclusão e não exclusão.

O limite/potência para a viabilização de uma reconfiguração da rede de relações, e para a construção do trabalho de equipe em saúde, seria também o questionar dessa percepção da clientela, a descristalização da percepção em bloco.

Essa forma de entender e atender a clientela vai conformando as estratégias de relação da clientela com os trabalhadores e vice-versa; parece se perpetuar a desconfiança, e a não-aceitação de uns para com os outros.

Parece que estamos na contramão da viabilização de um atendimento em saúde universal, equânime, de qualidade e com responsabilização. Ao mesmo tempo, os microespaços “entendidos” e re-significados podem se fazer via, caminho possível de reconstrução de serviços de saúde.

3.1.5. À guisa de conclusões parciais – algumas articulações entre poder equipe de saúde – e grupos

No desenvolvimento deste estudo, a equipe de saúde apresenta processos grupais similares aos conceitualmente trabalhados pela teoria pichoniana de grupos, e como vimos, parece estar, de forma mais cotidiana, em movimento de pré-tarefa.

Nos grupos, nas relações entre pessoas, se estabelecem, se articulam, criam e recriam, malhas de micropoderes. A análise dessa malha de poder é relevante quando buscamos possibilidades e limites da viabilização do trabalho de equipe e da rede de relações. Nelas estão presentes processos obstrutivos e também de desobstrutividade.

OSÓRIO (1997) discute os processos obstrutivos nos grupos e instituições e coloca a disputa por poder como um dos obstrutores. Salientamos que esse autor adota o arcabouço da psicanálise para compreender e pensar os grupos e as instituições. Esse autor diz o seguinte:

“O Homem também se agrupa para instrumentalizar seu domínio e poder sobre os iguais, mesmo quando este domínio não está vinculado a questões de sobrevivência ou preservação da espécie. E quando isso ocorre nos defrontamos com os mecanismos obstrutivos nos sistemas sociais, grupos e instituições. Os sistemas sociais, as instituições e os grupos em geral são sempre - a par de seus objetivos específicos - instrumentos de busca e manutenção de Poder (assim mesmo, maiúsculo, para enfatizar sua magnitude e inadjetivado para caracterizar sua abrangência). Essa aspiração ou desejo de Poder está ligado às origens da condição humana e é substrato dinâmico para as vicissitudes dos indivíduos na sua vida de relação.” (OSÓRIO, 1997, p.70).

Dialeticamente vamos considerando que se o poder e os micropoderes são obstrutores dos processos grupais, podem ser desobstrutores em concordância com PELBART (1993):

“[...] Foucault insistiu em que poder é produtivo, isto é, ele cria, incita, instiga, embora nós continuemos a vê-lo exclusivamente, como aquele que coíbe, impede, castra [...] (p.38) [...] Os estudos de Michel Foucault mostraram de sobra que o poder é capilar, que ele não só incide como também em parte é engendrado na mais minúscula dimensão. Mas por outro lado, a história mostra que também grandes revoluções às vezes começam em pequenos laboratórios, na cabeça e na prática de alguns poucos desvairados, na mais microscópica das

agitações. Penso que esse é um dos nossos mais caros alentos” (PELBART, 1993, p. 27).

Vamos considerar os grupos de trabalhadores da Unidade de Saúde como produtores e produtos de uma rede capilar de poder, que obstrui e pode fazer fluir a revisão e re-arranjo da rede de relações entre os mesmos. Nosso alento enquanto trabalhadores que estamos ao mesmo tempo imersos e emergentes nos serviços de saúde.

No nosso caleidoscópio vimos desenhos mutantes e incontáveis a partir do atravessador e potencial transversalizador - **poder**. Já é tempo de olharmos os contornos da rede de relações a partir do atravessador **instituição**.

3.2. Atravessador Instituição - o trabalho em saúde e o movimento das marés

Do conjunto de imagens, móveis e mutantes, observadas e refletidas no interior de nosso caleidoscópio, vamos agora apresentando algumas dessas imagens a partir da incidência do atravessador ***Instituição***³¹ na rede de relações na unidade estudada.

As instituições vão tecendo um “*pano de fundo*” do qual as figuras que emergem são subjetividades/individualidades em relação.

Vamos olhar para a rede de relações dos trabalhadores considerando que as instituições ao mesmo tempo contribuem para os possíveis contornos dessa rede e as “*sustentam*”, fazem como no quadro o fundo possível para que se configurem.

Aqui, vamos trazer alguns aspectos da forma como o trabalho está se dando na Unidade de Saúde estudada: a organização do trabalho, a planta física, as tecnologias utilizadas (instituídas e instituintes), para onde este trabalho parece estar se encaminhando (finalidade/Obra), os movimentos de vida e de morte presentes e a articulação desses aspectos à rede de relações.

3.2.1. Algumas características do estabelecimento estudado - os espaços autorizados, os espaços de interstícios, as portas e comportas

A Unidade de Saúde estudada é um *estabelecimento* da *organização SMS-RP*, que se articula de forma mais explícita com a *Instituição Saúde*. Como vimos, as instituições são normas e regras compartilhadas implícita e explicitamente, que estão presentes no pensar e fazer dos trabalhadores. A instituição saúde vem histórica e socialmente se constituindo como espaço de

³¹ Algumas conceituações sobre Instituições estão contidas no capítulo 1.

“tratamento” e alívio da dor e sofrimento, em que pessoas cuidam de pessoas. Vida e morte em interjogo habitam as organizações de saúde.

As instituições se interpenetram, então temos também presentes as instituições do trabalho, ensino, linguagem e justiça, entre outras.

Nosso estabelecimento está situado num bairro periférico da cidade, os processos e as relações que estudamos ocorrem num prédio de alvenaria construído há cerca de 12 anos.

Sua planta física não é exclusiva, pois a SMS-RP detém outros prédios construídos na mesma disposição, e que guardam diferenças na forma de funcionamento, tendo ao longo de sua história sofrido adaptações. Tanto as adaptações efetuadas como a disposição da planta física e do mobiliário podem já nos revelar alguns dos contornos presentes e articulados às Instituições saúde e trabalho.

Pensar a planta física desse estabelecimento pode revelar os instituídos e instituintes, pode revelar as finalidades que vão se conformando e conformam a rede de relações aí presentes.

Para LAPASSADE (1983) o sistema institucional existe também na disposição material dos lugares: ***“Todo sistema institucional já existe, entre nós, aqui e agora, Ele existe na disposição material dos lugares e dos instrumentos de trabalho; nos horários, nos programas, nos sistemas de autoridade.”*** (LAPASSADE, 1983, p.15).

A disposição das salas, a decoração, os cartazes que preenchem as paredes, e que aparentemente são detalhes ao acaso, constroem um significado, revelam concepções presentes nesse espaço-tempo-finalidade. Vamos tendo na

Unidade de Saúde espaços autorizados e não autorizados, eles demarcam poder, expressam subjetividades e revelam acordos implícitos e explícitos presentes na rede de relações.

*“A Unidade de Saúde possui vários cartazes no hall de espera onde os clientes aguardam, alguns são impressos de laboratórios, outros são do Ministério da Saúde, e falam sobre doenças. Outros são produzidos pela Unidade e expressam pedidos aos clientes tais como: pedido para que os carrinhos de bebês, trazidos pelas mães, não fiquem no corredor (parece que são percebidos como atrapalhando a circulação de pessoas). Um outro cartaz se inicia com os dizeres: **“Você sabia?”** e diz sobre a preferência de idosos nos atendimento dos agendados no horário. Chama também atenção a existência de uma faixa de pano de cerca de seis metros com os seguintes dizeres: **“Comissão Local de Saúde, você sabe o que é? Venha representar o seu bairro - Procure a UBS X”**. Essa faixa parece estar colocada há bastante tempo, pois apresenta-se com pó, sinais de desgaste, está um pouco tombada, como se tivesse saído do local onde foi afixada.”* (Observação).

Estas comunicações escritas explicitam uma certa normatização para os usuários, revelando incômodo pela aglutinação de carrinhos de bebê próximos à sala da pediatria ou da imunização; pode também ser lido como delimitação de espaço que apesar de “*permitido*” o é com regras e restrições como que lembrando a quem esse espaço de fato pertence. Esses carrinhos são para as usuárias propriedade de valor para a locomoção de crianças ao posto, e a alternativa para a colocação dos carrinhos noutro espaço, em que não atrapalhem mas onde estejam de alguma forma protegidos de furtos, parece não ser alvo da preocupação dos trabalhadores.

Não estamos aqui desconsiderando as dificuldades que podem decorrer se várias mães trouxerem seus carrinhos ao atual espaço destinado à espera de usuários, já que provavelmente aconteceria a impossibilidade de deslocamento dos trabalhadores e usuários. Assinalamos que isso pode revelar que, desde a elaboração da planta física, houve destinação de espaço restrito para os usuários,

revelando talvez uma certa concepção ou “*vontade*” de que a permanência do usuário deva ser breve, e que a demanda fosse algo imutável e sem crescimento.

Por outro lado, nos escritos, parece ser motivo de preocupação a explicação da prioridade aos idosos, talvez para evitar que outros usuários reclamem ou para informar e atender o idoso de forma mais humana; ou, quem sabe, as duas coisas.

A formação e funcionamento da Comissão Local de Saúde também parece ser uma preocupação de tempos atrás (ou passada). Parece haver um descrédito sobre esse possível fórum de participação popular. Durante o período de observação, nos propusemos a participar da reunião mensal, mas a mesma não ocorreu devido à ausência dos usuários, e aconteceu uma “*brincadeira*” por parte de uma trabalhadora: “*essa comissão é só a gerente.*” (Observação), que pode ser denunciadora de que trata-se de uma atividade normatizada e imposta verticalmente, não apresentando um conteúdo que traduza os princípios do SUS.

Voltando a olhar para a planta física, vemos uma estrutura de cimento com salas, destinadas a atendimentos específicos, que se abrem todas para um hall onde clientes aguardam.

“A Unidade possui duas portas de entrada e saída possíveis, uma que se dá pelo estacionamento dos carros, atravessa a copa (espaço destinado ao café dos trabalhadores) e que é utilizada somente pelos trabalhadores. Outra é a porta de entrada e saída para os usuários.”(Observação).

Planta física da Unidade de Saúde

Uma vez que se entra na Unidade, tanto trabalhadores como usuários têm o mesmo “destino”, a sala da recepção. Trabalhadores para lá se dirigem para registrar seus cartões de ponto e os usuários para pegar prontuários, solicitar informações, solicitar consultas, etc. Os trabalhadores adentram esse espaço, os usuários são limitados por um balcão, por uma janela, por uma mesa e um computador, que os separa e os une (ao mesmo tempo) ao trabalhador que “recepção”.

Parece que essa delimitação cria espaços específicos para os trabalhadores e para os usuários. Vai-se constituindo, se manifestando a necessidade de uma distância inclusive física, compartilhada pelos trabalhadores, em relação aos usuários, e esses, em contrapartida, se submetem.

Revela-se uma equação que inquieta os trabalhadores: até onde se envolver, aproximar, pode haver “contágio”? “Contágio” de dor, de doença, perda de controle e poder ?

Nos grupos realizados, essa discussão do evitar o contato com a clientela tomou a forma da restrição ao acesso, de cobrança pelo atendimento e da dificuldade de lidar com o usuário que nas suas apreensões é feio e mal-educado.

“Vão novamente se deparando com a dificuldade de discutir o trabalho:

*Integrante: “**Serviço não é coisa boa.**”*

A seguir o grupo inicia um movimento de buscar soluções, de propor alternativas para as questões de aparência do posto, conversam sobre a necessidade de manutenção, de pintura e de reformas.

*Integrante: “**Nós gostaríamos de mudar.**”*

*Integrante: “**Mudar a aparência do posto...pintar...**”*

*Gerente: “**Vai mudar...**”*

*Integrante: “**Quando?**”*

*Gerente: “**No máximo 15 dias...**”*

*Integrante: “**Cansa trabalhar em um lugar feio, atende gente feia.**”*

*Integrante: “**A resolução seria simples ...**”(propõe a cobrança de um real de cada usuário e que esse dinheiro seja aplicado na reforma do posto). Referem-se a mudanças nos aspectos físicos e*

externos, mas podem também estar falando da necessidade de mudanças na forma de se trabalhar e em suas relações.

Conversam sobre propostas de arrecadação de fundos para isso através do pagamento de R\$ 1,00 pelos usuários a cada novo registro. Propõem articulação dessa proposta com a Comissão Local de Saúde e Associação de Moradores.

Falam de propostas parecidas apresentadas por vereadores e pela própria Comissão Local de Saúde:

*Integrante: “**Na Comissão Local já até falaram... mas fica na conversa.**”*

Nesse momento da discussão parece que o grupo solicita providências da gerente e essa busca dar respostas quanto ao que já procurou fazer.

O grupo prossegue falando sobre possibilidades de plantio conjunto, e fica aqui a questão: O que o grupo estaria nesse momento cultivando? Aparentemente se deparam com o risco produzido por mudanças uma vez que por mais difícil que seja essa forma de trabalho a mesma já lhes é familiar. Saem desse campo de discussão e vão discutir o trabalho com suas dificuldades, inclusive a de lidarem com pessoas:

*Integrante: “**Lidar com pessoas é a coisa mais difícil de tudo.**”*

*Integrante: “**Os pacientes sugam muito e não dão nada em troca.**” (Crônica, sessão 1- grupo da tarde).*

Para ENRIQUEZ (1991) as instituições são compostas por assimetrias, posições assimétricas entre seus constituidores. Nelas, de alguma forma existe a possibilidade da mudança nessas posições; exemplificando, cita a escola com professores e alunos sendo que estes podem passar para a posição de professores com o transcorrer dos anos; já nos estabelecimentos de tratamento essa mudança de posição não está prevista: usuários não se tornam terapeutas (pelo uso reiterado dos serviços).

Esse autor parece se referir ao saber técnico reconhecido formalmente, e se pensarmos na possibilidade de que o usuário se torne um profissional de saúde habilitado pelo sistema formal, ele pode ter razão. No entanto, ao considerarmos a existência do saber informal e do aprendizado possível na relação trabalhador e usuário, este pode vir a ser seu próprio cuidador e agente de sua saúde e de sua

família, também o trabalhador se modifica, aprende, troca experiência e atualiza conhecimentos.

Essa característica da instituição saúde, aparentemente hegemônica, de que entre usuário e trabalhador não há possibilidade de mudança de posição, pode contribuir para que a assimetria seja permanentemente cultivada e quase nunca questionada ou notada, tornando-se natural.

A defesa dos trabalhadores e seu afastamento da clientela podem ser ao mesmo tempo tanto aliviador de sofrimento como provocador e ocultador desse sofrer. Para KAËS (1991) as instituições são causadoras de sofrimento psíquico de seus integrantes e esse sofrimento reside também nas contradições, nos pactos.

“Nós sofremos pelo fato institucional em si mesmo, inevitavelmente: devido a contratos, pactos, comunidade e acordos inconscientes ou não, que nos unem reciprocamente numa relação assimétrica, desigual, na qual a violência necessariamente é exercida, na qual se experimenta necessariamente a distância entre a exigência (a restrição pulsional, o sacrifício dos interesses do Eu, os entraves para o pensar) e os benefícios esperados.” (KAËS, 1991, p. 32).

Esse autor propõe o deixar vir à tona desse sofrer e suas causas para que se confronte e se modifique, essa é a possibilidade que também compartilhamos:

“É por isso que é importante deixar falar e ouvir o sofrimento e o mal, seja qual for sua procedência e a sua razão de ser: a condição primordial é permitir que aflore - pela palavra e pelo jogo. Então é possível confrontá-la com as formações míticas e rituais de que as instituições se

dotam necessariamente para se defender do sofrimento e para representar a causa e o tratamento desse sofrimento, ou mesmo para evitar de ter essa representação. Trata-se de criar um dispositivo de trabalho e de jogo que restabeleça, numa área transicional comum, a coexistência das conjunções e injunções, da continuidade e das rupturas, dos ajustamentos reguladores e das irrupções criadoras, de um espaço suficientemente subjetivizado e relativamente operatório.”
(KAËS, 1991, p.39).

Na saúde coletiva, alguns autores como MERHY (1994, 1997a,b), CAMPOS (1992, 1994, 1997) trazem também como alternativa e possibilidade o trabalhar com estas questões, com os ruídos presentes e com as contradições³².

O limite talvez esteja na percepção da assimetria como já dada, enquanto “*natural*” e ainda na redistribuição de poder necessária entre trabalhadores e entre trabalhadores e usuários.

Nesse sentido, os fóruns criados para participação comunitária (a Comissão Local, por exemplo) podem ter a tendência de reproduzir a assimetria, podem se tornar palco de embate entre trabalhadores e usuários que ao se perceberem reclamando em um espaço-tempo-finalidade que não os inclui, como autores, se afastam.

Dessa forma, a Comissão Local de Saúde vai-se fazendo um espaço permitido de participação, mas não autorizado de transformações, pois parece fazer continuidade a espaços formais cuja finalidade implícita pode estar sendo manter o *status* das situações existentes na unidade de saúde.

³² Esta discussão já foi apresentada no início deste capítulo no tema Atravessamento pela rede de relações pelo poder – a relação com o poder formal/informal.

Na conformação material e concreta do espaço da Unidade estudada, a recepção vai-se fazendo ponto de chegada e partida da trajetória de encontros e desencontros entre trabalhadores e entre trabalhadores e clientela. Sede do controle, é lá que fica o telefone de ligação com o nível central da SMS-RP (instrumento que põe a unidade em contato com o mundo); ali também fica a interligação do sistema informatizado de prontuários – Hygia – que conecta a unidade com as outras, é lá que a gerência permanece a maior parte do tempo, é onde estão armazenadas em papéis as histórias das doenças dos usuários.

MORAES (1998), estudando a questão da informação em saúde, levanta como uma das hipóteses de sua tese o seguinte:

“A hipótese, que orienta toda a linha argumentativa da investigação, centra-se no entendimento de que as informações em saúde, nos moldes como se expressam até os dias atuais, vêm se consolidando como instrumentos estratégicos imersos nesse processo, ao amplificar e atualizar, paulatinamente, o “olhar médico” sobre o corpo do paciente para o “olhar dos aparelhos do Estado” sobre os corpos das populações, constituindo-se em espaços de disputas de relações de poder e produção de saber.” (MORAES, 1998, p.2).

Para essa autora, a informação em saúde materializa o controle sobre os corpos, e não deve ser ao acaso que grande parte do espaço da recepção é ocupado pelos prontuários dos usuários, um envelope numerado obrigatório para todos os clientes.

Um arquivo de histórias empobrecidas que não permitem que haja uma vinculação do profissional que atende e muito menos da equipe que fica sem dados necessários e articulados sobre o que acontece com a vida do cliente nesse seu nascer, crescer, adoecer e morrer. Aparentemente, essas histórias quase nunca são analisadas, mas elas materializam momentos de vida, de doença, de necessidade e de procura ao serviço; são registros de queixas, de exames laboratoriais, de condutas para com as queixas, dos fragmentos de atendimento da enfermagem, do médico, do dentista, sobre os quais é comum a reclamação de que não são lidos; pensamos: *então, para que se anota?*

No processo de trabalho parcelar e fragmentado, em tese, o prontuário e as anotações estariam a serviço da integração, da articulação, mas se consolida como burocracia, um conjunto de escritos sem muito sentido para a assistência, a não ser nos momentos em que se precisa de defesa dos trabalhadores frente a uma queixa ou investigação sobre o atendimento.

Os prontuários se fazem “corpos concretos e fragmentados” – o sangue, o pulmão, a queixa, sem nenhuma outra caracterização que permita maior aproximação com a clientela.

São “pedaços” dos usuários nos serviços e estão lá como uma memória presente, de momentos passados. Está de uma certa forma acordado, instituído na saúde que a doença tem uma história, que esta deveria ser considerada. Parece que quando os dados e as referências sobre o usuário, suas queixas, vão para o papel, protegem e apaziguam o trabalhador ao mesmo tempo que se apartam do seu protagonista; acontece a perda do usuário, da dimensão cuidadora, do vínculo, e da responsabilização.

MISHIMA *et al.* (1998), discutindo a dimensão cuidadora do trabalho em saúde e mais especificamente da enfermagem, dizem o seguinte:

“Nesta direção, MERHY (1997, p.9) afirma que “a enfermagem em termos assistenciais tem demonstrado toda sua vocação em torno do cuidado do doente e não da doença [...]” É importante pensar que esta “vocação” parece perde-se quando o trabalho da enfermagem se reduz às lógicas médico centradas, principalmente quando pensamos na prática de enfermagem na rede básica de serviços de saúde.” (MISHIMA *et al.*, 1998, p.9).

Os registros e formas de arquivar as histórias dos usuários revelam a perda dessa dimensão cuidadora pelo conjunto de trabalhadores, e a retomada do cuidar do homem acometido, e não da doença, se faz necessária inclusive para a redefinição da tarefa, da finalidade e para construções de projetos de trabalho.

A informação contida nos prontuários manifesta a relação de poder entre trabalhadores e usuários, Estado e população. Para MORAES (1998, p.13), ***“trata-se de uma rede de poder posta em movimento pelos aparelhos e instituições, que ganha materialidade, dentre outros dispositivos, através das bases de dados sobre as condições de vida dos homens.”***

Os prontuários afloram, explicitam relações atravessadas pelo poder e por espaços autorizados e não autorizados. Eles fazem parte do conjunto das tecnologias duras, trabalho vivo capturado.

Prontuários contém as histórias/histórias dos clientes e ao mesmo tempo é um “espaço” que não é autorizado a estes, está autorizado apenas ao estabelecimento, com intuito de controle, de proteção. Então o prontuário está tendo

e sendo trabalho capturado e vida capturada, e nesse momento perde a possibilidade de ser instrumento de mediação para a co-criação de espaços intercessores e de com isto estabelecer outros espaços autorizados entre os trabalhadores e entre os trabalhadores e a clientela.

Autorizado aqui não só no sentido de permissão de registrar, mas de utilizar, de ganhar sentido e finalidade na ação cuidadora dos trabalhadores. MATUMOTO (1998) discute a questão do prontuário intermediando a relação com os usuários.

“O uso do prontuário pelos médicos foi como fonte de informações técnicas como diagnóstico, medicamentos utilizados, exames solicitados, segundo o recorte de um olhar biológico, numa concepção mecanicista do corpo; como uma máquina com partes e problemas a serem identificadas, consertadas, reguladas através de exames e medicamentos. Este olhar dificulta ao trabalhador ver o prontuário como algo além do que ele representa fisicamente, um instrumento que agrega algumas informações sobre uma pessoa, perceber que é com a pessoa que deverá estabelecer a relação de atendimento.”
(MATUMOTO, 1998, p. 144).

A rede de relações entre os trabalhadores é atravessada pelos prontuários e pela recepção dos clientes. Por este espaço de receber e encaminhar, chegar e sair, guardar histórias em papel, revela-se uma concepção de saúde e de forma de trabalho, determinada e determinante das relações.

"Ainda com relação à disposição das salas, vamos tendo alguns espaços ocupados pelas trabalhadoras da enfermagem: são as salas de vacina, a sala de curativos, a sala de medicações, a sala de esterilização de materiais.

Nelas os trabalhadores da enfermagem realizam outras etapas do atendimento médico, ou fazem um atendimento normatizado, como as vacinas e curativos por exemplo, que rotineiramente não necessitam da avaliação médica.

A odontologia fica no fundo da Unidade e seu funcionamento é quase que independente da atenção médica e da enfermagem.

Trabalhadores e usuários possuem banheiros separados, sendo que para usar o sanitário é preciso pegar as chaves na recepção; os sanitários dos usuários ficam sempre abertos e os únicos trabalhadores que adentram esse espaço são as da limpeza.

Vigias, gerente e enfermeiras não têm um espaço específico e ocupam a recepção." (Observação).

De espaços abertos e de espaços fechados compõe-se a Unidade de Saúde estudada. São abertos em portas e são abertos em acesso permitido, uns pertencentes mais a alguns trabalhadores que a outros, uns autorizando mais o acesso dos usuário que outros, e a maioria aparentemente são entendidos como não pertencentes aos usuários.

Depois de chegarem à Unidade, trabalhadores vão para detrás de mesas, cada um numa sala. Destas, "*autorizam*" um a um os usuários a entrar e sair.

Para os usuários é preciso passar, antes e depois da consulta médica, pelo "*espaço*" da enfermagem, que se destina a realizar momentos do atendimento individual e clínico. Esses espaços ocupados pelas trabalhadoras da enfermagem permitem com maior facilidade, inclusive física, a chegada dos usuários.

Revelam materialmente a tendência ou vocação cuidadora dessas trabalhadoras a que se refere Merhy na citação anterior de MISHIMA *et.al.* (1998).

No entanto, revelam-se também como instâncias de barragem do acesso aos profissionais médicos que ocupam salas que são “*não permitidas*”, na maioria do tempo, à população, como aos demais trabalhadores.

Por esse espaço, hoje destinado à enfermagem, se revela e se reitera a fragmentação do trabalho em saúde e o caráter complementar e “*desqualificado*” para o cuidado: a pré e pós-consulta da pediatria funciona em uma sala de passagem para a farmácia; a pré e pós-consulta para a ginecologia e obstetrícia se dá numa exígua sala improvisada no corredor e a pré e pós-consulta da clínica médica se faz numa mesa no hall de espera.

Nesses espaços, o mobiliário é uma mesa com cadeira sempre para o trabalhador e algumas vezes para o usuário. Estão presentes aparelhos de mensurar pressão arterial, balança e antropômetro; eles mensuram, quantificam os corpos e seus sintomas. Estes espaços estiveram abertos em todos os momentos da observação.

A organização do trabalho, o modelo de assistência, as tarefas e a disposição dos espaços e mobílias, vão fazendo com que alguns trabalhos estejam mais visíveis ou expostos que outros e nesse sentido o trabalho da enfermagem que se desenvolve em espaços abertos fica muito visível.

Essa visibilidade se refere tanto à visibilidade concreta, material, posto que essas trabalhadoras desenvolvem contato direto com a clientela, como também à visibilidade de reconhecimento social.

Teríamos possíveis equações: *quanto mais visível o trabalho, mais exposto, menor seu valor social? Ou estaria exposto pelo (des)prestígio? Ou ainda: quanto maior o prestígio e importância da parcela de trabalho desenvolvida maior a invisibilidade e a impossibilidade de controle? Ou seja: estão protegidos/invisíveis*

justamente por estarem valorizados? Certamente acontece um imbricamento de todos esses aspectos, o que requer uma compreensão não-linear.

O trabalho da enfermagem se desenvolve no antes e depois da consulta médica, em corredores e espaços de passagem, faz-se também nos espaços da sala de vacinas, nos espaços extra-muros, nas visitas domiciliares, nas salas de curativo, sala da esterilização, da medicação e na recepção.

A enfermagem se utiliza das tecnologias duras e leve-duras principalmente quando desenvolve seu trabalho em complemento aos atos médicos. Trata-se de um fazer articulado aos outros fazeres (diríamos necessariamente articulado) e em seu exercício visível e mais acessível pode se utilizar mais freqüentemente das tecnologias leves. Pode desenvolver, com suas ações, espaços intercessores à medida que exercem o cuidado ao doente e não à doença.

Trabalhadoras conjuntivas e disjuntivas, presentes por tempo/espaço em parcela significativa do exercício de trabalho na Unidade de Saúde, são atuantes em seu núcleo de competência ao se voltar para o cuidado ao doente e podem ainda, além de atuar dentro de um campo de competência mais amplo, agir como articuladoras e organizadoras de outros núcleos entre as diversas especialidades; seu principal papel talvez esteja justamente nessa posição articulante.

Por núcleo estamos tomando por base a discussão de CAMPOS (1997), que se refere à parte específica do fazer de cada especialidade, e campo seriam os espaços pertencentes, ou de responsabilidade de todos os trabalhadores, tais como o acolhimento, o vínculo, as ações de vigilância em saúde, as ações de promoção e proteção. Quando se pensa em campo de ação, aqui estão incluídas também as ações educativas (CAMPOS, 1989), uma vez que estas não se constituem prerrogativa de

nenhuma profissão em específico, mas têm estado intensamente presentes no fazer da enfermagem.

Nesses espaços de produção das ações de educação em saúde é que se revela mais agudamente o atravessamento da instituição educação, onde um que sabe, fala para o que “*nunca sabe*” o que deve fazer. Também nesses espaços é que se pode estabelecer outra perspectiva: a do se aprender com o outro e não do outro. Estamos diante de uma possibilidade/limite que como já dissemos requer revisão da matriz do aprender e ensinar.

É também esse um dos espaços em que pode acontecer o acolhimento e, segundo as trabalhadoras da enfermagem, acontece. A articulação tempo/espaço para esse acolher nos inquieta: é que acolhimento requer alguma possibilidade de aproximação inclusive física - *que espécie de acolhimento se dá entre alguém sentado e alguém em pé? Como desenvolvê-lo nos locais de passagem? Num tempo de velocidade imobilizante?*

PELBART (1993) ao analisar a questão do tempo e da loucura, fala que nos processos terapêuticos há que se permitir o tempo, fazer um sustentar do tempo, uma suspensão não do tempo do relógio, mas de um outro tempo que flui, que precisa jorrar para dentro.

“[...] numa espécie de cronogênese primordial, de onde pode surgir uma forma, até um projeto.

Onde coincidem esquecimento e espera. Curiosamente, é um ponto de paciência, de tédio, de insípido, num certo sentido, e caótico.

Isso, no entanto, é muito difícil de fazer, porque em geral temos muita pressa. Nós não temos tempo nem paciência para sustentar esse ponto,

o ponto do surgimento do tempo, pois somos amantes das formas, das ordens, dos projetos, do futuro já embutido no presente. Daí nossa impaciência, nosso voluntarismo, nossa hipervalorização do trabalho, do acabamento.” (PELBART, 1993, p. 36).

Nos processos de acolhimento e vinculação entre trabalhadores, e entre estes e usuários, é preciso rever nossa pressa, nossa velocidade, nossa ganância de controlar o tempo, carecemos de processos de desaceleração.

Acolhimento e vínculo têm potência para serem tecnologias leves, que na conformação física da unidade têm já revelado o valor atribuído a este tipo de “*ferramenta*”. Para o trabalho da enfermagem que tem, portanto, a possibilidade de fazer uso intensamente das tecnologias leves, os espaços destinados e ocupados são os de passagem. Esse é um paradoxo, pois sua visibilidade se faz no sentido de que a enfermagem, estando mais à vista, está mais controlável.

Talvez este seja um dos motivos pelos quais a chefia da SMS-RP seja capaz de ver e cobrar as trabalhadoras “*fazendo as unhas*”, “*fazendo o lanchinho*”, mas não veja o que outros trabalhadores de maior poder e menor visibilidade estão fazendo na Unidade, inclusive se estão ou não presentes. Estas discussões podem ser disparadoras para transformação.

Outro espaço não autorizado, mas ao mesmo tempo sob “*vigilância*” dos usuários e também do conjunto dos trabalhadores, é a copa. Vigilância entre aspas, pois não assume o mesmo tom de “*controle direto*” como o explicitado acima.

Ao entrarem e ao saírem da Unidade de Saúde os trabalhadores cruzam esse espaço denominado de copa, no qual uma das portas dá acesso ao estacionamento (em que grande parte dos trabalhadores deixa seus veículos) e a outra leva ao hall central.

Também nas horas de descanso os trabalhadores vão para este lugar, ali conversam sobre suas vidas, sobre casos de pacientes, sobre as normas do trabalho.

Materialmente esse espaço é de dimensões restritas dispostas entre duas pequenas salas; uma delas dispõe apenas de uma pequena mesa com duas cadeiras, e do tanque e máquina de lavar, pois ele também se destina para a lavagem das “roupas sujas” da Unidade: os campos de materiais, as toalhas, etc.

Noutra está o fogão, a geladeira e uma pia, local de preparo de alimentos. Simbolicamente também se destina à alimentação dos desejos e frustrações dos trabalhadores, ao acúmulo da roupa suja e de sua lavagem. Como disseram os trabalhadores: um lugar de falar e não ser ouvido, ao mesmo tempo espaço de comunicação entre os diversos trabalhadores.

“O grupo vai tomando contato com sua produção do encontro passado através da apresentação das frases que foram coladas na parede:

*Integrante: “**Ela captou tudo o que falamos**”*

*Integrante: “**A atenção delas...**” (refere-se as observadoras)*

*Integrante: “**A maioria são frases que ouvimos no dia-a-dia, lá na copa.**”*

*Integrante: “**Ah! Mas ali nós falamos para a parede, agora teve a resposta. A gente soltou um torpedo e voltou um canhão.**”*

A seguir o grupo continua falando que se sentiu retratado na devolutiva. Falam que a maioria são frases que dizem no dia-a-dia e que se sentem ouvidos.

Parece que o grupo vivencia duplamente o estar sendo acolhido, retratado, e o estar se expondo.” (Crônica, sessão 2 - grupo da manhã).

ROUSSILLON (1991), analisando os espaços e as práticas nas instituições, refere-se à existência de um quarto de despejo e interstício.

Esses espaços se relacionam com mecanismos de defesa para enfrentar as ansiedades inerentes à vida e às instituições. São espaços onde o não mentalizado, o não autorizado, o informe acaba por depositar-se, colocar-se em reserva ou enquistar-se. (ROUSSILLON, 1991).

“Considerado em termos de espaço, o interstício designa os lugares institucionais que são comuns a todos, lugares de passagem (corredores, cantina, secretaria, patio, sala dos enfermeiros, dos professores, entradas de gabinetes etc.) São lugares de passagem, ainda que se possa demorar, lugares de encontro, dos momentos de folga entre duas atividades institucionais definidas, estruturadas, vividas como tais. [...] Definido em termos de tempo, o interstício é o tempo que separa a duração do trabalho considerado em termos jurídico-econômico (quarenta horas de trabalho, por exemplo), do tempo efetivamente gasto na realização de um trabalho vivido subjetivamente como tal, ocupado nas atividades estruturadas no seio da instituição. Esse tempo pode ir de alguns minutos a algumas horas, de acordo com as instituições e o seu grau de rigidez organizacional.”
(ROUSSILLON, 1991, p. 140).

No estabelecimento de saúde estudado, a copa se revela espaço/tempo desses encontros entre trabalhadores, tempo das pausas, *"de falar para a parede"*. É o local possível para que os trabalhadores permaneçam quando não estão em atendimento à população, conversem e se recomponham.

Talvez o que não possa ser dito para algumas pessoas, possa ser falado para outras na copa; aqui ficam sabendo dos outros postos, do nível central da SMS, das últimas novidades, sobre a vida uns dos outros, sobre usuários ...

Durante a fase de observação exploratória presenciamos algumas conversas nessa direção, porém nossa presença para observar nesse espaço provocava silêncios seguido de dispersão dos trabalhadores. Isso pode também ser um indício de ser este espaço de interstício.

Esse espaço pode ser potência para elaboração de ansiedades, atualização de mútua representação interna, de construção de vínculos, de espaços intercessores, ao mesmo tempo em que pode estar sendo local de enquistamento, de despejo onde “os restos” são deixados, não são elaborados, local onde pactos implícitos ganham forma.

Os dados coletados não nos permitem aprofundamentos maiores nessa questão do espaço-copa como quarto de despejo ou interstício, mas nos permitem levantar questões sobre o significado, por exemplo, da “retirada” pela gerência do cozinhar na Unidade. *A ação de fazer o próprio lanche, a comida para ser compartilhada, se constituiria em momentos de conversas e encontros menos hierarquizados que naqueles das ações de atendimento? Por isso seu controle pode se fazer em função da manutenção de hierarquias, daquilo que já está dado?*

E como articular pausas necessárias, tempos de elaboração de ansiedades, encontros de possibilidades de horizontalizações, de contraposição aos hierárquicos, com atendimento responsável, com uso de tecnologias-leves, com criação de espaços intercessores?

É que num trabalho duro e árduo, em que no par contraditório projeto/resistência à mudança este último pólo tem ficado mais evidente, as pausas como possibilidades de reelaboração podem estar ficando bem mais produtoras de satisfação nos trabalhadores que o atendimento à clientela.

Fica em nós ainda uma questão interessante: os *espaços intersticiais dentro das instituições podem ser potencializados para engendrar subjetividades, singularizações?* Acreditamos ser essa uma questão importante, pois *será que interferências nesse espaço/tempo/finalidade podem “aprisiona-lo”, instituí-lo, fazendo com que o lugar de elaboração de ansiedades se desloque para outro espaço?*

Os espaços autorizados e os não autorizados, para diversos trabalhadores e para os usuários, revelados inclusive na disposição física da Unidade, pela visibilidade dos trabalhos, pelos possíveis espaços de interstício/despejo, podem explicitar, portanto, quais são as finalidades em pauta, quais são os motivos que unem ou afastam, tanto os usuários como os trabalhadores.

O hall, de forma retangular, parece também se constituir num espaço autorizado. Todas as portas desembocam nesse hall, com bancos fixos e de concreto onde as pessoas ficam próximas à etapa seguinte do atendimento – a consulta, o curativo, o procedimento terapêutico, dentre outros. Conversam entre si, reparam/controlam se o trabalhador está ou não atendendo, reparam/controlam a ordem de chegada, avaliam o serviço:

“São 9:25h, uma auxiliar de enfermagem é abordada, enquanto cruza o hall, por uma usuária:

*Usuária: **"Você não pode pegar minha pasta, é só entregar?!"***

A auxiliar pega o prontuário e entra na recepção.

Duas usuárias conversam, e percebo que uma delas está apreensiva com a demora, anda de um lado ao outro, olha no relógio, balbucia, a outra usuária se oferece para ajudar:

*Usuária A: **"Vai lá, pergunta!"***

Responde desanimada:

*Usuária B: **"Elas não gostam que a gente fica perguntando, já disseram que tem que esperar."***

São 10:15h e a usuária que aguardava é chamada, ela estava muito impaciente.

Pouco depois sai da sala esconjurando:

Usuária B: "Nossa senhora que agonia, Deus me livre!, Vou na farmácia, lá me dá o remédio. Só em agosto o médico vai atender..." Assim reclamando a usuária vai embora." (Observação).

"O grupo começa a discutir genericamente a imagem que a população faz deles e que nessa imagem não consideram suas necessidades:

Integrante: "Hoje a Dra X já tinha atendido 6 pacientes, foi tomar um café, a paciente reclamou, ela não aceitou".

Essa frase vem de encontro a um dado observado durante a fase exploratória da pesquisa onde vimos que a população ao seu modo exerce um controle sobre o trabalhador, que busca se livrar desse controle." (Crônica -sessão 3 - grupo da tarde).

Com salas voltadas para o hall de espera, as portas vão estar ora se abrindo, ora se fechando, sendo que as dos consultórios médicos e odontológicos permanecem a maior parte do tempo fechadas.

Numa das sessões grupais vivemos a analogia das relações com a situação das portas fechadas, num interjogo entre cooperar e não cooperar, ceder e não ceder.

"A coordenadora pergunta aos que estão silentes sobre o que estão sentindo ou pensando, e um silêncio geral se instala.

Ele é interrompido com uma fala que diz da necessidade de que todos cedam, a imagem que se referem é a da porta fechada:

Integrante: "A sala não é só minha...todo mundo tem que ceder um pouquinho...Tem dia que nem sei o que acontece...a gente tranca a porta e não fica sabendo do que está ocorrendo aqui fora. Igual a vocês, vocês não sabem o que ocorre lá dentro"

Uma integrante mexe nervosamente o pé e outro assinala:

Integrante: "A fulana está nervosa."

Implicitamente parecem se referir a possíveis aberturas do grupo aos outros trabalhadores da Unidade

Surge novamente a questão sobre o que conversam nesse grupo se é ou não para se comentar lá fora, uma integrante pergunta para a coordenadora:

Integrante: "Deixa eu perguntar: o que a gente fala aqui é falado lá fora?"

A coordenadora devolve a questão para o grupo:

Coordenadora: **"Como vocês estão fazendo?"**

Acontecem falas simultâneas. O grupo parece ter se fechado, através de portas, para a exposição, vivenciam movimento de pré-tarefa." (Crônica - sessão 4- grupo da manhã).

Parece que no imaginário da *instituição saúde*, uma pessoa que tem o fluxo de sua vida alterado a confia a outras pessoas, entrega a essas sua sintomatologia, seu corpo, sua existência seguinte, pela possibilidade de reaver seu bem saúde. Para tanto as portas são fechadas e abertas fazendo uma pulsação, um ritmo que lembra as comportas reguladoras dos fluxos.

Vamos tendo um movimento semelhante ao das marés, a cada período o hall de espera se enche e se esvazia numa retórica infinita.

À subida e descida das marés articulam vida e morte, morte em detritos, substrato e alimento da vida, possibilitando sua manifestação e propagação. *E o que traz as marés de pessoas nas Unidades de Saúde?* Um movimento que também alterna vida e morte. Vida enquanto motivo de busca, de alternativa, morte enquanto dependência e aparente passividade.

GOMES (1999)³³, apresentando as fases da pesquisa qualitativa em saúde, refere ser de fundamental importância a consideração da dimensão simbólica que possui a saúde para as pessoas. Estamos nos referindo a representações apreendidas e constituídas socialmente e que variam de épocas, culturas, momentos de vida, contextos, se apresentando de muitas formas e alicerçando relações dos homens.

Tomar a saúde enquanto um bem simbólico, buscar seus possíveis significados nos espaços de atendimento, pode abrir perspectivas de se trazer para o trabalho em saúde a construção da *"Obra"*, dos processos criadores.

³³ Aula proferida pelo Prof. Romeu Gomes no curso "Pesquisa Social em Saúde – abordagem qualitativa", em fevereiro de 1999. Curso promovido pela Associação Brasileira de Enfermagem, em Ribeirão Preto.

O trabalho em saúde ganha nesses movimentos de enchimento e esvaziamento uma certa aparência de produção e de resolução. O objetivo dos trabalhadores parece que passa a ser o “*esvaziamento*”; também para a clientela fica importante chegar e rapidamente sair. Este é um dos movimentos da maré – ou seja, organiza o trabalho da unidade dentro de uma certa lógica, da lógica de se contar uma queixa e receber uma receita que resolva e faça magicamente a restituição do bem saúde. Isso direciona a organização do trabalho, manifesta o modelo de assistência. Interpõe-se na rede de relações dos trabalhadores, pois estes se articulam e desarticulam ofertando esse ressarcimento (do bem acometido) que não é possível pela medicalização apenas, requer resignificações, vínculos, responsabilidade dos trabalhadores e usuários.

Outro movimento da maré, outra possibilidade talvez estivesse no movimento de acolhimento (ao invés da expulsão, do esvaziamento), não do acolher retendo, mas do fluindo, do acolher permitindo fluxos e refluxos. Do acolhimento trabalhador/trabalhador, e trabalhador usuário, em “*espaços*” que possam permitir “*proteção*”.

O acolhimento, conforme MATUMOTO (1998), vai-se dando através das concepções dos trabalhadores sobre o processo saúde-doença e a direcionalidade que colocam para o trabalho. Assim, a revisão do significado do bem simbólico saúde para os trabalhadores e recolocação das finalidades em pauta de discussão são possibilidades/limites para a revisão da rede de relações.

No cotidiano desse fazer em saúde, acontecem diferenças de demandas e horários de pico, vamos ter períodos de encher e esvaziar das marés, uns mais intensos que outros.

“Começam a discussão comparando o trabalho do período da manhã com do período da tarde e discutem a ausência ou presença da gerente em determinados momentos do trabalho.

Gerente: “É sim, quando eu chego vocês já resolveram...”

Integrante: “De manhã tem mais paciente que a tarde.”

Discutem a questão dos turnos de trabalho com relação a duração e também falam a respeito do maior número de atrito entre os trabalhadores no período da tarde levantando hipóteses sobre os motivos:

Integrante: “Tem mais tempo de fofocar.”

Integrante: “De manhã tem esperança de melhorar ...”

Vão se dando conta de períodos de ociosidade que ficam na unidade devido ao término das consultas médicas, mas que precisam ficar no posto, e que ficam pensando em tantas outras atividades que precisam desenvolver fora daqui.

Essa discussão parece gerar ansiedade e o grupo vai discutir o fazer de comida ou compra de marmita, a chuva boa para dormir, o que fariam se ganhassem na loto, se trabalhariam ou não e etc.

O próprio grupo se percebe fora da discussão e falam da dificuldade de se discutir o trabalho.” (Crônica, sessão 1 - grupo tarde).

Quanto mais se lidar com a maré em alta, com a Unidade cheia, e mais rapidamente esvaziá-la, maior o trabalho. Vai-se configurando um critério de capacidade, de competência, e pode estar oculto na discussão acima que o grupo de trabalhadores da manhã trabalhe mais que o da tarde, por isso os atritos e fofocas seriam mais presentes neste período. E se a concepção de trabalho for referente ao número de usuários atendidos, isso de fato ocorre. Ocorre devido à própria organização do trabalho (pela oferta de serviços colocada nesse período, número de trabalhadores, etc) e também pelo que os trabalhadores vão construindo e compartilhando com os usuários, algo da ordem (cultural, quem sabe?) de que *pela manhã “se rende” mais.*

As relações entre os trabalhadores vão se estabelecendo com essa concepção do atender rápido. O tempo ganha dimensões de valor pela velocidade, e PELBART (1993) analisa nossa sociedade enquanto estando voltada para o controle do tempo, para a velocidade que paralisa.

“Uma cronopolítica está em curso cujos desdobramentos ainda são desconhecidos, mas que implica necessariamente no declínio de uma profundidade do campo nas nossas atividades as mais cotidianas. Um achatamento temporal que proporciona um presente eterno, sem história para trás nem para frente, sem passado nem futuro. Presente sem espessura, ilusão da imortalidade que ignora o começo e o fim, a morte e o imprevisto, que só integra o desconhecido enquanto probabilidade calculável. O paradoxo é que a desmaterialização provocada pela velocidade absoluta equivale a uma inércia absoluta. Estranha equação em que coincidem velocidade máxima e imobilidade total.”
(PELBART, 1993, p. 34).

O trabalho efetivado, materializado em muitos fragmentos, por diversos trabalhadores, de forma rápida, esvazia-se de sentido, levando-os a um movimento de inércia. Os espaços/tempos/finalidades se cristalizam, se imobilizam.

E estes espaços/tempos/finalidades, criados e criadores do estabelecimento estudado, vão conformando a rede de relações entre os trabalhadores e destes com os usuários. Relações de espaços autorizados e desautorizados, relações sem tempo, de encher e esvaziar, velozes a ponto de alcançar imobilidade.

3.2.2. Articulações do espaço/tempo/finalidade e as tecnologias em saúde – projetos possíveis?

O trabalho de saúde em ato se processa no interior do estabelecimento estudado, e para o desenvolvimento deste trabalho vai se tecendo uma rede de relações, sendo que esta se perpassa pelas instituições, pelos instituídos e

instituintes, por micropoderes que se fazem nessas relações ao mesmo tempo, também, estabelecendo-as.

Todos esses processos se fazem numa estrutura material que estamos denominando de espaços; eles também são modelados por essa trama processual.

Vão-se dando num tempo, tempo cronológico e tempo de sentido. E essa articulação se define num rumo, numa direcionalidade que estamos tomando enquanto finalidade, e nesse processo podem ir se conformando projetos. Portanto, espaço/tempo/finalidade que podem se dirigir à construção de projetos.

Retomemos a discussão sobre tarefa, pré-tarefa e projeto apresentadas por PICHON-RIVIÈRE (1982). Para esse autor, os grupos percorrem dialeticamente esses três momentos distintos e interligados, para o alcance do objetivo a que o grupo se propõe. Os grupos são instituições e possibilitam a emergência de normas ocultas, de regras, micropoderes e de subjetividades.

Os movimentos de pré-tarefa incluem ansiedades altas, processos transferenciais, impostura, o grupo pode viver “o como se”, não chega a elaborar sua tarefa; no entanto, esse momento é necessário para posterior realização da tarefa.

Os movimentos de tarefa referem-se à elaboração dos medos básicos, e são fecundos de aprendizagem, de comunicação onde os ruídos e mal entendidos estão (nesse momento) ultrapassados, trabalhados, esclarecidos.

Na revisão da rede de relações entre trabalhadores e do trabalho de equipe, a tarefa significa a apreensão de si e desse outro enquanto finito, e incompleto; um momento de posição depressiva básica, capaz de ***"incluir a idéia da própria morte a partir de onde se poderia estruturar a tarefa possível em termos de tempo e espaço."*** (SAIDON, 1982, p.189).

Assinalamos, assim, que não é possível a vivência imóvel em tarefa, pois ao se chegar à tarefa, outra se processa implícita e explicitamente, e novo movimento se inicia ilustrado pelo desenho da espiral dialética, alternando pré-tarefa e tarefa continuamente.

Para Guattari, segundo VIDAL (1982), esses movimentos de simbolização e produção, de questionamento do instituído, de formulações de alternativas seriam a transversalidade.

“Transpondo isso para o que nos interessa, o grupo-sujeito existiria então como tal graças a uma área intermédia de simbolização e produção, de questionamento do instituído, de formulação de alternativas de transformação. Pelo contrário, o grupo submetido, como afirmamos anteriormente, permaneceria numa posição de demanda frente a um objeto instituído que depositaria a sua própria onipotência. E aquilo que garantiria essa passagem do mundo da demanda para “o” do desejo seria a transversalidade, que leva o grupo a percepção da finitude do instituído e da sua própria, assim como a castração, a nível do sujeito, significa a percepção de que ele e o Outro estão marcados pela falta.” (SAIDON, 1982, p. 54).

Entendemos que, da perspectiva da escola Pichoniana de grupos, as relações entre os trabalhadores da Unidade estudada prevalecem no sentido da pré-tarefa, com possibilidades assim de entrarem em tarefa e vivenciarem nova pré-tarefa e assim aprendendo, crescendo, expressando subjetividade em processo.

Para GUATTARI & ROLNIK (1996), temos um grupo-sujeitado, podendo vir a se tornar grupo-sujeito.

Segundo PICHON-RIVIÈRE (1982), nesse interjogo - pré-tarefa e tarefa -, vai-se elaborando o projeto. Esse seria a aprendizagem de estratégias de mudanças e transformações, estratégias adaptadas criticamente à realidade, e que se encaminham para os movimentos de vida (Pichon fala de projeto de vida) que criam uma nova situação, recomeçando o processo.

“A tarefa consiste precisamente, nessa abordagem, onde o objeto de conhecimento se torna penetrável através de uma elaboração que implica a ruptura da pauta estereotipada, que funciona como estancamento da aprendizagem e deterioração da comunicação. O projeto surge quando se consegue uma pertença dos membros; concretiza-se então uma planificação. O grupo se propõe objetivos que vão mais além do aqui e agora, construindo uma estratégia para alcançar tal objetivo.” (PICHON-RIVIÈRE, 1982, p. 130).

A tarefa também tem sentido de ação, ou de conjunto de ações para satisfazer necessidades, de fazeres, de conjunto de atividades que se encaminham para a concretização de um objetivo.

Os “*fazeres*” que os trabalhadores se colocam parecem se encaminhar para o atender à clientela doente, oferecendo aos usuários insumos: os medicamentos, exames laboratoriais, informações; enfim, se utilizando das tecnologias duras e leve-duras principalmente.

A “*tarefa*” de atender, para os trabalhadores, parece que precisa ser desempenhada de modo rápido, evitando aprofundamento de vínculos e articulações dos diversos fragmentos e parcelas de trabalho.

“Entrega-se a uma série de “tarefas” que lhe permitam “passar o tempo” (mecanismo de postergação, através do qual se oculta a impossibilidade de suportar frustrações de início e términos de tarefas, causando paradoxalmente, uma constante frustração).

Os mecanismos de defesa são somente elementos formais, cujo conteúdo (tarefa e projeto para cada sujeito) está dissolvido neles. O sujeito aparece como mais uma estrutura daqueles mecanismos e seus fins esgotam-se em cada manifestação” (PICHON-RIVIÈRE, 1982, p.20).

Vamos construindo no estabelecimento estudado a direcionalidade da doença, morte, imobilidade, estagnação que paradoxalmente podem se encaminhar à vida, à revisão, posto que esses processos podem readquirir seus movimentos de vida, de criação, desejo, de transformação, através das subjetividades emergentes em processo de singularização, que operam esse cotidiano articuladas a um fazer comum, a uma direcionalidade compartilhada.

QUIROGA (1994, p.90) comenta que para se satisfazer necessidades e alcançar objetivos comuns é preciso que se reconheça enquanto comuns essas necessidades e objetivos, ou seja, ***“La realización de la tarea, es decir el conjunto de operaciones destinadas a satisfacer necesidades y alcanzar objetivos comunes exige en primer término, que los integrantes del grupo reconozcan esas necesidades y objetivos como comunes.”***

O projeto coletivo elaborado, construído e permanentemente em discussão, para um serviço de saúde equânime e de qualidade, estaria sendo pautado pelo que os autores como Campos e Merhy denominam de “defesa da vida”, dos movimentos de vida, da vida vivida com maior alegria e leveza pelos trabalhadores e usuários.

O projeto surge da construção grupal refletida sobre a tarefa, sobre o fazer a que se propõe e sobre os processos desencadeados e desencadeantes desse fazer. Como na Unidade de Saúde *"não se conversa"* sobre objetivos e os fazeres se encaminham dentro de um processo fragmentado, parece que não temos projetos, temos objetivos que se configuram para se atender rapidamente a dor e a doença. Cada trabalhador executa uma parcela dessa atividade e não se pensa ou se repensa sobre isso, vivemos a sobreposição de objetivos pessoais, implícitos e direcionalizadores do fazer em saúde. Aqui temos concretizações, materializações da *"instituição Divisão Técnica e Social"* do trabalho.

Dessa forma, a contradição entre projeto e resistência a mudança, nesse momento da Unidade estudada, pende para o pólo da resistência à mudança e essa é uma contradição que precisa se desenvolver pelos trabalhadores, precisa se problematizar.

Numa das sessões grupais a questão da ausência de um projeto do trabalho compartilhado e explícito apareceu da seguinte forma:

"O grupo compartilha uma insatisfação produzida pelo atendimento ao usuário que segundo os trabalhadores querem o pronto-atendimento, não comparecem às consultas agendadas; também falam das ações dos governantes:

Gerente: "...Cultura do imediatismo ... quando o governo quer a coisa anda, olha a campanha da Aids, da amamentação, que beleza ..."

Integrante: "É uma tapeação...sabe que não vai ter vaga lá." (refere-se aos encaminhamentos que realizam e que sabem que o usuário não será atendido)

Integrante: "Eles querem o pronto atendimento."

Discutindo essas dificuldades acontecem momentos de possibilidades de reflexão sobre o objetivo que colocam para o trabalho, discutindo a questão colocada pela coordenação:

Coordenadora: "E o que querem com o seu trabalho?"

No entanto, essa pergunta parece gerar ainda mais ansiedade e o grupo acaba por não se aprofundar nela. Os trabalhadores não conseguem nesse momento perceber que o que a população quer,

é também o que oferecemos." (Crônica, sessão 1 - grupo da manhã).

Como vimos no atravessador poder, projetos não se constituem, vai prevalecendo a resistência à mudança buscando-se possibilidades de fuga desse trabalho que fica muito árduo, desencadeando impotência nos trabalhadores, acionando mecanismos de defesa e de transferência. Explorar a contradição projetos/resistência e permitir-lhes visibilidade pode ser brecha para a retomada de movimento da rede de relações.

Nesse fragmento de crônica acima vemos materializada a estratégia da *organização* - SMS-RP e Ministério da Saúde - de se realizar ações focalizadas em forma de mega-campanhas, e essas parecem ser apreendidas pela gerência e trabalhadores como eficazes. Revela-se mais um paradoxo: num trabalho que valoriza discursivamente as ações programadas, *"mas que a população não quer, não aceita"* - *haveria necessidade das campanhas?* Parece que os trabalhadores também querem o pronto-atendimento, também priorizam e cumprem essa "tarefa" quando em ato encaminham os usuários e atendem rapidamente sobre queixas; essa contradição precisa ganhar visibilidade para os trabalhadores envolvidos.

Vamos tendo instituído um Modelo de Assistência centrado em ações de cunho "curativo", aqui entre aspas pela relatividade dessa cura sobre os sintomas. As discussões sobre Modelos de Assistência em saúde, especialmente aquelas apresentadas por MERHY *et al.* (1991), podem ser associadas à materialização de alguns aspectos da *instituição Saúde* no cotidiano dos serviços, que através de suas dimensões tecno-assistenciais concretizam conceito de saúde-doença, evidenciam prioridades e estratégias de ação e diretrizes políticas.

Os espaços/tempo/finalidades constituintes e constituídos na Unidade estudada possibilitam a expressão desse Modelo de Assistência, as salas, as mesas, os avisos, as portas que se fecham e se abrem, o hall de espera, os horários de enchimento e esvaziamento da Unidade. Toda essa materialização atravessa a rede de relações entre trabalhadores que se embatem, se desgastam e se protegem para não tomar contato direto com a dor e **sensação de "tapeação"** produzidas nesse modo de atendimento.

Nesse processo de evitar contato direto com a dor e se utilizar mais de tecnologias duras e leve-duras, vamos tendo mais trabalho vivo capturado.

No trabalho de uma Unidade Básica de Saúde, podemos dizer que há valorização dos equipamentos, e não ter muitos deles significa pouca resolução, pouca possibilidade de intervenção; os trabalhadores expressam: **“não tem RX, não tem tomógrafos, temos o computador, faltam remédios!”** (Observação e Crônica, sessão 3 - grupo da manhã).

Coordenador: “Vocês estão falando de coisas que vocês não tem e as coisas que vocês têm aqui?”

Integrante: “Temos a chefe.”

Elencam bens materiais do posto tais como Windows, máquinas de lavar, fogão, enfim referem-se a tecnologias duras, equipamentos que se incorporam ao trabalho.

Falam também do instrumento gerência, e da tecnologia leve, ou melhor, das suas relações.”(Crônica, sessão 3 - grupo manhã).

A resolução dos problemas de saúde pode estar sendo entendida pelos trabalhadores como possibilidade de interferir tão-somente nos processos de doença, através de tecnologias duras e leve-duras. Isso preserva a divisão técnica e social do trabalho e agencia sujeitos.

Quando um conjunto de trabalhadores toma para si a possibilidade da intervenção e resolução da problemática da saúde a partir de tecnologias duras e leve-

duras, passam a cobrar de sua gerência e superiores o provimento dessas tecnologias. Nelas estão contidas, em tese, a satisfação do trabalhador e do usuário, que também vai necessitando do uso dessas tecnologias, reivindicando-as e valorizando-as. Como as tecnologias duras são trabalho morto, trabalho capturado, seu uso por si mesmo promove pouca possibilidade de criação de espaços intercessores.

Na unidade de saúde os trabalhadores fazem uso, mais intensamente, das tecnologias leve-duras, sem ainda haver o incentivo de novas descobertas, interrogações sobre a própria prática e a explicitação de que tipo de normas e condutas estão sendo aplicadas. Podemos dizer que estas ainda estão práticas escassas.

Cada trabalhador faz o uso da conduta que individualmente escolhe, e assim privatiza sua ação, faz da sua ação campo de desenvolvimento de auto-governo (no universo das unidades de saúde esta situação é encontrada nas ações de médicos, enfermeiros e outros profissionais).

Temos, com isto, que o controle que a gerência exerce é cerceado pela autonomia no uso das tecnologias leve-duras. Algumas tentativas de controle são exercidas pelas chefias e departamentos do nível central da SMS-RP, quando padronizam determinadas normas de atendimento ou decidem por cortar da compra algum insumo, determinam certos tipos de exames e estabelecem cotas para outros, retiram dados produtos farmacêuticos ou incorporam outros.

O ocultamento da especificação do tipo de tecnologia leve-dura utilizada pelos diversos trabalhadores vai estabelecer espaços de autonomia não explícitos que permitem acordos, conchavos e controle não declarado de uns sobre os outros.

Por outro lado, a não captura do auto-governo, exercido no sentido de decidir individualmente sobre o uso dessa ou daquela norma ou conduta, produz

aberturas para que os trabalhadores estabeleçam seu próprio trabalho e com isso se responsabilizem por ele, podendo inclusive realizar esse trabalho na direção da inventividade.

Está aqui a equação a que CAMPOS (1997, p. 230) se refere quando discute as questões: ***“Como combinar liberdade com controle? Trabalho autônomo com atribuição de responsabilidade?”***

A colocação ou não do auto-governo na direção da responsabilização com o outro ou na direção do *“não trabalho”* parece se articular com objetivos implícitos tecidos na malha das relações entre trabalhadores e desses com e no trabalho.

As tecnologias-leves que se produzem em ato no processo de trabalho, são potencialidades da expressão de trabalho vivo, e parecem ser desconhecidas como ferramentas ao alcance dos trabalhadores e isso se articula aos processos de subjetivação e à organização desse trabalho.

O decifrar e o redescobrir da utilização das tecnologias leves e sua colocação em movimento, não a partir somente de iniciativas individuais, poderia se interpor na rede de relações entre os trabalhadores, possibilitando revisão dos poderes instituídos posto que estaria em ação a potência do trabalho de todos os agentes e não apenas daqueles que em tese concentram mais saber e conseqüentemente poder.

Concluindo, podemos dizer que o uso (e discussão deste uso), das tecnologias duras, leve-duras e leves, articuladas entre si e em complementaridade, pode se constituir em possibilidade de rearranjo da rede de relações presentes no trabalho

em saúde, encaminhando para o desenvolvimento do trabalho de equipe e da construção coletiva de projetos de trabalho.

3.2.3. Morte e vida: o movimento das marés e da rede de relações

Nos serviços de saúde um embate permanente vai-se fazendo entre movimentos de vida e de morte. Essa parece-nos ser uma das possíveis materializações da *instituição Saúde* e também da *instituição Divisão do trabalho*. Lembramos nossas anteriores discussões sobre o trabalho vivo e o trabalho morto. A discussão do trabalho vivo e do trabalho morto apresentada por MERHY (1997a) se baseia nos conceitos marxistas; podemos também olhar para os aspectos de vida e morte presentes através das pulsões apresentadas por PICHON-RIVIÈRE (1982), baseadas em conceitos psicanalíticos. Nesse estudo, ambas as concepções nos parecem importantes para a análise dos dados.

Para PICHON-RIVIÈRE (1982, p.7), as pulsões se relacionam à apreensão dos vínculos,

“A cisão ou splitting se produz no ato do nascimento, e todo vínculo gratificante fará com que o objeto seja considerado bom. É o que Freud chama (erradamente ao meu ver) instinto de vida (Eros), enquanto que a outra parte do vínculo primário e de seu objeto, sobre as bases de experiências frustrantes, transforma-se em objeto mau, em um vínculo persecutório, o que de novo Freud considera como instinto, nesse caso instinto de morte, agressão ou destruição (Thanatos).”

ENRIQUEZ (1991) analisando a morte nas instituições fala da imperceptível infiltração de Thanatos na vida institucional. Elas (as instituições) são postuladas e inauguradas sob o pretexto de Eros, da vida, da salvação e se encaminham para a

morte. Dessa ótica, a *instituição saúde* que nasce em prol da cura, da continuidade da vida, tem em seu desenvolvimento a apresentação da morte, da dor, da indiferença, enfim, de Thanatos.

Entre os movimentos de vida e de morte, Thanatos e Eros, trabalho vivo e trabalho morto, entre maré alta e maré baixa, vamos tendo um complexo entrelaçamento havendo aspectos de vida nos movimentos de morte e vice-versa. Se Thanatos vem se materializando no estabelecimento estudado existe a possibilidade da expressão de Eros.

Também BLEGER (1991) assinala a possibilidade de que as organizações vão tendo a mesma estrutura do problema para o qual foram criadas para enfrentar e os objetivos explícitos dessas passam a um segundo plano, vindo para o primeiro a perpetuação. Esse seria um movimento de morte, que pode estar presente na Unidade de Saúde estudada e precisa ser melhor explorado.

Perguntamo-nos: *que problemas a organização SMS-RP vem para solucionar? Não seriam aqueles que impedem as pessoas de andar com suas vidas, que as impedem de trabalhar, de sorrir, se locomover, se apaixonar, se procriar, entre tantos?*

Pode ser que esteja se materializando na mesma esfera dos problemas que se propõe a enfrentar: imobilidade, dor, doença, desânimo, não solução, com trabalho vivo capturado. O objetivo primeiro pode estar sendo o da continuidade e da perpetuação da organização e do estabelecimento.

Elegemos alguns fragmentos das crônicas dos grupos que denotam esses movimentos de morte materializados e instituídos no estabelecimento estudado.

“Nesse momento o grupo não se reconhece como autor, como agente desse trabalho e todas as dificuldades e possíveis saídas encontram-se fora do grupo e de suas possibilidades. Assim o sentimento predominante nessa discussão parece ser o de irresolutividade e de impotência.

*Integrante: “**Sinceridade, não tem solução.**”*

*Integrante: “**Tudo na Prefeitura é muito lento.**”*

O grupo vai vivenciando a primeira fase do processo grupal caracterizada pela ansiedade e pelo conflito entre estar indivíduo e de se estar em grupo.

Falam da possibilidade de serem agredidos pela população e da necessidade de proteção. Contam episódios ocorridos nesse posto e em outros da rede. Necessidade de proteção, de ser nutrido, também característicos da primeira fase do processo grupal, psiquicamente se vive a experiência intra-uterina de máximo de proteção, de esperar de fora, da coordenação, ao mesmo tempo de se insatisfazer-se com isso.” (Crônica, sessão 1 - grupo da manhã).

*“Durante o pré-grupo uma integrante justifica a ausência de outra por motivos relacionados a saúde (LS), “**dores de coluna e do pescoço**” também justificam a ausência da gerente que foi convocada para participar de uma reunião na SMS-RP sobre campanha de prevenção de câncer de colo uterino.*

O absenteísmo aparece no grupo, os trabalhadores faltam por questões que no serviço privado talvez não fossem toleradas, mas faltam de um trabalho que não lhes pertence, cujo permanente desafio passa a ser o de evitá-lo.” (Crônica, sessão 2 - grupo da manhã).

SILVA, C.O.(1994), estudando o processo de trabalho e as possibilidades da vida, de saúde e de inventividade presentes em um hospital, aponta que o trabalhador em sofrimento psíquico expressa essa dor no corpo, e temos doentes cuidando de doentes, cuidar adoecendo vai intitular seu estudo: **“As dores da coluna são referidas por muitos trabalhadores e falam de muitas dores. São dores de coluna, eixo de sustentação, fluxo central da energia - porque dói?”** (SILVA, C.O.1994, p. 199).

No estabelecimento estudado e na organização SMS-RP, parece estar presente um sofrimento psíquico, que vai se materializando enquanto dor. A mesma que se preocupa em cuidar.

Vamos vivenciando processos de sofrimento apreendidos no campo pessoal mas que podem ter significados e ancoragem na organização do trabalho, na rede de relações, na materialização das pautas institucionais.

A discussão dos motivos das ausências e presenças no trabalho podem se constituir em analisadores para a reestruturação da rede de relações e do trabalho de equipe. Precisam ser tomados não do ponto de vista do controle ou da gratificação monetária³⁴, mas da desocultação pelos próprios trabalhadores sobre os motivos que os fazem se ausentar de fato, e também nas situações em que o trabalhador encontra-se presente fisicamente, mas “*ausenta-se*” em outros aspectos - no responsabilizar-se, comprometer-se, cooperar e etc-.

As ausências podem ser consideradas expressões da presença da morte, que paradoxalmente se faz num movimento de preservação da vida; os trabalhadores talvez se ausentem para se manter vivos.

Outra expressão do movimento morte e vida que emergiu das discussões dos grupos foi a questão dos roubos entre os trabalhadores, roubos concretos de vale-refeições e objetos, roubos abstratos do trabalho cotidiano e das relações em suas vidas.

“Falam de afetos positivos para com uma das integrantes e ocorre um novo emergente: relatam uma situação de roubo de tickets ocorrida com uma das integrantes. Instala-se um clima “pesado” que mistura sentimento de vontade de ajudar, com necessidade de punir o infrator e de se provar a própria inocência. Discutem por muito tempo relembrando o que ocorreu, as formas de evitar novos furtos e a maneira de se lidar com o possível ladrão. O sentimento do grupo parece ser de desilusão e decepção. Discutem a possibilidade de exclusão e a impossibilidade de convivência conjunta, preferem não identificar o infrator para não precisarem se posicionar; afetos, acordos estariam em jogo?”

³⁴ A Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto adota o pagamento de uma gratificação aos trabalhadores que não fazem uso da falta abonada ou da licença saúde. Essa é uma das formas encontradas e negociadas pelos trabalhadores e Prefeitura a fim de evitar o absenteísmo no trabalho.

O grupo conversa a respeito de sua necessidade de que alguém de fora, um especialista, um Sherlock Holmes maneje as investigações, e assim vão encontrando uma forma nesse momento externa de lidar com suas relações.

Talvez o grupo esteja fazendo um pedido para a coordenação de que lhes auxilie nesse entendimento e no lidar com as dificuldades”. (Crônica, sessão 2 - grupo da manhã).

Nessa rede de relações presente na Unidade de Saúde, a concretização de um roubo, que segundo os trabalhadores não é o primeiro, parece denunciar rivalidades, invejas, assimetrias, desigualdades, carências, delinquências e impunidade. Manifesta-se o atravessamento da *instituição polícia*³⁵.

“Um integrante assinala a preocupação com aquilo que estava sendo anotado pelas observadoras:

*Integrante: “**Nós não estamos falando nada, elas estão escrevendo...**”*

Após uma breve reflexão individual sobre o que o trabalho subtrai de suas vidas, a coordenadora solicita ao grupo que se dividam em três subgrupos para realizarem uma colagem que retrate esse tema: a subtração do trabalho.

Durante a realização dessa atividade ocorreram dificuldades quanto a se dividirem, trocarem material, incluir ou não a gerência:

*Integrante: “**Eu não sei com quem estou.**”*

*Integrante: “**Prá começar me tiraram a revista boa...**”*

*Integrante: “**Vem gerente, você está com a gente...**”*

*Gerente: “**Não, eu estou com elas aqui, elas não me querem mas estou com elas...**”*

Parece que fazem movimento de resistência a se constituírem em grupo, temem perder aquilo que os anestesia mas que já é conhecido, sua forma de relação. Na apresentação do que os grupos produziram, relatam:

*Integrante: “**Tira a liberdade, tira o desejo de querer lutar, não vejo muita luz, no trabalho falta luz.**”*

O sentimento predominante parece ser o de desesperança, e de não saída.

Falam como se o trabalho já estivesse dado, acabado, fosse assim e lhes fugisse completamente qualquer alternativa, não se enxergam construtores do mesmo, apenas reféns.

Com relação ao movimento grupal, num plano implícito parecem sentir a possibilidade da subtração da individualidade, do que já está conhecido, viver este grupo significa possibilidade e ameaça ao mesmo tempo e assim parecem realizar duplamente o movimento de aproximação e afastamento.” (Crônica, sessão 2 - grupo da manhã).

³⁵ BAREMBLITT (1994) utiliza do termo instituição da administração da força e aqui estamos nominando-a de instituição polícia.

A “*anestesia*” talvez seja uma representação do estado intermediário, do estar vivo mas inerte, se afastando da dor. E os roubos talvez sejam tentativas de restituição daquilo que alguns não possuem e que outros detêm: saber, poder, acesso a outro trabalho, etc.

Desse trabalho que é percebido como subtração, como roubando o convívio familiar, o lazer, a saúde, o sexo, desejam se afastar, medicam-se para suportá-lo, reproduzem a medicalização que fazem com as dores da clientela:

“Falam de coisas que gostariam de estar fazendo se não estivessem trabalhando, indiretamente parecem comunicar a vontade de não estarem no grupo.

Falam da dupla jornada de trabalho feminina, da diferença de carga horária entre nível médio e universitário, uma integrante fala da dificuldade que sentiu ao substituir a gerência por ter que trabalhar 8 horas.

Voltam a conversar da falta de energia que sentem, da necessidade e formas de reposição: academia, remédios.” (Crônica, sessão 3 - grupo da manhã).

Precisamos lembrar que esse sentimento de querer ir embora nessa sessão grupal relaciona-se também ao movimento de pré-tarefa, desencadeado pelo medo do ataque e da perda e pela ansiedade de terem descobertos segredos como o de quem rouba, pois parecem precisar da dúvida sobre quem rouba, e sobre quem rouba o que.

Desse trabalho que se institui enquanto morte, vamos tendo uma rede de relações onde o evitar se envolver e se vincular passam a ser encarados na perspectiva da “*sobrevivência*”³⁶ - *o trabalho não tem saída*. Ao mesmo tempo, a

³⁶ Campos (1997) faz uma discussão bastante rica em relação ao tema da Sobrevivência e da Obra, vai dizendo que nesse trabalho repetitivo e altamente burocratizado e remunerado de forma inadequada, os trabalhadores têm enquanto desafio a sobrevivência e aponta nesse texto uma interface entre sobrevivência e obra.

necessidade de o trabalhador se produzir e reproduzir materialmente faz com que este "suporte" permanecer no seu trabalho, e assim

- *nós não temos saídas* -, só resta pensar na "sobrevivência" e executar o que é necessário.

Estes momentos de paralisação gestam o renascimento, a insatisfação pode ser propulsora, pode trazer outras ondas de vida. "O grupo retoma sua discussão de não possibilidade, saída:

Integrante: "É um problema sem solução."

O trabalho é discutido ora enquanto opção, ora enquanto necessidade, e de uma certa maneira procuram explicações para a insatisfação e também procuram discutir algum tipo de satisfação (o salário, o ter o trabalho). Novamente voltam à impossibilidade:

Integrante: "Ninguém está satisfeito com nada."

Esse parece ser o pacto; o mito da uniformidade se conforma frente à insatisfação.

Ao serem solicitados a pensar sobre as possibilidades desse trabalho voltam a reclamar da dupla jornada diária do trabalho feminino.

Integrante: "A gente já falou dos problemas colando! Agora a gente não quer mais falar sobre isso."

Coordenadora: "Que tal falarmos das soluções?"

Integrante: "Tem dia que é mais de oito da noite e eu tô lavando ainda a louça do almoço." (Crônica, sessão 3 - grupo da manhã).

Ocorre uma alternância cisada, dividida entre trabalho fonte de satisfação e trabalho fonte de insatisfação. Não é possível a integração dos dois pólos que ficam apenas contraditórios, não são percebidos como complementares.

Trabalho satisfação/insatisfação parece ter a ver com vida e morte, com trabalho vivo e trabalho morto. A descaptura de trabalho vivo pode estar nas

enunciações de desejo, na retomada da dupla dimensão, da compreensão do movimento dialético da realidade.

Para PICHON-RIVIÈRE (1982), nessas situações onde só está sendo possível um único significado, acontece uma percepção fragmentada da realidade, uma percepção passiva, alienada. Movimento relacionado à morte, mas que pode ser exercitado para a manifestação de vida, essa é outra possibilidade/limite para revisão da rede de relações: exercitar o olhar para outros aspectos de uma mesma situação. Num dos encontros grupais, esse exercitar foi realizado de modo mais específico e nele tivemos predominância dos momentos de tarefa.

"O grupo teve início às 14:41h, sendo que no pré-grupo uma integrante avisou que terá que sair mais cedo e outra informa à respeito de uma ausência motivada pelo filho doente.

A coordenadora explica que, devido ao movimento realizado no encontro anterior, o disparador da discussão seria um exercício grupal denominado Yin/Yang.

Foram entregues duas folhas de papel para cada integrante, uma azul outra amarela, ambas tinham o verso branco, permitindo a escrita..

A seguir a coordenadora solicitou que escolhessem uma para escrever, em seu lado branco os aspectos facilitadores das relações de trabalho entre eles e, na outra, os aspectos dificultadores.

Durante a explicação da atividade alguns integrantes falavam sobre o amarelo que lembra a latinha de cerveja, e algumas pessoas conversavam em paralelo.

Uma integrante diz estar com a cabeça noutro canto, e começam em meio a esses comentários a realizar a escrita. Perguntam:

*Integrante: **"Facilitadores que existem ou os que quero?"***

Parecem falar que há um desejado diferente do existente. Todos os integrantes escrevem e alguns fazem comentários baixinho com pessoas sentadas próximas.

Em um determinado momento ocorre um silêncio total sendo audível apenas o ventilador.

Quando todos os integrantes terminam de escrever a coordenadora explica que vamos trabalhar com uma simbologia da cultura oriental. É colocado um desenho de cerca de 50 cm de diâmetro no centro do grupo, com a figura do TAO. A coordenadora solicita aos integrantes que amassem as folhas com o lado colorido para fora e coloquem sobre o desenho, preenchendo-o.

Durante essa etapa da realização do exercício ocorrem falas tais como:

Integrante: “Amassar? Fica gastando papel!, aproveita para descarregar as raivas.”

Em seguida a coordenadora distribui um texto e solicita um voluntário para a leitura. O referido texto conta sobre o símbolo TAO, que representa o YIN/YANG, a energia positiva e negativa, ambas partes de um todo, assim como o lado iluminado e escuro de uma montanha (sombra e luz).

Todos prestam atenção na leitura e a seguir o texto foi recolhido e solicitado a cada integrante que pegasse dois papéis de volta, não necessariamente os seus próprios. Cada integrante buscou os seus escritos, o que nos faz pensar na hipótese de temor de ter lido o que escreveu outro.

Todos desdobram os papéis, e a coordenadora solicita que leiam buscando o aspecto oposto daquela idéia.

*Integrante: “**Profissionalismo.**”*

A coordenadora pergunta e o que pode haver de dificultador das relações no profissionalismo?

O grupo vive um momento de dificuldade de buscar o outro aspecto uma vez que já haviam referenciado cada um como uma ou outra coisa: facilitador ou dificultador.

*Integrante: “**Diálogo: facilitador.**”*

*Integrante: “**A falta dele, dificultador.**”*

*Integrante: “**A falta de correspondência.**”*

*Integrante: “**Ou não deixar o outro falar.**”*

O grupo pode estar-se referindo a sua própria dificuldade de diálogo, uma vez que no encontro anterior teve muitos momentos de conversa polarizada.” (Crônica, sessão 3 - grupo da tarde).

Nessa sessão grupal o movimento de tarefa é vivido quando o grupo toma contato com seus aspectos de “defeitos e qualidades” relativos; acabam por se deparar com suas próprias carências, com suas incompletitudes.

“Voltando ao movimento grupal, acontecem tentativas de se elaborar a questão de que todos temos aspectos positivos e negativos.

Integrante: “Perceber que ela não tem só defeitos... para se corrigir ... É lógico que temos defeitos, senão, não estaríamos aqui.”

Integrante: “Compensação se não tivesse defeito não iria perceber as qualidades.”

Integrante: “Sempre tem o outro lado.”

Isso leva o grupo a um momento de silêncio aparentemente de elaboração, onde as expressões parecem ser de reflexão e de concentração.

Voltam falando da tarefa proposta se era ou não a de se falar de coisas boas, falam que defeitos podem ser qualidades e explicitam:

*Integrante: “**Sua organização me irrita...**” (Crônica, sessão 3 - grupo da tarde).*

Dessa forma os integrantes vão podendo falar explicitamente que possuem imagens uns dos outros. Os trabalhadores da Unidade de Saúde vão criando e recriando imagens que nem sempre têm possibilidade de se atualizarem; na sessão acima descrita puderam exercitar isso, vejamos num momento mais inicial dos grupos de discussão.

A coordenadora propõe ao grupo uma atividade de apresentação em que os integrantes deveriam se utilizar de roupas para se apresentarem.

Segue-se um momento de risos, brincadeiras, escolha de peças e comentários sobre as roupas que se encontravam na sala, e sobre como ficariam com elas:

*Integrante: “**Empresta, deixa eu ver como fico.**”*

*Integrante: “**Já tô vendo eu aqui.**”*

*Integrante: “**Eu gostei dessa luvinha.**”*

A coordenadora pergunta ao grupo quem gostaria de começar e alguns integrantes solicitam que a gerente comece, e essa questiona porque ela.

Uma das integrantes inicia e o grupo vai falando através das peças de roupa sobre aspectos de sua vida.

São utilizados símbolos de time de futebol para dizer do time que torce, da necessidade de dormir aquecido (luva), do chapéu que lembra frustração (derrota do Brasil na Copa), do chalé não escolhido por lembrar bebê, do lado esportivo e da necessidade de fazer esportes, da não identificação com o movimento dos sem-terras e da antiga militância esquerdista, dos sonhos de moto, da saudade da terra natal, de lugares onde gostariam de estar, dos tempos de juventude, do gosto pelas cores alegres e vivas.” (Crônica, sessão 1 - grupo da tarde).

Rever imagens e vínculos são movimentos de vida; a manutenção e cristalização destes parece estar a serviço do instituído, do imaginário do imutável. As imagens cristalizadas vão-se manifestando e se produzindo no trabalho, que parece se

organizar e ser organizado por elas e favorecem para que se perpetuem, deixando a rede de relações tensionada e com amarras fixas.

Um trabalhador cuja imagem compartilhada é de competência para estar na sala de vacina, por exemplo, pode fazer desse espaço sua expressão, seu campo privado de atuação e outros trabalhadores podem ter o acesso a esse trabalho limitado. A fixação dos integrantes em imagens parece ter a ver com a fixação em trabalhos específicos, em escalas específicas, em papéis específicos, em objetivos específicos.

Na Unidade de Saúde estudada, os trabalhadores estão com poucos dispositivos para que em relação possam atualizar e rodiziar imagens, representações e assim constituírem vínculos, que poderiam se fazer em espaços intercessores entre trabalhadores, poderiam ser espaços de emergência de subjetividades.

Como vimos, a copa parece ser um espaço de interstício e de depósito onde acabam de certa forma elaborando ansiedades produzidas e reproduzidas nesse processo de ter um fazer comum e de se relacionar uns com os outros, com o trabalho, com a clientela e com a vida e a morte. No entanto, são processos de elaboração e de depósito ocultos e implícitos.

Os trabalhadores da Unidade se reúnem a cada dois meses, e nessas reuniões são apresentadas normas, são trazidas orientações do nível central através da gerência e discutidas dificuldades para o desenvolvimento do trabalho. Durante o período da fase de observação exploratória, participamos de uma dessas reuniões onde apresentamos a possibilidade das discussões grupais.

A criação e manutenção desse espaço explícito, ainda que tenha um caráter mais normativo, expressa a necessidade de encontros entre os trabalhadores para conversar sobre o trabalho que desenvolvem e gesta a

possibilidade de atualizações e de recriação dos sujeitos e do trabalho desenvolvido, gesta a possibilidade da constituição de projeto coletivo de trabalho, a criação de “*Obra*”.

É interessante ressaltar que a SMS-RP não tem como diretriz reuniões locais e que a Unidade estudada é uma das poucas, senão a única, a manter essa reunião bimestralmente.

ROUSSILON (1991) nos chama a atenção para a possibilidade de que as reuniões de trabalho se tornem uma outra forma de manter aquilo que está instituído, constituindo-se em espaços de discussão em que a proposta explícita é a mudança, mas o efetivo constituído é a manutenção e reprodução daquilo que já está dado. No entanto, a possibilidade de constituição de equipes e enfrentamento dos conflitos e confrontos, a atualização dos vínculos e da mútua representação interna e a elaboração de projetos coletivos e voltados para a defesa da vida, requerem espaços de encontro, requerem a permanente análise e auto-análise do uso e desuso desses espaços.

Para CAMPOS (1997) temos o desafio de criar mecanismos capazes de unir, de religar as equipes de saúde com a “*Obra*”. Talvez as reuniões formais e informais possam propiciar fecundidade para processos criadores e coletivos.

Diversos autores apresentam, como possibilidade para a construção do trabalho de equipe, o estabelecimento de reuniões periódicas; destacamos SCHERER & CAMPOS (1997), que em estudo das produções sobre o trabalho de equipe interdisciplinar em saúde mental concluem:

“O funcionamento em interdisciplinaridade requer espaços para a reflexão da prática, dos relacionamentos e das atitudes frente aos

usuários (reuniões de equipe, de discussão de casos, de discussão das atividades grupais e de supervisão da equipe).” (SCHERER & CAMPOS, 1997, p. 279).

Uma vez instituídas, as reuniões e espaços de discussão podem se tornar trabalho vivo capturado, são assim possibilidades de vida e de morte e fica o desafio da busca das brechas dos instituintes. Consideramos que pode não ser suficiente a formalização de reuniões, ou o uso dos espaços de interstício, das conversas informais; será necessária sua análise ou a auto-análise a que BAREMBLITT (1994)³⁷ se refere.

Ainda no estabelecimento estudado, as trabalhadoras de enfermagem e gerência realizam uma reunião semanal onde o caráter informativo e normativo predominam. Movimento de vida se tomarmos a reprodução, a passagem de normas como possibilidade de continuidade, mas de morte se considerarmos o não-questionamento, a não-criticidade, o não-sujeito das reuniões e do trabalho.

Perguntamos: no âmbito institucional, quais seriam os possíveis motivadores para que a enfermagem realize essas discussões sem a participação direta dos demais trabalhadores?

Estaria implícita a questão de que a viabilização e materialização do cumprimento de regras e normas necessita da adesão dessas trabalhadoras irremediavelmente? Estaria implícito que esse subgrupo de trabalhadoras detém o maior complexo de “intrigas interpessoais” e estes espaços se destinariam a reconstrução da harmonia? Ou seria porque este grupo é o que cotidianamente, e de forma mais aguda, tece relações não apenas com todo o conjunto de

³⁷ A questão da auto-análise e autogestão proposta por BAREMBLITT (1994) encontra-se no capítulo 1.

trabalhadores da Unidade mas também com a clientela, “amortecendo” as trombadas dessas relações?

A essas questões não pretendemos respostas, apenas reflexões. Como vimos, o trabalho da enfermagem, nessa atual conformação, fica visível, se mostra, se traduz em presença concreta, em argamassa para o trabalho em saúde cuja centralidade são os atos médicos e medicalizantes. *Em se mostrando, tanto pode encarnar as dificuldades de todo o conjunto, como pode redirecionar seu fazer, talvez, com maior plasticidade?* Rearticular outros trabalhos, incluir-se no campo de atenção coletiva produzindo espaços intercessores, *quem sabe?* Talvez esta seja uma das apostas possíveis.

As reuniões semanais da enfermagem e as bimestrais com todos os trabalhadores nos encaminham para a discussão de que, ao se reunirem, conversarem, processos estão sendo desencadeados ou emergentes, trata-se de processos grupais.

A análise destes processos é por nós considerada aqui como possibilidade da revisão e rearranjo da rede de relações entre os trabalhadores e do trabalho de equipe, posto que possibilitam a emergência das instituições, dos poderes e das subjetividades.

A emergência destes processos também vai sendo limite, no cotidiano dos serviços à medida que apenas os aspectos explícitos são apropriados por seus integrantes; os implícitos muitas vezes não são desocultados, consolidando ainda mais as imagens aparentes, fixas e externas.

Nesse sentido, BARROS (1997) traz os grupos como dispositivo em ação, e enquanto possibilidade de “desembaraçamento” das linhas que os compõem: de visibilidade, de enunciação, de força e de subjetivação.

Discutindo as linhas de subjetivação, a autora aponta os grupos como possibilidade de conexões entre modos de existencializações diferentes, é possível ver a si mesmo, ver o outro e ver a outrem, é possível se re-ver:

“Isso cria um vasto campo de confrontos, de interrogações, que se propagam criando fossos onde antes estava cimentado. Muitos diriam que isto não é exclusivo de um grupo e que não há garantias de que isso possa aí se dar. É verdade. Mas é verdade também que as falas portadoras de cristalizações, os afetos congelados em territórios fechados, quando acionados pelo dispositivo grupal se vêem na adjacência de uma inquietação, podendo, se intensificados, se deslocar do lugar naturalizado a que estavam remetidas. Explico-me pouco mais. O estar diante dos outros pode disparar movimentos inesperados porque é o desconhecido - não só enquanto experiência, como também modo de experimentar - que passa a percorrer a superfície dos encontros. O sentido de outro, aqui, é tanto de outra pessoa - nível molar-, quanto de outrem-nível molecular. Outrem é a composição de linhas que desenham movimentos imprevisíveis possibilitando a captação de um mundo de margens, de perturbação, que arrasta o pensamento do atual ao impensado. Outrem não é nenhum objeto/sujeito particular. Outrem é multiplicidade, é coletivo. Entre essas duas dimensões - a molar e a molecular - há montagens recíprocas, estabelecem-se correlações necessárias para a construção permanente do real social.” (BARROS, 1997, p. 188).

Nas sessões grupais ou reuniões da equipe, formais e informais, podem acontecer revisões importantes, reapropriações de Outrem e do Outro: movimento de vida.

O fragmento abaixo de crônica grupal traz um dos momentos do processo grupal vivenciado na unidade de saúde que ilustra a possibilidade de se ver e rever, que parece se manter embrionária, em esporo, esperando momento propício para se recriar.

“O grupo teve início com a proposta da coordenadora de que atribuísem por escrito aspectos que admiram nos seus companheiros. Foi distribuída uma folha de papel em branco, colada com fita crepe nas costas de cada integrante e caneta hidrocor. Cada integrante teve anotada na folha de suas costas diversas características atribuídas por todos os outros.

Esse momento foi vivenciado com descontração, risos, alegria e aparentemente também certa dificuldade em revelar ou enxergar, nesse outro, outras características. A seguir, cada integrante pode conhecer as características que lhe foram atribuídas seguindo-se da leitura para o grupo, de cada um.

Foram elencadas diversas características tais como: paciência, dedicação, competência, autenticidade, memória, simpatia, tranquilidade, etc

Foi proposto ao grupo, pela coordenadora, que discutissem como foi atribuir e receber aquelas características.

O emergente de abertura se referiu a identificação com aquelas características atribuídas, causando aparentemente certa tranquilidade uma vez que foram adjudicadas características “positivas”.

Integrante: “É bom você saber como o grupo te vê.”

No entanto, o grupo parece também se deparar com a hipótese de terem conhecidas características tidas como “negativas”, e aparentemente percebem essas características enquanto estáticas, e não como resultante das relações e mutáveis ao longo dessas.

Integrante: “A gente não demorou a descobrir a coisa boa de cada um.”

Integrante: “É bem evidente...”

Seguido dessa constatação o grupo vai para um movimento de pré-tarefa, vindo a falar de uma situação de espera de pacientes que batem na porta da odontologia. O grupo assim novamente se utiliza da dificuldade da relação com os usuários para evitar o aprofundamento em suas próprias relações.

A coordenadora faz um assinalamento para o grupo apontando seu desvio de assunto:

Coordenadora: “Vocês vinham discutindo sobre as características de cada um que é conhecida e vocês desviaram de assunto, vamos falar sobre isso?”

Integrante: “Demos uma fugida legal.”

Integrante: “A gente convive há muito tempo, é fácil denominar as características de cada um.”

O grupo inicia a explicitação de aspectos que percebem uns dos outros:

Integrante: “Dá para ver a simpatia, os gritos...”

Parece que isso causa ansiedade expressa por um silêncio tenso seguido de expressões:

Integrante: “Fala aí fulano...”

Integrante: “Eu não.”

Integrante: “Dá corda aí gente.”

Conseguem perceber o obstáculo presente, e nesse momento dos vínculos e do processo grupal ainda evitam a discussão e a explicitação, parecem temer a destruição, o conflito, a desarmonia. Contraditoriamente parecem temer também outra forma de vinculação possível a partir de novas significações e de atualizações da mútua representação interna.

Integrante: “Falar de coisas boas é fácil, tem que falar dos defeitos.” (Crônica, sessão 4.- grupo manhã).

Os integrantes vão poder se ver e rever através de construções sucessivas, com idas e vindas, tais como as marés, num processo dinâmico, até porque estamos todos nos modificando a cada instante, e nas relações. Esse olhar vivo em movimentos precisa ser explorado e exercitado, trata-se de reaprender a olhar, de se permitir enxergar outras formas, de escutar os ruídos provenientes e constituídos no cotidiano.

Segundo QUIROGA (1994), esse cotidiano se expressa como auto-evidente, ao mesmo tempo que se oculta, se revela, e reclama uma crítica.

“A partir del mito de “lo natural”, y “lo eterno”, “la realidad por excelência”, “lo que simplemente és”, la realidad de lo cotidiano há desaparecido de la representación.

Por eso afirmamos que la realidad social se muestra e se oculta a la vez en la vida cotidiana. Se muestra en los hechos e se oculta en la representación social de los hechos.” (QUIROGA, 1994, p. 73).

Nesse cotidiano, o outro, o Outrem, o trabalho, as relações e as materializações das instituições parecem estar sendo assim tomadas: como já

dadas, naturais. Nesse interjogo de revelação e ocultação cotidiana, se tecem relações do homem com a natureza para satisfação de necessidades.

Entre sujeito e o cotidiano, mundo interno e mundo externo, satisfação e frustração de necessidades socialmente constituídas, vamos tendo nos grupos a assunção e adjudicação de papéis entre os sujeitos.

Traremos alguns exemplos de adjudicação e assunção de papéis emergentes nas sessões grupais:

“A coordenadora propõe ao grupo que façam o seguinte exercício: que coloquem numa folha sua expectativa, o que espera desse outro, dirija-se a um dos integrantes e lhe entregue sua expectativa. A seguir explicitam as seguintes expectativas:

*Integrante: “**Mais paciência comigo.**” (essa integrante havia se desentendido com outra por questões de trabalho, e faz uma reparação aqui, esse assunto foi tocado em passant nas discussões do grupo da manhã).*

*Integrante: “**Amizade maior, amizade que continue.**”*

Essa integrante inicia o movimento de não personalização, de se referir genericamente a todos.

Esse movimento pode ser um indicador de que é mais fácil nos referirmos a todos do que especificar, explicitar nominalmente, talvez esse seja um indicador dos vínculos estabelecidos e parece ainda ocultar um temor, uma fantasia: a de que se disser aquilo que pensa do outro poderá magoar, destruir.

Prosseguem entregando o papel e aquela integrante que polarizava a discussão com a gerência entrega a essa sua expectativa (que parece ser a do grupo):

*Integrante: “**Para você gerente: compreensão!**”*

A gerente por sua vez procura clarear:

*Gerente: “**Compreensão em que sentido?**”*

*A integrante diz: “**Devolve ...**”, levantando-se para retomar o papel, conforme os registros das observadoras essa integrante estava com o rosto vermelho, respiração rápida e ofegante.*

Essa integrante, que era porta-voz da expectativa grupal, expectativa de compreensão, de ser entendido, passa a vivenciar o papel de bode expiatório, e a gerência fica como depositária dessa expectativa que parece ser de todo o grupo, inclusive desta.” (Crônica, sessão 2 - grupo da tarde).

Interessante assinalar que, muito provavelmente no dia-a-dia, situações dilemáticas, em que a ansiedade e o medo do ataque e da perda se avolumam, um dos integrantes pode ser o depositário dessas ansiedades; elas aparecem

materializadas, dentro da equipe, entre duas pessoas, e no entanto envolvem essas duas pessoas devido a suas verticalidades, mas dizem respeito, principalmente, à situação grupal.

O bode expiatório, segundo PICHON-RIVIÈRE (1982), é aquele que enuncia a dificuldade que é do grupo, e pela dificuldade da elaboração das ansiedades presentes, bem como complementariedade e verticalidade desse, ele se “transforma” em bode expiatório. Encarna para todos a dificuldade, que passa a ser somente dele.

O trabalhador que fica bode expiatório tende a ser excluído e isso é bastante interessante; é ter alguém ou alguma coisa que encarne o que tomamos como defeitos, “pecados”, pois assim não se toma contato com os próprios, com a finitude e incompletude, mas também é engodo. É engodo, pois o motivo do aumento da ansiedade que leva a movimentos defensivos continua presente e mais cedo ou mais tarde o grupo se depara com ele novamente.

Dessa perspectiva teórica adotada, a emergência do papel de bode expiatório geralmente surge nos grupos para preservar suas lideranças; nesse caso exemplificado surgiu em “defesa” da gerência, em um outro momento, no grupo da manhã, surgiu em relação à enfermeira. Essas trabalhadoras podem estar exercendo de forma fixa a liderança no grupo, o que pode criar estereotípias, realçando a dependência, lembrando que complementarmente pode estar sendo satisfatório e cômodo para os demais trabalhadores.

Nessa mesma sessão o grupo prossegue da seguinte forma:

“A partir dessa polarização, que foi permitida e de uma certa forma comodamente assistida pelos demais integrantes, pois que não se posicionam explicitamente ou verbalmente, mas deixam a discussão

rolar, os papéis que contém suas expectativas são entregues genericamente: “para o grupo”.

Referem-se ainda às seguintes expectativas:

Integrante: **“Harmonia e respeito mútuo, para todo mundo pensar...”**

Integrante: **“Respeito.”**

Integrante: **“Agradeço o jeito que fui recebida...”** (essa trabalhadora se insere nessa equipe há pouco tempo, podemos ler implicitamente expectativa de se ser acolhida e aceita).

Integrante: **“Para você coordenadora pela oportunidade de desabafo.”** (o grupo parece estar dizendo da sua expectativa de ser ouvido, de desabafar e que isso tem sido possível nos grupos).

Com essa atividade proposta parece que o grupo faz emergir o implícito, a ansiedade parece ser elaborada, vindo a diminuir embora o movimento de resistência continue presente.

A coordenadora faz uma síntese daquilo que o grupo apresentou enquanto

expectativa, e o grupo parece se manter com medo de uma possível mudança, medo

de outras formas de vínculos, e assim resiste:

Integrante: **“Foi bom mas precisa ver se vai cumprir.”**

Integrante: **“Seis anos que estou aqui a gente sempre ouve: paciência, humildade, todo dia...”**

Integrante: **“Não tem jeito...”**

A seguir volta a discussão da expectativa de compreensão e os demais integrantes se posicionam a favor da gerente, o que delimita assim o papel de bode expiatório para a outra integrante.

Integrante: **“Até hoje não encontrei uma gerente como a fulana...”** (nas entrelinhas, ela nos compreende sim)

Integrante: **“Depois que você veio aqui gerente, eu não conversava mais com a fulana, agora eu converso com todo mundo...”**

Integrante: **“Todos os postos que trabalhei, se precisava sair mais cedo dava-se um jeito...Ela está na função dela...Ela que tem o domínio da situação. Na posição dela ela está certa. Eu tenho que me submeter a isso...Quem manda aqui é a gerente.”**

A seguir a coordenadora assinala para o grupo que o horário já se findou, e o grupo discute se haverá ou não reunião na semana seguinte devido ao agendamento há dois meses, da reunião geral mensal.” (Crônica, sessão2 - grupo da tarde).

O rodízio de papéis, num grupo, é indicador de sua saúde; os papéis fixos significam estereotípias, morte, mas podem fazer surgir a necessidade de atualização, na rede de comunicação, e dos vínculos entre os integrantes, movimento de vida.

Na rede de relações tramada na Unidade de saúde a possibilidade da mudança assusta. Faz-se presente a ambivalência do ser humano nas instituições a que SNEIDER (1997, p.406) se refere: “Os grupos tendem a retratar, através da instituição, a ambivalência do ser humano. Comumente, o adulto manifesta desejar intelectualmente uma mudança, uma revisão de procedimentos desde que a alteração se mantenha sob controle.”

É preciso o exercício do rodízio de papéis, a “*permissão*” do novo e o passar elaborando-se por situações de mudança, para que se apreenda nesse processo que não é possível manter sob controle a vida fluindo, o seu seguimento e a morte. Como diz GUATTARI & ROLNIK (1996), o inesperado, a surpresa deixaram de incluir-se na nossa existência produzindo subjetividades esvaziadas de singularizações:

“A apropriação da produção de subjetividades pelo CMI esvaziou todo o conhecimento da singularidade. É uma subjetividade que não conhece dimensões essenciais da existência como a morte, a dor, a solidão, o silêncio, a relação com o cosmos, com o tempo. Um sentimento como a raiva é algo que surpreende, que escandaliza.[...]”

Há sempre um arranjo que tenta prever tudo o que possa ser da natureza de uma dissidência do pensamento e do desejo. [...] Tudo o que surpreende, ainda que levemente deve ser classificável em alguma zona de enquadramento, de referência.” (GUATTARI & ROLNIK, 1996, p. 43).

A retomada dos movimentos na rede de relações na Unidade de Saúde, pelos envolvidos, pressupõe a vivência da mudança, do novo, da ausência de respostas prontas, daquilo que não está conhecido, e que quando se conhece, quando se estabelece, já é possibilidade de novas mudanças: esse permanente movimento é potência para trabalho de equipe.

*“É a vez de o grupo da tarde vir falar dos roubos e a coordenação pergunta ao grupo sobre o que figurativamente sentem estar sendo subtraído.
O grupo diz:*

*Integrante: “**Tem pessoas que não gostam de falar de certas passagens da vida.**”*

Talvez pudéssemos ler essa frase assim: tem grupo, ou nós aqui, não queremos ter revelados alguns aspectos nossos, algumas de nossas passagens.

*Integrante: “**O que eu tenho que falar eu falo, tem pessoas que não gostam...é o jeito das pessoas.**”*

Parece que sentem a perda do “anonimato”, não se dão conta ainda de que esse anonimato é fantasia, é acordo implícito: “faz de conta que não te vejo, faz de conta que não te percebo e não tenho nenhuma idéia a seu respeito que não as boas”. (Crônica, sessão 3 - grupo da tarde).

Trazemos assim mais um limite/potência para a reconfiguração da rede de relações: a revisão desse acordo, a desmistificação de que ao se posicionar, ao se falar sobre o que se pensa, se destrói esse outro, acreditamos se fazer necessário o questionamento dessa “*máscara*” de neutralidade e não-partido.

O grupo prossegue:

*Integrante: “**Eu sempre fui otimista e sempre acreditei no ser humano. Eu tenho medo de perder isso.**”*

Trata-se de uma fala genérica do tipo jargão, e que nesse momento se conecta ao movimento grupal, pois que externaliza o sentimento de medo da perda, expõe o temor de ter subtraído, de ter retirado a possibilidade de se manter aparentemente neutro, se manter anônimo.

Vão concluindo as discussões voltando ao seu início, o que também é um indicador do movimento de tarefa do grupo, elabora, faz voltas na espiral dialética do processo grupal, “fecha”, volta ao emergente de abertura de forma mais enriquecida. Assim vão terminar falando sobre os dois lados das situações e da importância de buscar, naquilo que tomam como ruim, coisas boas.

*Integrante: “**Do ruim tirar sempre alguma coisa boa.**”*

Antes da coordenadora realizar uma breve síntese sobre os aspectos discutidos, um integrante indica ao grupo um filme: “Cidade dos anjos.” (Crônica, sessão 3 - grupo da tarde).

Finalizando, vamos nos utilizar da fala de um dos integrantes do grupo: ***“todo mundo quer trabalhar e ser respeitado”***; ela parece-nos síntese de nossos medos, resistência à mudança, desejos, desejo dos trabalhadores, dos usuários e desta pesquisa.

Poder e Instituição produzindo subjetividades: o trabalho de Equipe - possível ?

“A vida para ser bela deve estar cercada de verdade, de bondade, de liberdade.

Essas são coisas pelas quais vale a pena morrer. Era porque eu amava a vida, e a amava com muita intensidade que eu me arriscava a andar bem próximo da morte...

E assim fui vivendo, próximo da morte, porque gostava de viver.” (RUBEM ALVES, 1996)

O poder e a instituição estão atravessando a rede de relações no trabalho em saúde na Unidade estudada, estabelecendo modos de subjetivações. Como vimos, o que atravessa pode transversalizar, o que está instituído pode ser propulsão instituinte, assim podemos ter processos de singularizações.

Na atual forma de organização do trabalho e da rede de relações tecidas na Unidade estudada, vamos tendo inúmeras possibilidades de alternância e movimentos que parecem estar sendo apreendidos estaticamente. Os processos grupais reproduzem essas relações e permitem sua análise; assim, os grupos podem constituir dispositivos em ação.

Voltando aos nossos pressupostos podemos dizer que eles se confirmam: ao mesmo tempo em que a rede de relações se configura no trabalho, ela se reproduz e também é produtora e (re)produtora das subjetividades dos envolvidos. Essa rede se conforma em analogia aos processos grupais, podendo ser conhecida e (re)conhecida em sessões grupais, podendo ser apropriadas pelos trabalhadores e reconfigurada.

Os trabalhadores em sua relação com os usuários estão uns para os outros e uns com os outros cristalizados e “prontos”, não se percebem sendo conformados nestas relações e protagonistas delas, e se conformam: *não temos saídas, “sinceramente não tem solução.”* Esses mesmos limites são possibilidades de revisão, de retomada, de criação de devires e de desejos; é que também estão presentes os movimentos de vida que precisam ser enunciados, disparados, apreendidos pelos trabalhadores e usuários:

“Integrante: “É uma esperança de vida também.” [...]

Integrante: “Houve diálogo, né?” [...]

Integrante: “Tudo tem a ver. É um elo, uma corrente, vida prazer e trabalho, final. Coisa muito simples...sempre foi meu modo de ver a vida...matemática...o resultado de um viver é...ter os meios, viver a vida da melhor maneira possível...Dar prazer para aquele que está ao seu lado, respeitar...quem está...”

(Fragmentos de crônicas do grupo da manhã e da tarde).

Além da arte, cinema, música, literatura, podemos *criar* no trabalho em saúde, podemos ficar também autores de significativa “*Obra*”. Se subjetividades vão sendo produzidas e re-produzidas, subjetividades capitalísticas, que carregam em si a forma de produção capitalista, subjetividades submetidas e em série, os processos de singularizações também estão possíveis.

Pensar com os trabalhadores sobre a saúde, sobre como trabalham, porque e onde esse trabalho pretende chegar, é pensar relações, é criar possibilidades de equipes em processo.

A gerência, nesse sentido, pode se estabelecer enquanto desencadeador, disparador de processos de auto-análise e auto-gestão dos processos institucionais e do processo de trabalho, o que requer uma outra direcionalidade, requer outras ferramentas que não o controle e submissão às normas.

O trabalho de equipe solicita revisão da rede de micropoderes e das materializações daquilo que se encontra instituído, apropriação das concretizações institucionais no cotidiano.

Olhar para os explícitos e implícitos, para os papéis assumidos e adjudicados, para os objetivos em disputa e em pauta, podem ser dispositivos para uma saúde voltada para a defesa da vida, descapturada da imobilidade da morte.

O trabalho de equipe é possível? Porque não?! Trabalho que vai oscilar entre vida e morte, cooperação e competição, complementaridade e não-complementaridade, em movimento, em alternância e apropriação de seus sujeitos, em vida, em ato e em lembranças.

"Integrante: "Através de um livro, filme, música, a gente tá vivendo e não tá sentindo, você ouve uma música ou vê um filme concentrado você enxerga outras coisas, um clic para a gente pensar, se essa música fosse trilha sonora daquele filme dava certinho. (refere-se ao filme Cidade dos Anjos que indicou para o grupo e a música do Gonzaguinha "O que é o que é") Tá bem enciminha aqui." (Crônica, sessão 4 – grupo da tarde).

Do ponto de vista do processo grupal, indicações ou lembranças, lembranças de filmes, obras artísticas, poemas, contos, etc, não se fazem ao acaso e podem nos auxiliar na análise e elaboração de hipóteses sobre o movimento do grupo. O filme proposto e indicado por um dos integrantes trata de uma ficção: nosso mundo atual e nós, humanos, convivendo com a existência de anjos, de imortais.

Mundos paralelos coexistentes, seres perfeitos que caem na mais humana das tentações (*a da paixão*), amores impossíveis, morte e vida em conflito,

solidão versus eternidade que parecem dizer respeito a esse grupo em seu atual momento e história.

Para nossa surpresa, PELBART (1993) faz uma análise de um filme que aparentemente é uma versão mais antiga deste, mas que trata do mesmo tema. Ele discute o desejo das asas.

O autor vai falando que os anjos não são deuses, não podem solucionar os problemas da condição humana mas oferecem escuta, oferecem sutil toque no ombro, talvez do mesmo modo que os trabalhadores de saúde poderiam, em relação uns com os outros e com os usuários, realizar: presença solidária capaz de restabelecer o ânimo e fazer alento.

Conta que os anjos têm inveja dos homens:

“Do que têm inveja os anjos? Da finitude dos mortais. Da sua fragilidade, da sua inscrição no tempo, do sentir frio, do sentir fome, do sentir doce, do esfregar as mãos uma na outra na madrugada gelada, de sentir o calor de um copo de café esquentando o corpo, de ter saudades, incertezas, de morrer de amor e de ter medo da morte.” (PELBART, 1993, p.20).

Segundo o autor, os anjos estão infelizes, estão (a)históricos, em existência sem concretude ou com excesso desta, precisam sentir ausências e incertezas, essas mesmas que as vezes nos desesperam.

Estão os trabalhadores como anjos? Anjos anestesiados da vida, numa relação presente ausente, contempladores do mar³⁸, do ir e vir das marés onde o sol nasce e se põe numa eternidade esvaziada de sentido?

No filme o anjo encarna, se apaixona e sai da imortalidade e, segundo PELBART (1993, p.21), conhece a verdadeira eternidade, a eternidade do fugaz momento, vive um devir-anjo:

³⁸ No filme Cidade dos anjos, todos os dias os anjos se encontram para ver o nascer e o pôr-do-sol numa praia, à beira-mar.

“e vive com ela um instante único, em que sente pela primeira vez ter descoberto a verdadeira eternidade. Não aquela eternidade vazia dos anjos, mas a eternidade cravada na fugacidade de um devir. Um pouco como o poeta: eterno enquanto dura. E o ex-anjo - recém - tornado - mortal, através desse instante diamantino, embarcou no que poderia chamar de devir-anjo. Ele não virou anjo, mas entrou num devir-anjo o que é bem diferente.”

Na rede de relações entre os trabalhadores, nas relações que estabelecemos com e no trabalho, já não suportamos muito a igualdade, a rotina, o encher e esvaziar do serviço, estamos eternizados em vazios, capturados, subjetivados em série, e se assim estamos podemos romper, podemos buscar o devir-anjo, o devir-gente, o *desejo de asas*. Esse é o nosso desafio, desafio de trabalhadores da saúde:

“[...] criar muitos modos de devir-anjo, os mais diversos, os mais múltiplos, os mais variados. Seria preciso engravidar o real com virtualidades desconhecidas de devir-anjo, para que o tédio de ser mortal não vire uma camisa de força ainda pior do que o tédio de ser anjo.”
(PELBART, 1993, p. 22).

Trabalhar com saúde é também trabalhar com engravidar o nosso cotidiano com possibilidades, com co-criações. Trabalhar em saúde é trabalhar com a vida como Rubem Alves, vivendo perto da morte, da finitude, gostando de viver, vivendo a música do Gonzaguinha *“sem ter a vergonha de ser feliz”*, eterno aprendiz!!

Nós trabalhadores de saúde (*eternos aprendizes?*) podemos optar por encarnar, por tomar contato com outra eternidade, aquelas que são possíveis nos

encontros. Encontros dos quais saímos modificados, acrescidos, doadores e estranhamente inteiros, encontros de troca, encontros de solicitude, encontros que permitem e admitem angústias, dores, ardores, conflitos, inteireza. Encontros grupais, encontros com trabalhadores, com usuários, com orientador e com supervisor, encontros de pesquisa, entre amigos, encontros com leitores.

Vamos chegando ao término desta nossa pesquisa com a certeza de que outras infinitas imagens poderiam e podem ser olhadas e compartilhadas no nosso caleidoscópio.

Contornos de variadas cores, sabores, dores, amores, sons e texturas nos permitiram chegar até aqui com aquela sensação-criança de, após muito brincar, sorrir, pular, espernear, chorar, de novo sorrir, precisar adormecer em qualquer canto, de muito cansados e realizados que estamos.

Amanhã, um dia lindo vai amanhecer, com sol ou chuva, ambos necessários, e outras descobertas poderão se empreender, novas pesquisas, outras imagens hão de se configurar e os nossos olhos já estarão outros olhos, e continuarão brilhantes de possibilidades infinitas de visões, de encantos e de encontros.

Referências Bibliográficas

- ADANSON, G. **Fases y mitos en grupo operativo**. Texto extraído de la hoja de presentación y programa entregado a los alumnos de la experiencia acumulativa de marzo, Argentina, 1977. /Mimeografado/
- ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O saber da enfermagem e a sua dimensão prática**. São Paulo, Cortez, 1986.
- ALMEIDA, M.C.P. **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva**: rede básica de saúde em Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 1991. 297 p. Tese (Livre-Docência) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- ALMEIDA, M.C.P.; FORTUNA, C.M.; PEREIRA, M.J.B.; MISHIMA, S.M.; VILLA, T.C.S. A gerência na rede básica de serviços de saúde em Ribeirão Preto – um processo em construção. **Rev.Bras.Enfermagem**, v.47, n.3, p. 278-286, 1994.
- ALVES, R. **A magia dos gestos poéticos**. A sedução de Gandhi. São Paulo, Ed. Olho d'água/Speculum, 1996.
- ANDRADE, D.R. O grupo como o entende Bauleo. In: BAREMBLITT, G. F. (org.) **Grupos, teoria e técnica**. Rio de Janeiro, Graal, 1982. Cap. 13, p. 159-168.
- ÁVILA, L.A. O indivíduo e o grupo. **Rev.Assoc. Bras. de Psicoter. Anal. Grupo**, v. 4, p. 40 – 47 1995.
- BARBOSA, A.N. *et al.* Dinamismos grupais na Equipe Psiquiátrica. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 31, p.37-38, 1982.
- BAREMBLITT, G.F. Notas estratégicas a respeito da orientação da dinâmica de grupos na América Latina. In: BAREMBLITT, G. F. (org.) **Grupos, teoria e técnica**. Rio de Janeiro, Graal, 1982. Cap. 2, p. 11-37.
- BAREMBLITT, G.F. **Compêndio de análise Institucional e outras correntes**: teoria e prática. 2.ed. Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1994.
- BARROS, R.D.B. Dispositivo em ação: o grupo. In: SILVA, A.E. *et al.* (orgs.) **Subjetividade**. Questões contemporâneas. São Paulo, Hucitec, 1997. p. 183 –

191. (Série Saúde e Loucura, n. 6.)
 BARROS, S. Trabalho de equipe multiprofissional em saúde mental em centros de
 saúde: contribuição do enfermeiro. **Rev.Esc.Enfermagem.USP**, v.21, n.3, p. 221 -
 224, 1987.
 BARROS, S.; FORCELLA, H.T.; TEIXEIRA, M.B.; ARANTES, E.C. Ações de
 saúde mental do enfermeiro em Unidade Básica de Saúde.
Rev.Esc.Enfermagem.USP, v.21, n.3, p. 255 - 262, 1987.
 BAULEO, A. **ContraInstitución y grupos**. Argentina, Atuel S.A. Ediciones 1989.
 BAZ, M.; BARRIGA, A.D. Concepción operativa de grupo e Investigación. Su
 ubicación en el contexto de las ciências sociales. In: BAZ, M. *et al.* (org) **LO**
GRUPAL 9. Argentina, Ediciones Busqueda de AYLLU S.R.L, 1991. p. 115 –143.
 BENZATO, E.M. *et al.* Hospital-dia do S. S. Dr Cândido Ferreira: uma avaliação
 do primeiro ano de funcionamento. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.42, n.4, p.197 - 201,
 1993.
 BITENCOURT, M.N.T. Implantação do programa casa de parto do Estado da
 Bahia. **Rev.Bras.Enfermagem** , v.37, n.2, p. 135 – 138, 1984.
 BLEGER, J. O grupo como Instituição e o grupo na Instituição. In: KAES, R. *et al.*
 (orgs.). **A Instituição e as Instituições**: estudos psicanalíticos. Tradução Joaquim
 Pereira Neto. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991. Cap.2, p. 41 – 52.
 CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre o processo de administração e gerência
 de serviços de saúde. In: CAMPOS, G.W.S.; MERHY, E.E.; NUNES, E.D.
Planejamento sem normas. São Paulo, Hucitec, 1989. Cap. 1, p. 9 – 32.
 CAMPOS, G.W.S. **Reforma da reforma**: repensando a saúde. São Paulo,
 Hucitec, 1992.
 CAMPOS, G.W.S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução
 das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L.C.O. (org).
Inventando a mudança na saúde. São Paulo, Hucitec, 1994. Cap.2, p. 29-87.
 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/Lugar Editorial, 1997. Parte 3, p. 229 - 266.

CAMPOS, M.A. Experiência de trabalho em equipe multidisciplinar de um Hospital-dia Psiquiátrico Universitário - reflexões sobre dinâmica de grupo. **Rev.ABL-APAL**, v.10, p.30 – 34, 1988.

CAMPOS, M.A. O trabalho em uma equipe multiprofissional: uma reflexão crítica. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 41, p. 255 - 257, 1992.

CARDOSO, V. *et al.* O grupo Interdisciplinar de gerontologia do hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina e suas funções. **ACM-Arq.Catarin.Med.**, v.19, n.3, p. 225 - 229, 1990.

CARLINI-COTRIN, B. Potencialidades da técnica qualitativa grupo focal em Investigações sobre o abuso de substâncias. **Rev.SaúdePública**, v.30, n.3, p. 285 - 293, 1996.

CASTELO, M.T.P. **A questão da sobreposição do papel materno ao papel de profissional no contexto da creche** – uma Investigação baseada na técnica de grupo operativo. São Paulo, 1992. 95 p. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia, Universidade São Paulo.

CATROPA, S.L.M.; MASSA, A. As vicissitudes no trabalho em equipe multiprofissional. **Bol.Psiquiatr.**, v.20, n.1/2, p. 17 - 19, 1987.

CHAVES, M.; KISIL, M. A equipe multiprofissional. In: KISIL, M.; CHAVES, M. **Programa UNI: uma nova Iniciativa na educação dos profissionais de saúde.** Barueri, Fundação Kellog, 1994. p. 63 - 67.

CHIZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 2.ed. São Paulo, Cortez, 1995.

CORREIA, A.C.C. *et al.* Projeto para implantar a saúde mental na rede básica de Embú. S.P. **Bol.Psiquiatr.**, v.20, n.1/2, p. 26 - 28, 1987.

DALL A'GNOLL, C.M. **O agir-refletir-agir nos movimentos de Integração e diferenciação de uma equipe de enfermagem em relações de trabalho.** Florianópolis, 1994.186 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina.

DEMO, P. **Pesquisa, princípio científico e educativo.** 4. ed. São Paulo, Cortez, 1996.

DUBOST, J.; LEVY, A. El analisis social. In: GUATTARI, F. (org.), **La**

Intervencion Institucional. México, Editora Plaza y Valdes, 1987. p. 45 – 91.
ENRIQUEZ, E. O trabalho da morte nas Instituições. In: KAËS, R. *et al.* (orgs) **A**

Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos. (Tradução Joaquim
Pereira Neto). São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991. Cap. 3, p.53 – 77
ESPERON, L.C. *et al.* Programa de pediatria social da Vila Dom Bosquinho.

Pediatr. Mod., v.23, n.5, p. 278 – 288, 1988.
EUSTÁQUIO, M.S. *et al.* A atuação da equipe multiprofissional na Unidade de
oncologia pediátrica. **Pediatria**, v.10, n.4, p. 179 - 180, 1988.
ÉVORA, Y.D.M. A propósito do trabalho de equipe no serviço de enfermagem.

Rev.Paul. Hosp., v.32, n.1 e 2, p. 37 - 40, 1984.
FERNANDES, M.I.A. **De como emerge a questão do narcisismo e da**
alteridade no grupo operativo. São Paulo, 1989. p.169 Tese (Doutorado) –

Instituto Psicologia, Universidade São Paulo.
FERREIRA, G. Centro de atividades Integradas em saúde Mental. **J. Bras.**

Psiquiatr., v.43, n.8, p. 415 - 416, 1994.
FOUCAULT, M. **Microfísica do poder.** 11. ed. Rio de Janeiro, Graal, 1993.
FORTUNA, C.M.; MISHIMA, S.M. O trabalho em equipe em saúde – análise a
partir de perspectivas teóricas. Ribeirão Preto, 1998. apresentado no VI
Colóquio Panamericano de Investigação em Enfermagem. **Resumos.** Ribeirão

Preto, 1998. p. 296./ /Mimeografado/
FUMAGALLI, C. Proceso corrector en el ambito Institucional. Clases Dictadas en
la primera Escuela de Psicologia Social – curso 3º año. Argentina, Ediciones
Cinco, 1981.

FURIERI, F.A. Relato de projeto de atendimento de saúde mental a refugiados em
trabalho Interdisciplinar ao longo de um ano. **Inf.Psiquiatr.**, v.9, n.1, p. 24 - 26,
1990.

GIFFONI, V.L. Princípios organizadores do grupo. São Paulo, s/d/mimeografado/.
GOMES, R.; DESLANDES, S.F. Interdisciplinaridade na saúde pública: um campo

em construção. **Rev.Lat-am. Enfermagem**, v.2, n.2, p.103 – 114, 1994.
GRANDINO, A. Psiquiatria e psicanálise: uma proposta de Interdisciplinaridade.

Temas; v.25, n. 28/29, p. 83 – 90, 1985.

GUATTARI, F. Linguagem, consciência e sociedade. n.2. 3 ed. São Paulo, Hucitec, 1991. p. 3 –17. (SaúdeLoucura)

GUATTARRI, F.; ROLNIK, S. **Micropolítica, cartografias do desejo**. 4. ed. Petrópolis, Vozes, 1996.

HAGUETE, T.M.F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. Ed. Rio de Janeiro, Vozes, 1992.

IENCARELLI, F.J.; ALVARENGA, K.M.P. O perfil psicopatológico dos menores atendidos no ambulatório do serviço de saúde mental do Hospital central da fundação Nacional do bem estar do menor (FUNABEM). **J. Bras. Psiquiatr.**, v.36, n.5, p. 279 - 284, 1987.

INFANTE, R. Cultura, subjetividade e política comunitária - novas perspectivas da Interdisciplinariedade. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.38, n.3, p.139 – 142, 1989.

JAPIAÇÚ, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro, Imago, 1976.

JOFFILY, B. Toyotismo e microeletrônica: uma revolução que desafia o Sindicato. **Revista DeFato**, p.14 - 25, 1994.

KAÉS, R. Realidade Psíquica e sofrimento nas Instituições. In: KAÉS, R. *et al.* (orgs.). **A Instituição e as Instituições: estudos psicanalíticos**. Tradução Joaquim Pereira Neto. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991. Cap 1, p. 1 - 39.

KREUTZ, I. **O trabalho em equipe na enfermagem**. Ribeirão Preto, 1993. 90 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo.

LAMBERTSEN, E.C. **Equipe de enfermagem, organização e funcionamento**. Tradução e revisão H. D. Aguiar. Associação Brasileira de Enfermagem, 1966.

LAPASSADE, G. **Grupos, organizações e Instituições**. Tradução H.A.A. Mesquita 2. Ed. Rio Janeiro, Ed. Francisco Alves, 1983.

LEONI, C. *et al.* Pesquisa participante no desenvolvimento comunitário. **Bol.Ofic. Sanit.Pan-Am.**, v.101, n.5, p. 493 - 504, 1986.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. Ribeirão

Preto, 1998. 219.p . Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.

MENDES GONÇALVES, R.B. Práticas de saúde: processos de trabalho e
necessidades. **Cadernos CEFOR**, São Paulo, n. 1, Série textos, 1992.

MENDES GONÇALVES, R.B. **Tecnologia e organização social das práticas de
saúde**: características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual
de centros de saúde de São Paulo. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1994.

MERHY, E.E.; CECÍLIO, L.C.O.; NOGUEIRA FILHO, R.C. Por um modelo tecno-
assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as
conferências de saúde. CEBES. **Saúde em Debate**, n. 33, p. 83-89, 1991.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta
aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como
aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente
reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de
saúde). In: CECÍLIO, L.C.O. (org.). **Inventando a mudança na saúde**. São
Paulo, Hucitec, 1994. Cap.3, p. 117-160.

MERHY, E.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/Lugar Editorial, 1997a. Parte 1, p. 71-112.

MERHY, E.E. *et al.* Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em
saúde. A Informação e o dia a dia de um serviço, Interrogando e gerindo trabalho
em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (orgs.). **Agir em saúde**: um desafio
para o público. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997b. Parte 2, p. 113-150.

MINAYO, M.C.S. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o
poder, e o mundo vivido. **Medicina-Ribeirão Preto**, v.24, n.2, p. 70 - 77, 1991.

MINAYO, M.C.S. (org.). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade.
Petrópolis, Vozes, 1994.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**: metodologia de pesquisa social
(qualitativa) em saúde. 5 ed., Rio de Janeiro, Hucitec/Abrasco, 1998.

MISHIMA, S.M.; ALMEIDA, M.C.P.; UNGARI, I.C.; SILVA, E.M. Recursos humanos na implantação das Ações Integradas de Saúde no município de Ribeirão Preto – visão da equipe de enfermagem. **Cad.Saúde Pública**, v.6, n.1, p. 40 – 49, 1990.

MISHIMA, S.M. **Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde de Rib. Preto**. Ribeirão Preto, 1995. 355p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo.

MISHIMA, S.M. *et al.* **Reflexões acerca da gerência do cuidado de enfermagem na rede básica de saúde**. Ribeirão Preto, 1998. Conferência apresentada no 49º Congresso Brasileiro de Enfermagem realizada em Salvador em outubro de 1998. /Mimeografado/

MONTEIRO, M.E.; CAMPEDELLI, M.A. Atuação da enfermagem em geriatria: uma nova concepção dentro de um hospital geral. **Acta Paul. Enfermagem**, v.2, n.2, p. 46 - 50, 1989.

MORAES, I.H.S. **Informações em saúde: para andarilhos e argonautas de uma tecnodemocracia emancipadora**. Rio de Janeiro, 1998. 274 p. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

MOURA, G.M.S.S. O estudo da satisfação no trabalho e o clima organizacional como fatores contributivos para o ser saudável no trabalho da enfermagem **Texto & Contexto Enfermagem**, v.1, n.2, p.167 – 79, 1992.

NAKAO, J.R.S. Assistência de enfermagem: modalidade-trabalho de equipe. **Rev. Paul. Hosp.** v. 33, n.3/4, p.68-70, 1985.

NEVES, A. *et al.* Tratamento do alcoolismo: resultados de uma experiência. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.39, n.3, p. 113 -117, 1990.

NUNES, E. D. A questão da Interdisciplinaridade no estudo da saúde coletiva e o papel da ciências sociais. In: CANESQUI, A.M. **Dilemas e desafios das ciências sociais na saúde coletiva**. São Paulo, Hucitec, 1995. P. 95 - 113.

OSÓRIO, L.C. Processos obstrutivos nos sistemas sociais, nos grupos e nas Instituições. In: ZIMERMAN, D.E.; OSÓRIO, L.C. (orgs.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997. Cap. 6, p.69 – 74.

PAIVA, L.E.; PINOTTI, H.W. Câncer: algumas considerações sobre a doença, o doente e o adoecimento psicopatológico. **Acta Oncol. Bras.**, v.8, n.3, p. 125 – 132, 1988.

PATRÍCIO, Z.M. Nem talco nem diamante: a riqueza de um processo ensino-aprendizagem participante na área da sexualidade-adolescência. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.3, n.2, p. 88 - 92, 1994.

PEDUZZI, M.; CAMPOS, M.A.; SANTOS, S.A. O papel da enfermagem em uma equipe multidisciplinar de um Hospital-dia psiquiátrico universitário. **Neurobiologia**, v.48, p. 103 - 112, 1985.

PEDUZZI, M.; PALMA, J.J.L.A. Equipe de saúde. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B.; MENDES GONÇALVES, R.B. (orgs.). **Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica**. São Paulo, Hucitec, 1996. P. 234 – 250.

PEDUZZI, M. **Equipe multiprofissional de saúde: a Interface entre trabalho e Interação**. Campinas, 1998. 254 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

PEGUIM, R.C.; DAVOLI, A. Mudanças em ambulatório de saúde mental após criação de equipe multiprofissional, assessoramento local de atendimento externo ao hospital coligado. **Rev. ABP/APAL.**, v.9, n.2, p. 59 - 62, 1987.

PELBART, P.P. **A nau do tempo-rei: 7 ensaios sobre o tempo da loucura**. Rio de Janeiro, Imago, 1993.

PEREIRA, M.J.B.; FORTUNA, C.M.; SILVA, E.M.; PINTO, I.C.; MISHIMA, S.M.; ALMEIDA, M.C.P. Enfermeiros da rede básica de Ribeirão Preto e as políticas de saúde - situação atual. Ribeirão Preto, 1997../Apresentado no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva, V. **Livro de Resumos**. Águas de Lindóia, 1997. p. 184./ /mimeografado/

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. 3ª. ed., São Paulo, Martins Fontes, 1982.

PICHON-RIVIÈRE, E. **Teoria do vínculo**. 5. ed. São Paulo, Martins Fontes, 1995.

PIERANTONI, C.R.; MACHADO, M.H. Profissões de Saúde: a formação em questão. **Cad.RH Saúde.**, v.1, n.3, p. 23 –34, 1993.

POLITY, M.P. Programa de proteção respiratória em fundições. **J. Pneumol.**, v.

21, n.1, p. 43 – 47, 1995.

QUEIROZ FILHO, J.P. Reflexões sobre a equipe psiquiátrica. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.42, p. 469 - 481, 1993.

QUIROGA, A. **Enfoques y perspectivas en psicología Social**. Buenos Aires, Ediciones Cinco, 1994.

ROLNIK, S. Psicologia: subjetividade, ética e cultura. In: SILVA, A.E. *et al.* (orgs.). **Subjetividade**. Questões contemporâneas. São Paulo. n. 6. Ed. Hucitec, 1997. p. 13 – 21. Série Saúde e Loucura.

ROSENBOM, J. La dialéctica de los procesos grupales. Clases Dictadas en la primera Escuela de Psicología Social – curso 4º año, 01/09/1983. Argentina. 1983. /Mimeografado/

ROUSSILLON, R. Espaços e práticas Institucionais. O quarto de despejo e o Interstício. In: KAÉS, R. *et al.* (orgs.). **A Instituição e as Instituições**: estudos psicanalíticos. Tradução Joaquim Pereira Neto. São Paulo, Casa do Psicólogo, 1991. Cap. 6, p.133 - 151.

SÁ, S. Interdisciplinariedade: sim e não a vasos comunicantes em educação pós-graduada. **Cad. Saúde Pública**, v.3, n.3, p. 272 - 280, 1987.

SACRAMENTO, F. Equipe multifuncional: uma ferramenta de produtividade e competitividade. **Mundo da Saúde**, v.20, n.8, p. 274-279. 1996.

SAIDON, O. O grupo operativo de Pichon-Rivière. In: BAREMBLITT, G.F. (org.) **Grupos, teoria e técnica**. Rio de Janeiro, Ed. Graal, 1982. Cap. 14, p. 169 – 180.

SANTANA, J.P. A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. **Cad.RH Saúde**, v.1, n.3, p.51-62, 1993.

SARTRE, J.P. **Questão de método**. 2. ed. São Paulo, Difusão Européia do Livro, 1967.

SASSAKI, T.H. **Prescrição**: uma análise Institucional. São Paulo, 1984. 103 p. Tese (Doutorado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

SCHERER, E. A.; CAMPOS, M.A. O trabalho de equipe Interdisciplinar em saúde mental: uma revisão da literatura. Ribeirão Preto, FMRP-USP, 1987. p. 264-285, **Estudos em saúde Mental**.

SCHOLTES, P.R. *et al.* **Times de qualidade**: como usar equipes para melhorar a

qualidade. Rio de Janeiro, Qualitymark Ed, 1992.

SILVA, C.O. **Curar adoecendo**: um estudo do processo de trabalho hospitalar em busca da saúde, da Inventividade e da vida. Rio de Janeiro; 1994. 246 p. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz.

SILVA, E.M. **Supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local**. Ribeirão Preto, 1997. 306 p. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade São Paulo.

SILVA, E.P. **Mulheres, mães, donas de casa**: um olhar uma conversa... São Paulo, 1994. 251 p. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica.

SNEIDER, N.M. Atendimento a grupos em Instituições. In: ZIMERMAN, D.E.; OSÓRIO, L.C. (orgs.). **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre, Artes Médicas, 1997. Cap. 37, p. 405 - 411.

SOBRAL, V.R.S.; LIMA, M.A.S. Obstáculo de comunicação no centro de reabilitação e Integração social: consequência funcional ou estrutural? **Rev.Bras.Enfermagem**, v. 37, n.3/4, p. 251-256, 1984.

TANAKA, O.Y. *et al*. A municipalização dos serviços de saúde no Estado de São Paulo. **Saúde em Debate**, n.33, p. 73-79, 1991.

TENÓRIO, F.G. Os mythos da razão administrativa. **Rev.Adm.Pública**, v.27, n.3, p. 5-14, 1993.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Tradução Walquíria Maria Franke Saltneri. Porto Alegre, Artes Médicas, 1992.

THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo, Cortez, 1985.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo, Atlas, 1994.

VIDAL, P.V. Projeto de trabalho sobre o conceito de grupo na obra de Guattari e Deleuze. In: BAREMBLITT, G.F. (org.). **Grupos, teoria e técnica**. Rio de Janeiro, Graal, 1982. Cap. 4, p. 43 – 55.

VIEIRA, A.L.S.; GRIBEL, E.B. Atuação da equipe de enfermagem nos programas de assistência Integral à saúde da criança e da mulher.

Rev.Bras.Enfermagem, v.40, n.1, p. 7 –13, 1987.

VIEIRA, N.M.A.E.; SOBREIRA, N.R. Ações Integradas da equipe de saúde pública. **Pediatr. Moderna**, v.27, n. 4, p.186 – 188, 1982.

WARNER BROSS. **Cidade dos anjos** (filme). Estados Unidos, 1997. 114 mln. Color. Som.

WESTPHAL, M.F.; BOGUS, C.M.; FARIA, M.M. Grupos focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil.

Bol.Of.Sanit.Panam., v. 120, n.6, p. 472 – 481, 1996.

XAVIER, I.M; LEITE, J.L.; TOCANTINS F.R. Aids como campo de pesquisa Interdisciplinar e multiprofissional. **Rev.Bras.Enfermagem**. v.46, n.3/4, p. 309 - 313, 1993.

ZAVASCHI, M.L. *et al.* Atuação da equipe multidisciplinar diante de uma situação de negligência e abandono na Infancia em uma unidade pediátrica. **Rev. Psiquiatr**, v.10, n.2, p 11 - 14, 1988.

SUMMARY:

This study analyses some aspects of the network of relations in a Basic Health Unit, in Ribeirão Preto, seeking possibilities and limits for team work in health. That is assumed as a process of interrelations in a space/time/purpose which presume moments of articulation/disarticulation, conflicts/confrontations that need to recover their movements and dynamism. This is a case study with theoretical sustentation in the work process in health, in group process, in concepts of institutional analysis. We used observation and operative group technique for data collection, identifying in the analysis two thematic units: power and institution. The network of micro powers present in the health Unit passes through the network of relations making it possible of becoming potentially transversalizing. Subordinate relations among workers and from those to the clients are present, although there is a “defensive” and transferring movement in which the workers avoid contact with the clients. The current conformation of the work organization, its physical disposition materialize the health institution and technical and social division of work. They conform and are conformed by the relations present. We have authorized and non-authorized spaces which indicate the possibility of revision of the current format of teams and their re-elaboration in a more articulated way, sympathetic and in a health occupation which is looking towards the defense of life. In this sense, the management may arouse process of revision.

Sinopse dos encontros grupais

Primeira sessão do grupo da manhã:

Horário: 9:30 às 11:00h

Enquadre: Retomados os objetivos dos encontros; rever o trabalho e as relações, a produção da dissertação de Mestrado que se utilizará da produção grupal, apresentada a forma de encaminhamento dos encontros com disparador temático seguido de discussão. Explicado o papel das observadoras, e discutida a importância de não se faltar ou atrasar; também conversado a respeito da supervisão para a equipe de coordenação e seu papel na elaboração dos disparadores seguintes.

Trabalhadores presentes: Gerente, médico pediatra, dentista, auxiliar odontológica, servente, auxiliar de farmácia, escriturária, Enfermeira, 3 auxiliares de enfermagem.

Total: 11 participantes.

Apresentação dos participantes: exercício grupal através de um objeto.

Tarefa proposta pela coordenadora: Discutir o trabalho na Unidade de Saúde.

Tema Central da discussão: dificuldades de trabalho relacionadas a questões externas aos trabalhadores, ora com o nível central da SMS, ora com a gerência, ora com os trabalhadores.

Movimento predominante de pré-tarefa, havendo “esvaziamento” da ansiedade suscitada através das verbalizações dos trabalhadores. A rede de comunicações partiu dos integrantes em geral, sem uma direcionalidade específica e sem continuidades em alguns momentos.

Segunda sessão do grupo da manhã:

Horário: 9:30 às 11:00h

Trabalhadores presentes: Gerente, médico pediatra, dentista, auxiliar odontológica, servente, auxiliar de farmácia, escriturária, Enfermeira, 3 auxiliares de enfermagem.

Total: 11 participantes, sendo que a gerente entra após o início do grupo.

Disparador temático: Leitura da devolutiva por uma das observadoras.

Tarefa proposta pela coordenadora: Discutirem como sentiram e perceberam a devolutiva apresentada.

Tema Central da discussão: Mobilização de ansiedade pela possibilidade de estarem sendo vistos pelas observadoras, coordenadora e uns pelos outros. No momento de se depararem com seus vínculos emergiu uma longa conversa sobre o roubo de vale-refeições da trabalhadora médica. Falam das dificuldades de lidar com a clientela.

Movimento predominante de pré-tarefa, havendo clima de persecutoriedade e movimento ambivalente entre querer descobrir o autor do roubo e não querer. Acontecem momentos de elaboração da ansiedade, o grupo vive predominantemente a primeira fase do processo grupal, com momentos da segunda e terceira fase.

Acontece a emergência do papel de bode expiatório quando uma integrante aponta a dificuldade grupal de terem registradas suas falas.

Terceira sessão do grupo da manhã:

Horário: 9:30 às 11:00h

Trabalhadores presentes: Gerente, médico pediatra, dentista, auxiliar odontológica, servente, auxiliar de farmácia, escriturária, Enfermeira, 3 auxiliares de enfermagem.

Total: 10 participantes.

Disparador temático: Pensar individualmente durante cerca de um minuto sobre o que sentem estar sendo subtraído pelo trabalho. Após, foi solicitado ao grupo que se dividissem em subgrupos para representar através de colagem o que o trabalho subtrai. Foram realizados três subgrupos e cada um elaborou um cartaz.

Tema Central da discussão: A atividade de colagem proporcionou o estabelecimento de um clima lúdico no início da discussão; os três cartazes retrataram o sentimento de que o trabalho retira tempo de lazer, de sexo, de convívio familiar, de sono, de alimentação adequada.

Ocorreu alternância entre pré-tarefa e tarefa, discutiram as dificuldades do trabalho conjunto devido às diferenças. Discutem sobre possíveis mecanismos de premiação e cobrança, respectivamente, para alguns trabalhadores que entendem realizar suas atividades a contento e para outros que não as realizam satisfatoriamente.

Na discussão grupal manteve-se a dificuldade de ver e ser visto, de se vincular e e atualizar a mútua representação interna.

Ocorre polarização entre gerência e trabalhadores, que reivindicam reconhecimento e cobrança, sendo que a gerência toma para si essas reivindicações.

Acontecem momentos que avolumam a ansiedade, o grupo vive predominantemente a segunda fase do processo grupal.

Quarta sessão do grupo da manhã:

Horário: 9:30 às 11:00h

Trabalhadores presentes: Gerente, médico pediatra, dentista, auxiliar odontológica, auxiliar de farmácia, escriturária, Enfermeira, 3 auxiliares de enfermagem.

Total: 10 participantes (a servente faltou)

Disparador temático: Foi solicitado que os participantes adjudicassem características que admiram uns nos outros. Cada integrante teve em suas costas uma folha em branco fixada com fita e, um a um, todos escreveram para todos, ficando cada um com dez características que os demais percebem.

Esse exercício foi elaborado com vistas a facilitar o processo de olhar e ser visto, bem como auxiliar na mútua representação interna e atualização da rede vincular.

Tema Central da discussão: A atividade foi realizada com alegria e risos, e o grupo se depara mais agudamente com a questão de que se suas características tidas como positivas são vistas, as negativas também; aconteceu um aumento da ansiedade e esta foi depositada na coordenadora.

Ocorreu alternância entre pré-tarefa e tarefa, o grupo continua predominantemente na segunda fase do processo grupal.

Quinta sessão do grupo da manhã:

Apresentada uma devolutiva dos quatro encontros assinalando o movimento grupal, e este encontro teve um enquadre diferente: não aconteceu a discussão em grupo operativo.

Foram trazidos aspectos teóricos sobre os grupos e ilustrado aos participantes com suas próprias falas e movimento grupal.

A discussão foi acompanhada com interesse e houve muitas perguntas também para uma das observadoras (uma delas não pôde estar presente).

Nessa ocasião foi apontada a necessidade da continuidade e a disponibilidade nossa em prosseguir caso o grupo quisesse.

O grupo se dispôs a conversar e enviar uma resposta pela gerente.

Primeira sessão do grupo da tarde:

Horário: 14:30 às 16:00h

Enquadre: Retomados os objetivos dos encontros; rever o trabalho e as relações, a produção da dissertação de Mestrado que se utilizará da produção grupal, apresentada a forma de encaminhamento dos encontros com disparador temático seguido de discussão. Explicado o papel das observadoras, e discutida a importância de não se faltar ou atrasar; também conversado a respeito da supervisão para equipe de coordenação e seu papel na elaboração dos disparadores seguintes.

Trabalhadores presentes: Gerente, médico G.O., dentista, auxiliar odontológica, auxiliar de farmácia, servente, 3 auxiliares de enfermagem.

Total:9 participantes.

Apresentação dos participantes: exercício grupal através de roupas.

Tarefa proposta pela coordenadora: Discutir o trabalho na Unidade de Saúde.

Tema Central da discussão: Comparações entre o trabalho da manhã e da tarde. Ansiedade provocada pelo não dar resposta da coordenadora, discutido dificuldades com a clientela e formas de lidar com a mesma e necessidade de mudança dos aspectos externos do posto.

Segunda sessão do grupo da tarde:

Horário: 14:30 às 16:00h

Trabalhadores presentes: Gerente, médico G.O., dentista, auxiliar odontológica, servente, auxiliar de farmácia, escriturária, 3 auxiliares de enfermagem.

Total:10 participantes

Disparador temático: Leitura da devolutiva por uma das observadoras.

Tarefa proposta pela coordenadora: Discutirem como sentiram e perceberam a devolutiva apresentada.

Tema Central da discussão: Falam sobre expectativas uns dos outros, e da expectativa de serem reconhecidos. Acontece a emergência de um porta-voz que se transforma em bode expiatório com relação a esse tema do reconhecimento.

Vivem mais agudamente a segunda fase do processo grupal, a comunicação fica em alguns momentos polarizada entre médico e gerente.

O grupo parece apreender as questões cotidianas de modo fixo e somente com um único significado.

Terceira sessão do grupo da Tarde:

Horário: 14:30 às 16:00h

Trabalhadores presentes: Gerente, médico G.O, dentista, auxiliar odontológica, servente, auxiliar de farmácia, 2 auxiliares de enfermagem.

Total:8 participantes, com duas ausências, sendo uma por motivo de licença-saúde e da outra os integrantes não sabiam o motivo.

Disparador temático: Realizado exercício grupal denominado Yin/Yang com o objetivo de permitir apreensão de outros aspectos numa situação.

Tema Central da discussão: Discutem suas possíveis qualidades e defeitos, complementaridade nas relações e no trabalho, ocorreu predominância do movimento de tarefa. Comunicação complementar e aprendizagem

Quarta sessão do grupo da tarde:

Horário: 14:30 às 16:00h

Trabalhadores presentes: Gerente, médico G.O, dentista, auxiliar odontológica, auxiliar de farmácia, escriturária, 2 auxiliares de enfermagem.

Total:8 participantes

Disparador temático: Foi apresentada síntese do movimento anterior e trazida letra e música do Gonzaguinha “O que é, o que é” para se cantar. Num segundo momento foi solicitado que cada integrante escolhesse uma ou mais frases da música que se relacionassem com o grupo e com o momento.

Tema Central da discussão: A atividade foi realizada com disposição e aparente tristeza, e a discussão se fez em torno da jornada de trabalho e de seu cumprimento, conversado sobre o nível central da SMS, suas dificuldades e também com os clientes. Parece que o grupo procurou elaborar indiretamente o término dos encontros.

Ocorreu alternância entre pré-tarefa e tarefa, o grupo viveu predominantemente na segunda fase do processo grupal com momentos de exclusão da equipe de coordenação e deposição de ansiedades nesse papel.

Quinta sessão do grupo da tarde:

Seguiu a mesma dinâmica do quinto encontro do grupo da manhã.