

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS
Programa de pós-graduação em Psicologia

Crisane Costa Rossetti

**RESISTÊNCIA E CRIATIVIDADE:
o trabalho dos médicos da saúde da família no SUS de Belo Horizonte**

Belo Horizonte

2017

Crisane Costa Rossetti

**RESISTÊNCIA E CRIATIVIDADE:
o trabalho dos médicos da saúde da família no SUS de Belo Horizonte**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Psicologia.

Orientador: José Newton Garcia de Araújo

Área de concentração: Processos Psicossociais

Belo Horizonte

2017

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaborada pela Biblioteca da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais

R829r Rossetti, Crisane Costa
Resistência e criatividade: o trabalho dos médicos da saúde da família no
SUS de Belo Horizonte / Crisane Costa Rossetti. Belo Horizonte, 2017.
174 f. : il.

Orientador: José Newton Garcia de Araújo
Tese (Doutorado) - Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais.
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

1. Trabalho - Aspectos psicológicos. 2. Psicologia social. 3. Subjetividade. 4.
Médicos - Saúde - Belo Horizonte (MG). 5. Programa saúde da família. 6.
Sistema Único de Saúde. I. Araújo, José Newton Garcia de. II. Pontifícia
Universidade Católica de Minas Gerais. Programa de Pós-Graduação em
Psicologia. III. Título. SIB PUC MINAS

CDU: 159.9:614

Crisane Costa Rossetti

**RESISTÊNCIA E CRIATIVIDADE:
o trabalho dos médicos da saúde da família no SUS de Belo Horizonte**

Tese apresentada ao programa de Pós-Graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais como requisito parcial para obtenção do título de doutor em Psicologia.

Orientador: José Newton Garcia de Araújo

Área de concentração: Processos Psicossociais

Prof. Dr, José Newton Garcia de Araújo (Orientador) - PUC Minas

Prof^a Dra. Luciana Gaudio Martins Frontzek - Universo/BH

Prof. Dr. Luiz Gonzaga Chiavegato Filho - UFSJ

Prof^a Dra. Jandira Maciel da Silva - UFMG

Prof. Dr. João Leite Ferreira Neto - PUC Minas

Belo Horizonte, 18 de dezembro de 2017

*Ao Breno e Carolina,
meus grandes parceiros na vida, com quem eu aprendo, todos os dias, que a
resistência não é apenas luta, é muito amor!*

AGRADECIMENTOS

Construir essa tese não foi um caminho fácil. Em alguns momentos, a vida se mostrou tão imprevisível e desafiadora que parecia ser impossível chegar ao final. Sobretudo nesses momentos, minha profunda gratidão ao Professor Dr. José Newton que, com sabedoria e solidariedade, continuou ao meu lado, esperou que eu me reerguesse e prosseguiu comigo nessa trajetória. Muito mais que orientador: exemplo de profissionalismo, humanidade e cuidado. Muito obrigada, sempre!

Breno, Carolina, Gabriel e Andrea, o que posso dizer? Sem vocês não seria possível!

Agradeço aos colegas de trabalho que me incentivaram desde o início, que compartilham comigo o desafio de lutar pela saúde dos trabalhadores do SUS todos os dias, resistindo e reinventando pontos de luz para nos guiar nesses tempos sombrios.

Ao departamento de pós-graduação em Psicologia da PUC/Minas, Claudia, Marcelo e Diego, obrigada pelo suporte e atenção em todas as minhas demandas! Aos professores, fundamentais em meu processo de crescimento e formação humana, ética e profissional!

Aos médicos e médicas de Saúde da Família, muito obrigada pela generosidade em participar da pesquisa, em abrirem espaço em suas agendas e em suas almas, para falarem de si e compartilharem experiências tão preciosas que nos fazem acreditar que vale a pena continuar, que nossa resistência não será nunca silenciada!

*Viver é desviar um obstáculo previsto ou imprevisto, é superar uma
resistência inesperada. (PROUST, 1997, p. 119)*

RESUMO

O Sistema Único de Saúde do Brasil (SUS) destaca-se pela proposta de levar assistência à saúde a mais de duzentos milhões de pessoas, de forma integral e gratuita. Ele foi criado a partir da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), movimento que visava, sobretudo, o retorno da democracia e o acesso a melhores condições de vida para a população. De forma incisiva e paradoxalmente frágil, a história do SUS se inscreve na vida de milhões de cidadãos, reintroduzindo nas práticas de saúde conceitos fundamentais como protagonismo, cidadania e vínculos solidários. Entretanto, emergem estratégias de enfraquecimento e desqualificação, do trabalho e do trabalhador, promovidas por poderes políticos e econômicos que atuam contra ele, desde seu início. Sob o predomínio da precarização e da sobrecarga de trabalho, os médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família (ESF) veem-se pressionados entre uma proposta de cunho democrático e coletivo e uma lógica individualizante e fragmentada. Nesse contexto, com um papel indefinido, eles podem sentir-se destituídos dos contornos iniciais do protagonismo preconizado pelo Movimento Sanitário. No entanto, eles insistem e fortalecem subjetividades críticas e autônomas que resistem em prol da sobrevivência do Sistema. Nesse cenário, a resistência emerge como experiência de criatividade e subjetivação, no sentido proposto por Françoise Proust, em convergência com autores da psicossociologia do trabalho e de outras abordagens clínicas do trabalho. O objetivo deste estudo é, pois, analisar os movimentos de resistência e criatividade enquanto processos de subjetivação, e sua relação com a saúde dos médicos que atuam na Estratégia Saúde da Família do SUS de Belo Horizonte. Trata-se de uma pesquisa qualitativa, cujos métodos de coleta de dados foram a entrevista, a observação participante e o diário de campo. Foi utilizada a análise temática e hermenêutica para delimitar as condições e as formas de organização do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), visando analisar seus impactos na saúde desses trabalhadores e as possibilidades de se criarem estratégias de ação e transformação. A análise dos dados permitiu elaborações e conclusões, tanto no que concerne à realidade concreta de trabalho, quanto à relação entre trabalho, subjetividade e resistência. Observou-se que há médicos de saúde da família que desenvolvem estratégias de resistência criativa, as quais se opõem ao distanciamento dos princípios e diretrizes do SUS, sob a perspectiva do cuidado tomado como gesto, ação política e de cidadania. Tais movimentos revelam a escolha de um ato que, por inteiro, articula a expertise técnica e os afetos em favor do ofício e da luta pela preservação dos valores comprometidos com a defesa da vida e da dignidade humana.

Palavras-chave: Trabalho. Resistência. Criatividade. Médicos da saúde da família. SUS.

ABSTRACT

The Brazilian public healthcare system (SUS) is known for its goal to grant full and free healthcare to over two hundred million people. It was created with the Brazilian Sanitary Reform (RSB), a movement for the return of a democratic government and access to better living conditions for the population. In an incisive and yet fragile way, the history of SUS is written in the lives of millions of Brazilian citizens, bringing back to healthcare some fundamental concepts, such as protagonism, citizenship and solidary ties. However, strategies of weakening and disqualification of both the work and the worker emerge, promoted by political and economical powers that campaign against SUS since its birth. Under the predominance of precariousness and overload of work, the doctors that operate in Family Healthcare Strategy (ESF) are constantly pressured between a democratic proposition and an individualizing and fragmented logic of work. In this context, with an indefinite role, they may feel distant from the initial idea of protagonism, as proposed by the Sanitary Movement. Nevertheless, they endure and strengthen critical and autonomous subjectivities that resist standing for the healthcare system's survival. With this background, the resistance emerges as an experience of creativity and subjectivation, as proposed by Françoise Proust and converging with authors of psychosociology of work and other clinic approaches of work. The goal of this study is to analyse the movements of resistance and creativity as processes of subjectivation and its relation with the health of the doctors who work on the SUS' Family Healthcare Strategy in Belo Horizonte. It is a qualitative research, which used interviews, participating observation and field diary as methods of data collection. A thematic and hermeneutic analysis was used to limit the conditions and ways of work organization in the Basic Healthcare Units (UBS), in order to analyse its impacts in the workers' health and the possibilities of creating strategies of action and transformation. The data analysis made it possible to come to elaborations and conclusions about the matter, from the objective reality of work to the relation between work, subjectivity and resistance. It's been noticed that there are doctors on the Family Healthcare that develop strategies of creative resistance that oppose to the distancing of the SUS' original principles and directions, under the perspective of care as gesture, political action and citizenship. Such movements reveal the choice of an act that, as a whole, articulates the technical expertise and affections for the job and the fight for the preservation of values that are committed to the defense of life and human dignity.

Keywords: Work. Resistance. Creativity. Doctors of Family Healthcare. SUS.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Identificação dos sujeitos de pesquisa.....	88
QUADRO 2 - Classificação por IVS.....	90

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACE	Agente de Combate a Endemias
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ANS	Agência Nacional de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
BH	Belo Horizonte
BNDES	Banco Nacional de Desenvolvimento
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CS	Centro de Saúde
EqSF	Equipe de Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família
GEAS	Gerência de Assistência à Saúde
GGTE	Gerência de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
IVS	Índice de Vulnerabilidade à Saúde
MFC	Medicina de Família e Comunidade
NASF	Núcleo de Acompanhamento Sociofuncional
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBH	Prefeitura de Belo Horizonte
PEC	Proposta de Emenda Constitucional
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade
PMDB	Partido do Movimento Democrático Brasileiro
PNAB	Política Nacional da Atenção Básica
PNH	Política Nacional de Humanização
PPP	Parceria Público Privado
PSF	Programa Saúde da Família
RSB	Reforma Sanitária Brasileira
SMSA	Secretaria Municipal de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde

TCAC	Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	25
1.1 Referencial Teórico.....	29
2 SUS: A REVISÃO DE UMA HISTÓRIA	31
2.1 Perspectivas atuais.....	39
2.2 Modos de funcionamento: Atenção Primária	41
2.3 O Programa Saúde da Família (PSF)	43
2.3.1 O médico de PSF: trabalho e formação	46
3 TRABALHO	49
3.1 Trabalho e saúde.....	53
3.2 O trabalho nos serviços de saúde	57
4 RESISTÊNCIA	63
4.1 Poder, resistência e subjetivação	63
4.2 Ato-poder e liberdade.....	66
4.3 Criatividade e resistência	68
4.4 Estratégias defensivas e resistências	71
5 METODOLOGIA.....	75
5.1 Entrevistas	76
5.2 Observação participante	80
5.3 Diário de campo	81
5.4 Análise dos dados.....	81
6 PESQUISA DE CAMPO	85
6.1 Identificação dos sujeitos de pesquisa.....	87
6.2 A classificação por IVS	90
6.3 O cotidiano do médico de família e o trabalho real.....	95
6.4 Condições de trabalho	98
6.4.1 Unidades Básicas de Saúde: estrutura física.....	99
6.4.2 Medicamentos, insumos e equipamentos.....	101
6.4.3 Sistema de informação	104
6.4.4 Remuneração	105
6.4.5 Força de trabalho	107
6.4.6 Organização e gestão do trabalho.....	110
6.4.6.1 Autonomia	113
6.4.6.2 Metas e indicadores	114
6.4.7 Relações no trabalho: equipes ou coletivos?	116
6.5 Trabalho e subjetividade	119
6.5.1 Reconhecimento.....	120
6.5.1.1 O julgamento de beleza	121
6.5.1.2 O julgamento de utilidade	123
6.5.1.3 Reconhecimento e dívida: o sentido do trabalho	125
6.5.2 Vínculo.....	127

7 A RESISTÊNCIA NO TRABALHO DO MÉDICO DE FAMÍLIA	131
7.1 A resistência como estratégia de ação e saúde	133
7.2 Modalidades de resistência	134
7.2.1 <i>Os compromissos mútuos e as solidariedades</i>	135
7.2.2 <i>A recusa deliberada</i>	136
7.2.3 <i>As transgressões</i>	140
7.2.4 <i>A resistência enquanto prática de discurso</i>	143
7.2.5 <i>A criatividade</i>	147
7.3 Trabalhar com saúde: outras saídas possíveis	1522
7.4 A resistência na "corda-bamba e de sombrinha"	154
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	161
REFERÊNCIAS.....	169
APÊNDICE A - Roteiro de entrevista.....	183
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	185

1 INTRODUÇÃO

A proposta brasileira de levar assistência à saúde a mais de duzentos milhões de pessoas, de forma integral e gratuita, destaca-se pela singularidade e pelo desafio que se impôs desde o início: sustentar um novo conceito de saúde, em sua dimensão política, tendo como cenário a ideologia neoliberal que se expandia pelo Brasil e pelo mundo desde os anos 1980. O Sistema Único de Saúde (SUS) foi criado a partir do movimento da Reforma Sanitária Brasileira (RSB), movimento que visava, sobretudo, o retorno da democracia e o acesso a melhores condições de vida para a população. De forma incisiva e paradoxalmente frágil, a história do SUS se inscreve na vida de milhões de brasileiros na medida em que promove a autonomia e garante os direitos de cidadania, reintroduzindo nas práticas de saúde conceitos fundamentais como gestão coletiva, protagonismo, vínculo solidário e humanização.

As contradições se revelam com as estratégias de enfraquecimento do SUS em confronto com sua dimensão de política pública. Ao mesmo tempo em que se trata de uma política constitucional, esta vem sendo minada pelos poderes políticos e econômicos ao longo de seus 29 anos. Além da carência de recursos necessários para viabilizar o Sistema, devido ao subfinanciamento, identifica-se um movimento ainda mais crítico, senão perverso, de desconstrução ideológica do SUS. Nesse processo, o discurso de desqualificação e invalidação sobre o sistema público e todo o seu aparato, incluindo técnico e humano, tenta se impor e fortalecer a hegemonia do capital nacional e internacional e dos planos privados de saúde, apartando a população dos seus direitos e dos ideais solidários e democráticos que emergiram com a RSB. De forma insidiosa, o SUS vem sendo moldado por poderes políticos e econômicos para se tornar um sistema pobre, precário, para pessoas pobres (Santos, 2016).

As atuais decisões e conduções políticas não oferecem uma perspectiva menos sombria. O subfinanciamento, recentemente legitimado pelo Congresso Nacional com a aprovação da Proposta de Emenda Constitucional (PEC) 55, tende a dificultar cada vez mais o trabalho, o atendimento à população e a garantia do direito à assistência à saúde universal, equânime e integral. Além disso, insere-se a questão das novas formas de gestão, com ênfase nos resultados quantificáveis e no desempenho, trazendo em seu bojo o imperativo de aumentar a produtividade com o mínimo de recursos, sejam eles técnicos, humanos ou relativos aos próprios insumos. Tal modelo de produtividade não se articula, no entanto, à natureza do trabalho em saúde.

Todo esse contexto, inevitavelmente, impacta o trabalho e os trabalhadores, muitas vezes indo de encontro às referências conceituais e ideológicas do SUS. Sob o predomínio da precarização do trabalho e da sobrecarga, aumentam os impasses e conflitos nas relações entre os atores sociais envolvidos no processo do cuidado: trabalhadores, gestores, usuários. O trabalhador vê-se pressionado entre uma proposta de cunho democrático e coletivo, e uma lógica individualizante e fragmentada, exercendo, nesse contexto, um papel indefinido, destituído dos contornos iniciais de protagonismo preconizados pelo Movimento Sanitário.

Estendemos a questão para a subjetividade desse trabalhador confrontado por forças antagônicas: uma que restitui ao seu trabalho o sentido construído coletivamente, em sintonia com a proposta da humanização, do cuidado e da solidariedade; outra que acaba por desagregar o coletivo e destituir do trabalho a função de referência identitária, restringindo-o ao cumprimento instrumentalizado de tarefas e situando a saúde e o cuidado entre indicadores de produtividade e dados estatísticos. No entanto, o que observamos ao longo desse estudo é que, ao contrário de desencadear a desistência e a submissão, os trabalhadores da saúde insistem e fortalecem subjetividades críticas e autônomas que resistem pela sobrevivência do sistema.

Assim, são muitas as lutas e embates que se travaram ao longo da história do SUS e que se acirram a cada dia. Quanto mais surgem estratégias de desmonte, tanto mais percebe-se a resistência para que o Sistema permaneça e cumpra seu projeto inicial. Resistências que se manifestam nos espaços onde o trabalho acontece.

Neste estudo, referimo-nos às resistências desenvolvidas por trabalhadores da Secretaria Municipal de Saúde (SMSA) de Belo Horizonte, especificamente os médicos do Programa Saúde da Família (PSF), que se manifestam de forma explícita ou implícita por meio de ações criativas, subversivas, transgressoras, coletivas ou individuais, que possibilitam, de fato, que o trabalho seja possível. É certo que, em meio a tantos impasses, contradições e obstáculos, alguns trabalhadores permanecem indiferentes, alheios ao contexto. Outros adoecem, se afastam do serviço, se exoneram, mas tantos outros permanecem criando estratégias e alternativas para atuar de forma solidária, crítica e efetiva. São estratégias que visam abrir outras vias para que o trabalho não se torne insuportável, tampouco o SUS se transforme em uma história do passado.

O objetivo deste estudo é analisar os movimentos de resistência criativa e sua relação com a saúde dos médicos de saúde da família do SUS de Belo Horizonte a partir do contexto

sociopolítico, ideológico e gerencial em que o trabalho acontece¹. Para isso, busca-se delimitar as condições e as formas de organização do trabalho nas Unidades Básicas de Saúde (UBS), bem como identificar seus impactos sobre a saúde desses trabalhadores, sobre suas formas de mobilização, possibilidades de ação e transformação.

Para abordar o conceito de resistência, vamos nos apoiar inicialmente em Françoise Proust (1997), cujo texto *De la résistance* nos permitiu explorar as situações de trabalho aqui pesquisadas, abrindo novas facetas e sentidos deste conceito. Nossa investigação se debruça sobre as estratégias de resistência que, em certa medida, ao desvendar a opacidade do real no trabalho do Programa Saúde da Família do SUS/BH, no contato direto, e sem mediação, dos trabalhadores com a vida cotidiana das comunidades da cidade, efetivamente mantêm o SUS em funcionamento e os trabalhadores em condições de saúde.

O interesse por esta pesquisa tem como ponto de partida o trabalho da pesquisadora no atendimento direto aos trabalhadores efetivos da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), que vivenciam algum tipo de instabilidade, sofrimento, adoecimento físico ou psicológico no trabalho. Os atendimentos incluem todas as categorias profissionais da área da saúde, de nível técnico e superior. Eles são desenvolvidos na Gestão do Trabalho, pelo Núcleo de Acompanhamento Sociofuncional (NASF), do qual a pesquisadora faz parte, e têm por objetivo acolher o servidor, escutar sua demanda e atuar de forma a intervir e/ou orientá-lo a utilizar os recursos necessários à transformação de sua situação. As demandas estão relacionadas às dificuldades de adaptação aos processos de trabalho e às suas formas de organização, às experiências de violência institucional ou social, à atividade impedida, aos enfrentamentos que concernem às relações de poder e aos conflitos com os pares, gestores e usuários.

Durante os atendimentos, identificamos servidores que mobilizam mecanismos de resistência. Outros entram em sofrimento ou adoecem, por verem impedidas pela organização do trabalho as práticas de seus valores. Percebemos micro-resistências individuais, muitas delas se manifestando em ausências do trabalho que revelam um mal-estar de grande parte dos trabalhadores da rede SUS, em suas diversas categorias. Com a redução do poder de ação e da possibilidade de transformação, aumentam as idas e vindas à perícia médica, levando a uma administração ininterrupta de atestados, numa dinâmica que sustenta o adoecimento em detrimento da saúde.

¹ O projeto inicial propunha o estudo também com profissionais das Unidades de Pronto Atendimento, mas, por questões institucionais, desenvolvemos nosso estudo apenas na Atenção Primária.

Esses atendimentos evidenciam o número crescente de afastamentos, readaptações funcionais, pedidos de exoneração, sintomas que vêm afetando os servidores e demandam por uma tradução, além de repercutir como uma fragilidade da saúde pública que atinge não apenas o trabalhador da saúde, mas toda a população que depende desse serviço.

Em todas as esferas de atendimento do SUS, Atenção Primária, Secundária, Urgência e Alta Complexidade, emergem as carências do Sistema. Em 2013, percebemos uma dificuldade crescente em compor a equipe de médicos generalistas ou médicos de saúde da família e comunidade, seja por contrato provisório ou por nomeação dos aprovados em concurso público². Esse período foi marcado também pela abertura de processo seletivo para médicos se associarem a um plano de saúde privado, que inaugurava uma modalidade de atendimento semelhante à Estratégia de Saúde da Família do SUS, o que também contribuiu para a evasão de muitos profissionais que apostaram na possibilidade de fazer um trabalho similar, porém em condições mais favoráveis.

Junto a isso, somava-se a crise política e financeira que se acirrava na rede pública de saúde, além do envolvimento dos médicos na polêmica desencadeada pelo programa "Mais Médicos" do Governo Federal. Entende-se que há um impasse a ser resolvido quanto ao atendimento da população, mas a complexidade da situação ultrapassa em muito as abordagens reducionistas centradas em um possível corporativismo de classe, na remuneração e nas condições precárias de trabalho, ou em questões político-partidárias que não incluem a análise psicossocial do fenômeno. Acrescentam-se ainda pedidos de exoneração, afastamento por problemas de saúde e readaptações funcionais, tirando os médicos do atendimento no PSF.

Nesse contexto, os serviços de saúde abrigam os embates entre as resistências e as condições concretas de trabalho e vida, nos levando a questionar se os adoecimentos já não seriam um sintoma, visando manter o servidor afastado de um real insuportável. Ressaltamos a relevância da Estratégia da Saúde da Família, em toda a abrangência da Atenção Primária, como o eixo que referencia o cuidado à maior parte da população brasileira.

É importante ressaltar que, apesar de todo esse contexto, teremos como foco desse estudo não as condições que causam sofrimento ou adoecimento ao servidor, mas sim a possibilidade do que elas podem desencadear nos sujeitos: o movimento criativo, a resistência, a reinvenção. Ou ainda, as reações de saúde naqueles que se dedicam ao cuidado

² Em janeiro de 2017, foi feita nova nomeação de aprovados no último concurso, e menos de 50% dos médicos generalistas ou especialistas em medicina de família e comunidade convocados compareceram para tomar posse.

com o outro. O sofrimento no trabalho pode ser resignificado pelo sujeito quando ele se apropria de certas vivências, ainda que paradoxais, compartilhadas coletivamente, e que convocam o poder de agir sobre a atividade impedida ou sobre situações em que o trabalho é marcado por algum tipo de violência.

Assim, propomos um estudo que abarque, para além das condições de trabalho, também as relações e condições políticas que se estabelecem entre o sujeito e a instituição. Inserimos aí a relação entre resistência, saúde e poder de ação como elementos chave desse debate.

Traçamos o seguinte percurso na construção desta tese: inicialmente, tecemos uma breve descrição do campo no qual desenvolvemos nossa pesquisa, o Sistema Único de Saúde do Brasil, analisando seu percurso a partir do contexto socio-histórico, dos desafios e paradoxos desde sua concepção até as perspectivas atuais. Em sequência, discorremos sobre os fundamentos da Atenção Primária (AP) e a formulação da Estratégia Saúde da Família (ESF), até chegar ao trabalho do médico de saúde da família, recorte do nosso estudo.

No terceiro capítulo, esclarecemos o conceito de trabalho e seus desdobramentos: a relação trabalho/saúde e o trabalho nos serviços de saúde, com as especificidades que o caracterizam como um trabalho vivo em ato, um trabalho do cuidado.

Em seguida, desenvolvemos o conceito de resistência e detalhamos as demais referências conceituais que a ele se relacionam, necessárias à sua compreensão.

No capítulo cinco, referente à metodologia, discutimos a escolha pelo método qualitativo e pelos instrumentos de coleta de dados. O percurso teórico-metodológico é debatido não apenas a partir do instrumento de análise dos dados, mas também da complexidade de se abordar a atividade humana.

O capítulo seis expõe os dados extraídos da pesquisa de campo, elencados em categorias de análise, em diálogo com nossos referenciais teóricos. A resistência, em suas diferentes modalidades, é analisada no capítulo sete, como tema central que atravessa as demais categorias elencadas.

Por fim, traçamos algumas reflexões, embora provisórias, acerca dos objetivos inicialmente propostos e das análises desenvolvidas ao longo de toda pesquisa.

1.1 Referencial Teórico

O processo de revisão de literatura incluiu tanto uma pesquisa documental de arquivos disponíveis *on line* do Ministério da Saúde e da Secretaria Municipal de Saúde de Belo

Horizonte, necessários para se entender o campo no qual está inserido o tema, quanto as contribuições de pesquisadores, professores e/ou trabalhadores do SUS, como Sérgio Arouca, Gastão Wagner, Emerson Merhy, Jairnilson Paim e outros. Recorremos, assim, à pesquisa em publicações em livros e periódicos, muitos deles voltados para os campos da Saúde Coletiva e também da Saúde do Trabalhador.

Tomamos como fio condutor da tese o conceito de resistência desenvolvido teoricamente a partir de Françoise Proust e da psicossociologia do trabalho. Esta última é uma disciplina que estuda a dinâmica das situações concretas de vida, da história social, política, cultural e seus impactos na subjetividade. Sobre a psicossociologia, Lhuillier (2014) acrescenta que “seus objetos privilegiados são os sistemas mediadores entre o indivíduo e a sociedade: essencialmente o grupo, a organização e a instituição” (p.6), elementos que atravessam os processos de subjetivação.

Foram ainda propostos diálogos com as abordagens clínicas do trabalho, tais como a ergologia, a clínica da atividade e a psicodinâmica do trabalho. Embora apresentem concepções teóricas, epistemológicas e metodológicas diferentes, estas disciplinas possuem como objeto comum as situações de trabalho, que incluem a análise das questões subjetivas que permeiam os cenários laborais. Bendassolli e Soboll (2011) afirmam que as diferentes clínicas do trabalho convergem no que concerne ao foco sobre o poder de ação do trabalhador, em nível individual e coletivo: poder sobre si, sobre a atividade, sobre as resistências, sobre o real. Convergem ainda na concepção de trabalho enquanto *práxis*, enquanto atividade e não mero cumprimento de tarefas. Por fim, há uma afinidade em relação à teoria do sujeito, considerado em sua complexidade, em contraposição ao sujeito das teorias cognitivas e experimentais do trabalho. O sujeito, tal como as diferentes clínicas o definem, não é irremediavelmente aprisionado às determinações sociais e culturais. Trata-se de um sujeito dividido, segundo a psicossociologia e a psicodinâmica do trabalho, um sujeito da enunciação, que é falado, mas que também produz discursos, capaz de transformar e apropriar-se de sua história. Um sujeito da ação, que se constitui a partir da atividade (psicossociologia, clínica da atividade, ergologia). Dentre os pontos de convergência, destaca-se também o engajamento na produção de conhecimento acerca dos fatores que levam ao sofrimento no trabalho, à vulnerabilidade, aos adoecimentos físicos ou psicossociais (Bendassolli & Soboll, 2011). Tais conceitos serão desenvolvidos adiante.

No que tange aos contextos laborais, as diferentes abordagens propõem análises que envolvem o sujeito, a atividade e o campo social em que se inserem, e se debruçam sobre as possibilidades de ação, transformação e compreensão das realidades concretas.

2 SUS: A REVISÃO DE UMA HISTÓRIA

De início, propomos um breve resgate da história do SUS, a fim de expor o campo sobre o qual se desenvolve nossa pesquisa. O processo de construção do Sistema Único de Saúde começou no movimento pela Reforma Sanitária Brasileira, nos anos 1970, e teve seu marco legal na Constituição Federal de 1988. Embora já se tenham passado quase trinta anos desde que a saúde foi legitimada como direito de todos e dever do Estado, pode-se afirmar, ainda hoje, que o processo não foi concluído (Menicucci, 2006; Campos, 2007). O ideal de acesso universal e igualitário de todo o povo brasileiro a uma assistência à saúde de qualidade, integral e equânime ainda não se concretizou efetivamente. Ele permanece em curso, na contramão de poderes políticos e econômicos que se impõem desde o momento em que o SUS se consolidava.

A trajetória da implantação do SUS é profundamente marcada por discrepâncias, ambiguidades e resistências que, nos dias atuais, anunciam de forma ainda mais incisiva a aproximação de tempos sombrios. No que tange às resistências, elas se manifestam em duplo sentido: resistência ao SUS e resistência pelo SUS. Resistência de poderes políticos e econômicos ao SUS, e resistência de trabalhadores e usuários pela sua permanência.

Resgatamos a história do SUS a partir da RSB, nos anos de ditadura militar. Em 01/04/1964 o Brasil sofre um golpe de Estado, passando a ser governado pelos militares, sendo o primeiro a assumir a presidência o General Castelo Branco (1964-1967). Do final dos anos 1960 a 1970, consolidou-se uma política de saúde com forte controle e financiamento estatal, que favorecia o setor privado como o maior fornecedor de serviços e o setor internacional como o maior fornecedor de insumos e equipamentos médico-hospitalares. Politicamente, o período caracterizou-se por um regime autoritário, marcado pelo “(...) fechamento dos canais de participação aos trabalhadores, e um discurso de racionalidade técnica e administrativa que repercutiu nas ações de previdência e saúde” (Cunha & Cunha, 2001, p.289).

Até 1974, dentre as várias estratégias utilizadas pelo governo para controlar as tensões sociais, destaca-se a ampliação da política assistencial por meio da cobertura previdenciária, que se tornara mais burocratizada, visando consolidar o controle sobre a sociedade e assegurar alguma legitimidade para o regime (Bravo, 2000). Nos anos 1970, assistimos ao surgimento de uma nova modalidade de assistência à saúde, por meio dos convênios firmados entre grandes empresas e grupos de saúde privados, os chamados convênios-empresa. A empresa empregadora assumia parcialmente a atenção à saúde de seus empregados e, em contrapartida,

recebia subsídios da Previdência Social, viabilizando, dessa forma, o emergente mercado da saúde suplementar. Segundo Mendes (1995), "O crescimento dessa modalidade deu-se progressivamente, atingindo, em 1977, 4.699 convênios que cobriam 10% do total da população previdenciária da época" (p.25).

Ao mesmo tempo, foi um período marcado por fortes movimentos migratórios da população rural para as grandes cidades, devido à ausência de ações políticas que regulassem o controle e a posse da terra. Com o crescente aumento da população urbana, as prefeituras criaram formas de assistência à saúde de forma itinerante, além de criar pequenos postos de saúde, em vilas e comunidades (Santos, 2012).

Tal contexto político, associado à crise advinda com o fim do "milagre brasileiro", ao crescimento da dívida pública e à intensificação de insatisfações sociais devido ao aumento das desigualdades, levou à urgência de mudanças, bem como ao processo de abertura política. Esse cenário de aumento do tensionamento entre a política de saúde vigente e as forças de oposição ao governo favoreceu o engajamento de vários atores sociais nas Conferências Nacionais de Saúde, nas quais novos modelos de atenção foram colocados em debate e começaram a ser construídos de forma coletiva. Somou-se a isso a forte influência da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, realizada em Alma-Ata, Cazaquistão, entre 6 e 12 de setembro de 1978, quando foram propostas aos países participantes várias alternativas para a meta "Saúde para todos no ano 2000", como, por exemplo, o fortalecimento da Atenção Primária e a participação comunitária (Cunha & Cunha, 2001; Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, 1978).

Diferentes atores sociais, trabalhadores da saúde e de instituições de ensino, destacando-se o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) e a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO), mobilizaram-se com o objetivo de integrar a saúde do cidadão a uma dimensão também política, pelo viés da democratização, e construíram propostas alternativas ao modelo assistencial privatista, inaugurando, assim, os alicerces do movimento sanitário que iria se consolidar nos anos 1980 (Mendes, 1995; Bravo, 2000; Cunha & Cunha, 2001; Paim 2007; Paim, 2009).

No Brasil, a década de 1980 caracterizou-se como um período de intensa movimentação política, de embates e debates entre a resistência democrática e o autoritarismo militar. Ainda em sua primeira metade, mesmo com a derrota da campanha pelas "Diretas já", em 1984, tomou força o processo de redemocratização, ao mesmo tempo em que se agravava a crise econômica marcada pela recessão, pela aceleração da inflação e pelo aumento da dívida externa.

Em 1985, instalou-se a Nova República, visando consolidar a reabertura política. A revisão do texto constitucional, que culminou na promulgação da Constituição de 1988, representou um marco político e jurídico no que concerne à redefinição do papel do Estado frente à crise econômica e às desigualdades sociais (Bravo, 2000).

O movimento pela RSB, que já se configurava desde a década anterior, não era unicamente por melhores condições de saúde, mas um movimento de cunho político, cujo foco principal era a abertura democrática. Afinal, não era possível pensar em saúde em tempos sombrios de ditadura. Partiu-se de um projeto crítico, político e ideológico para uma proposta de ação concreta sobre o sistema de saúde inserido no contexto social, no qual a abordagem saúde-doença migra de uma ação privada, individual e restrita à relação médico-paciente para uma abordagem mais ampla, relacionada às condições de vida, ao processo de trabalho e aos diversos determinantes sociais de saúde (Arouca, 2003).

Diferentes atores sociais mobilizaram-se em busca de uma mudança estrutural nas políticas de saúde. Bravo (2000) acrescenta que

As principais propostas debatidas por esses sujeitos coletivos foram a universalização do acesso; a concepção de saúde como direito social e dever do Estado; a reestruturação do setor através da estratégia do Sistema Unificado de Saúde visando um profundo reordenamento setorial com um novo olhar sobre a saúde individual e coletiva; a descentralização do processo decisório para as esferas estadual e municipal, o financiamento efetivo e a democratização do poder local através de novos mecanismos de gestão – os Conselhos de Saúde. (p.9).

Mas foi em 1986, na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), evento que consolidou a participação da sociedade nos debates das políticas de saúde, que se formalizaram propostas concretas sobre outras formas de pensar a saúde coletiva e integrá-la à cidadania (Brasil, 1986; Paim, 2007; Fleury, S. 2009). As discussões enfatizaram a saúde como direito de todos e dever do Estado, a reformulação das políticas, as formas de financiamento e o processo de produção em saúde como uma construção de sujeitos e coletivos protagonistas e autônomos.

Estruturou-se a demanda por uma Reforma Sanitária e pela instituição de um Sistema Único. Era momento de reivindicar mudanças em um modelo de assistência até então predominantemente falho, abusivo e negligente em relação aos pobres e à saúde pública, pactuado com outros atores que representavam interesses políticos e econômicos de setores específicos, como os profissionais liberais, os planos de saúde, unidades de assistência privadas e os laboratórios de medicamentos. Era momento de apresentar propostas, de democratizar as relações de trabalho, de propor revisões na organização do trabalho e nas

formas de acolher e atuar na saúde efetivamente coletiva. Momento de propor alternativas de trabalho em rede, debatidas e construídas democraticamente.

Assim, na VIII CNS foram propostas mudanças estruturais no modelo de atenção que superavam as melhorias na assistência. Além do sistema de saúde se tornar universal e gratuito, ampliou-se o conceito de saúde como

[...] resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado de formas de organização social da produção, as quais podem gerar desigualdades nos níveis de vida. (Cunha & Cunha, 2001, p.297).

Emergiu, assim, uma nova concepção de saúde e de cuidado. A saúde passa a ser caracterizada também como acesso à educação, às condições dignas de vida, ao trabalho e à moradia. Ela é trazida à dimensão de cidadania como direito de todos e dever do Estado, o qual tem por obrigação oferecer, sobretudo, acessibilidade, equidade, integralidade e universalidade. Nesse sentido, a condição de saúde se vincula às condições concretas de vida, integrando-se às dimensões social, econômica, cultural, física, subjetiva e também às novas perspectivas políticas do país.

O Sistema de saúde passou a ser único, com uma proposta de gestão democrática pactuada entre trabalhadores, usuários e gestores. Para sua viabilidade, caberia ao Estado garantir o orçamento ampliado, assim como a consolidação de políticas de sustentação ao projeto. É nesse contexto, de intensa efervescência e resistência política no Brasil, que o SUS foi instituído. Seu marco legal deu-se a partir da promulgação da Constituição de 1988, mas foi em 1990 que foram promulgadas as leis 8.080, em 19 de setembro, e 8.142, em 28 de dezembro, que abordam a regulamentação, o financiamento e a participação social no SUS.

Os princípios e diretrizes da saúde pública no Brasil se fundamentam, desde então, na universalização do acesso, que é garantia de assistência à saúde para todos os cidadãos, sem distinção de raça, sexo, condição social etc.; na equidade, que significa direcionar mais investimentos para quem precisa mais, no sentido de diminuir as desigualdades e atuar com o princípio da justiça social; na integralidade, que visa atender a pessoa em todos os processos referentes à saúde: promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, além da integração da saúde às outras políticas públicas; na descentralização, que distribui as responsabilidades aos três níveis de governo, federal, estadual e municipal, buscando melhorar a qualidade da assistência, delegar as ações a quem administra o sistema mais de perto e fortalecer o controle social. E, por fim, na participação popular, por meio dos Conselhos de Saúde, em nível local, distrital e municipal, com suas respectivas Conferências e Conferências

Nacionais, constituídos por trabalhadores, gestores e usuários dos serviços. Pode-se incluir, ainda, a autonomia dos sujeitos, o direito à informação, a epidemiologia como referência para prioridades, a resolutividade e a organização dos serviços. Esses dispositivos, fundamentais para o exercício da cidadania, propõem a democratização nas relações de trabalho e convoca usuários e trabalhadores a serem coparticipantes do processo de construção da política de saúde (Cunha & Cunha, 2001; Brasil, 1988; Brasil, 1990a).

Somente em 1992 o SUS foi colocado em prática, apesar das forças internas ao governo estarem resistentes à sua implantação. O contexto político brasileiro, neste período, foi marcado pela ascensão do governo Fernando Collor de Melo, explicitamente contrário ao SUS. Arouca (2003) afirma que para o ex-presidente, e "segundo o pensamento da reforma liberal do Estado, o SUS era uma excrescência" (p. 357).

Os anos 1990 foram marcados por uma dicotomia fundamental entre o SUS - universal, democrático e solidário - legitimado pela Constituição Cidadã de 1988, e a saúde enquanto mercado, sustentada pelas políticas hegemônicas neoliberais, focadas na produtividade, na redução de custos e na eficiência. Aos mais pobres era oferecido o mínimo, enquanto aqueles que tivessem acesso a um recurso financeiro maior optavam pelo plano de saúde privado (Bravo, 2000). O posicionamento político e ideológico do governo brasileiro estava consoante ao contexto mundial, que não se mostrava adepto às políticas públicas de cunho social e solidário. Assim, ao analisar a conjuntura nacional e mundial das últimas décadas, pode-se deduzir que o momento em que se discutia a RSB e a construção de um modelo de política pública não era favorável (Menicucci, 2006; Ferreira Neto & Araújo, 2014), ainda que necessário.

Pode-se afirmar que esse processo não teve início em 1990: é anterior. A redefinição da participação do Estado, com a redução de sua responsabilização no bem estar social em âmbito global, teve suas origens no final dos "anos gloriosos" do capitalismo, com a primeira crise do petróleo em 1973/1974. Posteriormente, em 1978/1979, delineou-se uma nova configuração econômica em que a ênfase recaía sobre a globalização dos mercados, a competitividade das empresas privadas e o desenvolvimento da tecnologia e da informação. Nesse contexto, marcado por fortes instabilidades, destaca-se como um dos eixos de crescimento o desenvolvimento do mercado da saúde e de produtos farmacêuticos (Mercure, 2003).

A lógica do capital se sobrepunha à da política, retirando do Estado sua participação e implicação na economia, passando a vigorar o Estado Mínimo e a redução da margem de ação estatal sobre questões sociais (Campos, 2007; Fleury, S. 2009). Por outro lado, valendo-se do

poder político sobre a sociedade, o Estado garantia o modo de funcionamento social concorrencial e individualizante, delineando outras formas de subjetividades (Ferreira Neto & Araújo, 2014). Inicia-se o processo de desmantelamento da perspectiva de construção de solidariedades e passa-se a instituir modos de viver fragmentados e autocentrados, não mais voltados para o coletivo. Daí o momento não ser favorável ao SUS.

Dessa forma, percebemos que, no Brasil, a luta por estabelecer outras possibilidades de vida, novas formas de se fazer política de saúde e trabalhar em saúde, teve que lidar com forças opostas, com resistências intrínsecas mediadas por interesses políticos e econômicos, influenciadas por governos aliados a uma política social e econômica neoliberal que se instituía dentro e fora do país. No que concerne às políticas públicas, ainda que consolidado o SUS e reconquistada a democracia, interesses partidários e corporativos continuavam a provocar cisões e rupturas em projetos que pressupunham a coletividade (Menicucci, 2006).

Além da política interna, emergiram outras forças de oposição à Reforma, como parte da classe médica que, de forma geral, defendia um modelo privatista e corporativista que a mantinha em uma situação de conforto político e renda privilegiada; e os sindicatos que, embora inicialmente participantes dos movimentos pela Reforma Sanitária, posteriormente mantiveram-se ocupados em reivindicar e ampliar a cobertura aos trabalhadores pelos planos de saúde privados, contribuindo assim para o esvaziamento e descaso com o SUS ao longo dos anos. Como afirma Menicucci (2006), embora o movimento da Reforma Sanitária no Brasil tenha sido essencialmente de cunho solidarista, "não se pode dizer que esses valores eram generalizados tanto na elite governante como na sociedade organizada". (p.76).

Nesse cenário conturbado, Santos (2012) identifica quatro obstáculos com os quais o SUS se deparou, e que perduram ainda hoje:

1º - Subfinanciamento federal;

2º- Aumento de subsídios ao mercado de planos de saúde privados com recursos do governo federal, através de isenções, deduções no recolhimento de tributos e cofinanciamento de planos privados a servidores públicos;

3º - Rigidez administrativa e burocrática do Estado, o que causa lentidão à realização de concursos públicos e na recomposição da infraestrutura, de insumos e recursos humanos, causando danos ao usuário do sistema e precarizando as condições de trabalho;

4º - Privatização da gestão pública.

Segundo esse autor, dentre várias consequências pode-se identificar a ausência de investimentos em equipamentos diagnósticos e terapêuticos; redução no efetivo de trabalhadores, levando à precarização das relações e da gestão do trabalho em saúde; redução

de investimentos na Atenção Básica e, conseqüentemente, na ESF; maior adesão a planos de saúde privados pela classe média e pelos trabalhadores da rede pública e privada.

Sem ações efetivas que mudassem o cenário, as forças de sucateamento do Sistema só intensificaram seus efeitos. Além de aumentar os convênios entre o SUS e prestadores de serviços privados, a falta de investimentos levou também à sub-remuneração dos profissionais de saúde e à presença de mão de obra terceirizada, com vínculos precários. Percebe-se, por meio de estratégias mais ou menos diretas, o distanciamento substancial dos ideais da Reforma baseados em um sistema de saúde universal e igualitário, e corrobora-se a permanência de um sistema ainda desigual e de acesso restrito (Noronha & Soares, 2001).

Nos anos 2000, não houve mudanças que pudessem promover o fortalecimento do SUS de forma efetiva e concreta. Em 2002, assume a presidência do país Luis Inácio Lula da Silva, que manteve a mesma dicotomia, ora acenando favoravelmente para o retorno dos ideais da Reforma, ora mantendo a política de saúde privatista, contrariando assim as expectativas de fortalecimento do projeto inicial. Não foram implementadas mudanças que reduzissem a precarização e a terceirização do trabalho em saúde; manteve-se o subfinanciamento e não houve ações concretas que viabilizassem a Seguridade Social. Acrescentam-se ainda questões técnicas, como a focalização e a ênfase na ESF, sem entretanto integrá-la a ações mais amplas de fortalecimento e reorganização da Atenção Básica (Bravo, 2000; Paim, 2009).

As concepções ideológicas divergentes, inscritas nesse contexto socio-histórico, favorecem a produção de discursos igualmente paradoxais, por vezes incompatíveis, provocando enfrentamentos no cotidiano de trabalho e impactando diretamente a saúde dos que cuidam e dos que buscam o cuidado.

Destaca-se que, em 2004, o Ministério da Saúde cria a Política Nacional de Humanização (PNH), a fim de fazer face às dificuldades vivenciadas na implantação efetiva do novo sistema de saúde e de legitimar o sistema de condutas e gestão, enquanto política nacional:

A Humanização, como um conjunto de estratégias para alcançar a qualificação da atenção e da gestão em saúde no SUS, estabelece-se, portanto, como a construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de co-responsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. Éticas porque tomam a defesa da vida como eixo de suas ações. Estéticas porque estão voltadas para a invenção das normas que regulam a vida, para os processos de criação que constituem o mais específico do homem em relação aos demais seres vivos. Políticas porque é na pólis, na relação entre os homens que as relações sociais e de poder se operam, que o mundo se faz. (Brasil, 2004. p.8).

De inquestionável pertinência, a PNH denuncia a impossibilidade de trabalhar a qualidade de atendimento ao usuário apenas a partir das formas de gestão dos processos de trabalho, sem considerar a dimensão humana e a forma como o trabalhador vivencia seus vínculos com os demais atores sociais, com a atividade e com a organização do trabalho (Barros & Barros, 2009). Contudo, percebe-se que ações, talvez prioritárias, como intervenções sobre o contexto que favorece relações de violência, sobrecarga e condições de trabalho precárias não aconteceram efetivamente e de forma ampla. Entre a forma como efetivamente se organizam os serviços e os princípios que os sustentam percebemos uma lacuna: a Humanização na saúde é minada pelos atravessamentos políticos e pelos poderes instituídos de uma organização do trabalho muitas vezes inflexível que, como constatamos, frequentemente causa sofrimento ao trabalhador.

Resultante das lutas de tantos outros atores e legitimada como política pública, a PNH mantém-se, ainda, como força e movimento instituinte para levar adiante o debate sobre os agentes que favoreciam e favorecem a desumanização, tais como a organização do trabalho, o subfinanciamento e as relações de poder. Ela permanece como um projeto contra-hegemônico, problematizando formas de gestão centralizadas e autoritárias, redefinindo o trabalho em saúde como um processo coletivo de produção e encontro de saberes.

Novos discursos foram construídos ao longo dos anos, produzindo outros sentidos e significados que se impõem nos dias atuais. O SUS para todos, universal, se transforma por mecanismos nem sempre sutis, como o já mencionado subfinanciamento e o fortalecimento da saúde suplementar, com o desvio de verbas e o fisiologismo, em "SUS para os pobres". A integralidade e a equidade, por não se configurarem ainda de forma plena, reforçam o discurso que "SUS não funciona", ainda que tais discursos coexistam com ações de caráter universalizante, de maior ou menor acessibilidade, como a cobertura de vacinas, o controle e tratamento da AIDS, procedimentos de alto-risco e transplantes de órgãos. Destaca-se a redução em vários indicadores, tais como a incidência da tuberculose, a mortalidade infantil e a mortalidade precoce por doenças crônicas, como diabetes e hipertensão (Santos, 2012). Apesar da fragilidade, o SUS se faz necessário e vitorioso quando, mesmo na precariedade, "é responsável por 90 a 95% das cirurgias de coração e tratamentos oncológicos. Realiza um milhão de internações/mês, 3,5 bilhões de atendimentos/ano e cobertura de 60% da população pela Estratégia da Saúde da Família" (Cohn, 2016, p.1).

Mantém-se, assim, uma face assistencial resolutiva que funciona; e outra política, mais ou menos explícita, que atua de forma incisiva sobre o favorecimento de uns e o descaso em relação a outros. Prevalecem, ainda hoje, outros interesses corporativos sobre o coletivo,

gerando, dentre outros fatores, desigualdades no atendimento e na cobertura (Noronha & Soares, 2001; Menicucci, 2006; Campos, 2007). Com isso, os impasses políticos e ideológicos perduram e criam lacunas e desafios ao trabalhador da saúde, que ainda se encontra distanciado da condição de trabalho idealizada em seu princípio.

2.1 Perspectivas atuais

Nos últimos anos, seja com governos de esquerda ou sob o atual governo, o movimento pelo desmonte do SUS vem tomando força. O setor privado conta com

(...) linhas de crédito do Banco Nacional de Desenvolvimento (BNDES), Parcerias Público-Privadas (PPP), renúncia fiscal, isenção de impostos, renegociação ou até perdão de dívidas, uso de reservas técnicas, entre outras ações, com o objetivo de suprir a deficiência do setor público sucateado. (Farias, 2016a, p.1).

Acrescenta-se que os planos de saúde privados foram grandes financiadores de campanhas políticas em 2014, inclusive do Partido do Movimento Democrático Brasileiro (PMDB), partido do então ministro da saúde Marcelo Castro no governo da presidente Dilma Rousseff e do atual presidente da república, Michel Temer. Farias (2016a) acrescenta ainda que

Em 2014, o órgão que regula e fiscaliza o setor de planos de saúde, a Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), recebeu 90.945 reclamações por parte dos usuários dos planos. Estas envolvem negativas de cobertura, reajustes abusivos, descumprimento de contratos, rescisão unilateral de contrato, entre outros. Em resposta às reclamações, a agência abre processos administrativos que, ao constatar infrações, geram multas às operadoras de planos de saúde. Porém, as empresas recorrem da decisão administrativamente e, ao se esgotar as possibilidades de recurso, levam para a esfera judicial. Assim, processos podem levar até doze anos para serem concluídos e, ao final, quando não prescritos, podem ser negociados através do chamado Termo de Compromisso de Ajuste de Conduta (TCAC), que possibilita a redução das multas aplicadas em até 5% do valor total, segundo o artigo 10 da Resolução Normativa nº 372, publicado pela própria agência. Cabe ressaltar que em 2014 o atual presidente da Câmara dos Deputados, Eduardo Cunha, foi relator da Medida Provisória 627, que trazia em um de seus artigos o perdão da dívida dos planos aos cofres públicos no valor de R\$ 2 bilhões. (p.1).

Assim, na medida em que assistimos ao aumento da judicialização da saúde, por meio das crescentes reclamações na Agência Nacional de Saúde (ANS) e ações contra o sistema privado ou público, assiste-se à mudança do direito de cidadania para direito do consumidor, da relação do cuidado para a relação empregado-cliente, e da humanização para a visão de mercado (Farias, 2016a). A assistência, que deveria ser universal e gratuita, encontra-se cada vez mais seletiva e vinculada, direta ou indiretamente, aos valores de mercado.

Entre 2011 e 2014, os valores que não foram arrecadados pelas desonerações e subsídios para empresas privadas, sejam de saúde ou não, foram muito maiores que os valores destinados à saúde e educação. Se o financiamento do SUS pela União era de 72% em 1993, em 2013 já estava reduzido a 42,93% (Paim, 2016).

Em 2016, assiste-se a uma retomada dos debates acerca do financiamento do SUS enquanto pauta política, distanciada de seu objetivo fundamental, que é o acesso a condições dignas de vida e saúde como direito constitucional de cidadania. Ao longo dos anos, foram várias as propostas que limitavam cada vez mais os gastos da União com a saúde. Com a recessão, a inflação, o desemprego, a queda dos rendimentos da população e o consequente aumento da dependência do SUS, os recursos tornam-se mais escassos e as condições de trabalho mais precarizadas.

Vieira e Benevides (2016) citam o documento oficial da Proposta de Emenda Constitucional, PEC 55³, a qual "propõe uma alteração na Constituição Federal e um 'Novo Regime Fiscal', estabelecendo um teto para as despesas primárias baseado na correção das despesas do ano anterior pela inflação do mesmo período durante vinte anos" (Brasil, 2016). A proposta foi aprovada na Câmara dos Deputados em 10/10/2016, por 366 votos a favor e 111 contra; foi votada em 29/11/2016 no primeiro turno pelo Senado Federal e também foi aprovada, por 61 votos contra 14; por fim, no segundo turno, em 13/12/2016, foi aprovada por 53 votos contra 16, apesar dos movimentos sociais promoverem manifestações em oposição à medida. Vários são os impactos negativos sobre a saúde e o SUS, posto que estados e municípios não terão condições de compensar o déficit da União. Congelar os gastos com saúde, tomando como referência os investimentos de 2016, já é balizar em valores abaixo do recomendável, uma vez que, em 2016, com a queda da arrecadação, o investimento já fora reduzido. Não se considera o envelhecimento da população e as variáveis demográficas e epidemiológicas que demandarão por maiores investimentos em tecnologia, insumos, medicamentos e infraestrutura (Santos, 2016; Vieira & Benevides, 2016).

Além disso, há que se ressaltar, mais uma vez, o aumento da população SUS-dependente. O que se pode concluir é que, caso os debates não sejam ampliados, o risco de aumentar as dificuldades sociais e as desigualdades poderá levar a um maior agravamento da saúde da população, um retrocesso no movimento de conquista dos direitos de cidadania e, consequentemente, impactará também a situação econômica do país (Vieira & Benevides, 2016).

³ A PEC tramitou na câmara dos deputados como 241, e, posteriormente, no Senado, como PEC 55.

A força instituinte da Reforma Sanitária e a ação de tantos atores engajados em construir um SUS para todos ainda não foram suficientes para produzir discursos politicamente decisivos face à lógica racional hegemônica e neoliberal. No entanto, mesmo que sejam escassas as possibilidades atuais de fortalecimento do Sistema e de reconhecimento do trabalho, dificultando a emergência de novos sujeitos implicados com o fazer assistencial e político em saúde, as resistências se fazem presentes e mantêm o SUS vivo, atuante e imprescindível a milhões de brasileiros.

2.2 Modos de funcionamento: Atenção Primária

A organização dos serviços do SUS divide-se por nível de complexidade. Assim, temos a Atenção Primária, que é o primeiro acesso do cidadão ao sistema de saúde, considerada de baixa complexidade; a Atenção Secundária, responsável pela assistência em nível de especialidades, tais como reabilitação, especialidades médicas, exames de média complexidade e Upa; e a Atenção Terciária, que atende às demandas hospitalares, de alto custo e alta complexidade, como os transplantes de órgãos. Essa configuração expõe a fragmentação do Sistema, ao propor uma hierarquização equivocada dos níveis de complexidade da atenção (Brasil, 2007), o que se trata de uma outra controvérsia que foge ao objetivo desta pesquisa.

Nosso estudo se desenvolve na Atenção Primária, nível em que se abriga a ESF e que também tem sua história e fundamentos.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é considerada a porta de entrada do sistema público ao usuário, o primeiro acesso que deverá atender às queixas mais comuns que configuram a maioria de seus problemas de saúde. Sua estrutura foi debatida e constituída a partir da Conferência Internacional de Alma-Ata, Cazaquistão, em 1978, muito antes da criação do SUS. Promovida pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), a Conferência contou com a participação de 134 países e mais de 3.000 delegados. Sem nenhum representante do Brasil, ali foram questionados os modelos verticais, especializados e intervencionistas de atenção à saúde da população, assim como foram inseridos os determinantes sociais como variáveis do processo saúde-doença, apontando, assim, para a necessidade de se construir novos modelos de atenção (Giovanella & Mendonça, 2012).

Nessa Conferência foi aprovada a Declaração de Alma-Ata que, após ser ratificada pela Assembleia Geral da OMS em 1979, lançou, em nível mundial, a Estratégia de Saúde

para Todos no Ano 2000. Em síntese, a Declaração de Alma-Ata incluiu a saúde como direito fundamental e denunciou as desigualdades sociais e seus impactos sobre a saúde das populações. Restituiu ao Estado a responsabilização pela saúde dos povos e os convocou a desenvolver ações de intersetorialidade, que promovessem programas e políticas sociais de cunho sanitário (Giovanella & Mendonça, 2012).

Em relação à APS, a Declaração de Alma-Ata a concebeu como:

[...] atenção à saúde essencial, baseada em métodos e tecnologias apropriadas, cientificamente comprovados e socialmente aceitáveis, cujo acesso deve ser garantido a todas as pessoas e famílias da comunidade mediante sua plena participação. Pressupõe assim a participação comunitária e a democratização dos conhecimentos, incluindo 'praticantes tradicionais' (curandeiros, parteiras) e agentes de saúde da comunidade treinados para tarefas específicas, contrapondo-se ao elitismo médico. Nessa concepção, a APS representa o primeiro nível de contato com o sistema de saúde, levando a atenção à saúde o mais próximo possível de onde as pessoas residem e trabalham. (Giovanella & Mendonça, 2012, p. 15).

Nesse período, expandia-se em nível mundial a política do Estado Mínimo, conforme dito anteriormente, como um dos aspectos característicos do neoliberalismo. Em resposta aos ideais de uma assistência universal e emancipatória, prevista pela Declaração de Alma-Ata, alguns órgãos e agências internacionais, como o Banco Mundial, defenderam uma APS seletiva, ou seja, propostas de intervenções de baixo custo para combater algumas doenças de forma isolada em países mais pobres ou em desenvolvimento, desconsiderando o papel dos determinantes sociais: educação, lazer, cultura, saneamento, trabalho (Giovanella & Mendonça, 2012).

No Brasil, o movimento da RSB propõe o termo "Atenção Básica" (AB) para designar esse primeiro acesso, ou a porta de entrada ao sistema de saúde, visando distanciar nosso modelo da APS seletiva, conforme vinha acontecendo ao longo dos anos em muitos países. Tal como proposto por Starfield (2002), a Atenção Básica, ou APS brasileira, caracteriza-se pela responsabilização longitudinal da equipe de saúde pela população, comunidades e famílias, pelos vínculos entre usuários e profissionais, pelo acolhimento e pela integralidade do cuidado, considerando os aspectos físicos, psíquicos e sociais.

Segundo o Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica,

A Atenção Básica deve considerar o sujeito em sua singularidade, complexidade, inteireza, e inserção sociocultural, além de buscar a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças, e a redução de danos ou de sofrimentos que possam estar comprometendo suas possibilidades de viver de modo saudável". (Brasil, 2003, p.7).

Desta forma, os serviços se aproximam das comunidades, conhecem seu território, suas famílias e necessidades em saúde, o que veio a se consolidar com a ESF.

2.3 O Programa Saúde da Família (PSF)

Em dezembro de 1993, o Ministério da Saúde publicou a Portaria 693, que formalizou o Programa Saúde da Família, mas pode-se considerar que sua criação foi no ano de 1994. Em 1997, foi lançado pelo Ministério da Saúde o documento "Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial", visando reorganizar a Atenção Básica, aprofundar seus princípios e aumentar a resolutividade⁴ (Brasil, 2012).

Com esse novo modelo assistencial, há uma mudança estruturante na organização do trabalho e na forma de atendimento aos usuários a partir da Atenção Básica. A proposta é que a ação deixe de ser apenas curativa, sobre pessoas passivas diante da própria condição de saúde, que procuram as unidades somente quando apresentam alguma doença ou algum sintoma. Devem-se desenvolver ações curativas quando necessário, mas sobretudo desenvolver ações e mudanças de comportamentos em favor da prevenção e da promoção da saúde, provocando maior autonomia dos sujeitos em suas formas de caminhar na vida e de exercer a cidadania. Enquanto estratégia assistencial, o PSF busca a "centralidade de suas ações na integralidade da atenção e do cuidado à família" (Gomes & Pinheiro, 2005, p. 289).

As equipes de saúde da família são alocadas em Unidades Básicas de Saúde (UBS), ou Centros de Saúde (CS). Cada unidade deverá se responsabilizar por um número de famílias que residem nas áreas próximas, de forma que seja possível estender a todas elas a integralidade e acessibilidade do cuidado. Cada CS é responsável por prestar atendimento e acompanhamento em puericultura, pré-natal e controle de doenças crônicas. Também são desenvolvidas atividades de assistência farmacêutica, saúde bucal, coleta e entrega de exames laboratoriais e eletrocardiograma, curativos, vacinação e marcação de consultas especializadas. Fazem parte também atividades de promoção da saúde, como Lian Gong e Academia da Cidade. Além das equipes de saúde da família, as unidades contam com médicos de apoio em clínica médica, pediatria e ginecologia, equipe de controle de zoonoses e os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, compostos por equipe multidisciplinar: fonoaudiólogos, fisioterapeuta, nutricionista, psicólogo, assistente social, terapeuta ocupacional e farmacêutico (Tostes, Almeida, Lazari, Gomes & Coimbra 2012).

⁴ Devido à sua amplitude e centralidade como modelo norteador da proposta de reorganização da Atenção Primária, o PSF foi redefinido como Estratégia em 1997 (Tostes, Reis & Pitchon, 2012; PNAB, 2012). Neste estudo, utilizamos o termo "programa" (PSF) enquanto campo de atividades desenvolvidas pelos trabalhadores, inserido na "estratégia" (ESF), modelo de política de atenção à saúde. Optamos pelo uso da expressão "PSF" também por ser a mais utilizada, cotidianamente, por trabalhadores e usuários.

Cada unidade tem uma área de abrangência definida por critérios geográficos e populacionais, e a comunidade deverá ser vinculada a essa unidade de referência. Em Belo Horizonte, o município é dividido em nove regionais⁵, também denominados distritos sanitários, os quais possuem, cada um deles, sua própria Secretaria de Administração Regional. Cada um desses distritos é dividido em áreas de abrangência dos centros de saúde. Essas áreas podem ser revistas a partir de alterações detectadas por fatores censitários, tais como o próprio índice de vulnerabilidade e o aumento da população ou perfil epidemiológico, por exemplo. Com a implantação das equipes de Saúde da Família (EqSF), essas áreas foram subdivididas em microáreas, delimitando o conjunto de moradias sob a responsabilização de cada equipe, de cada agente comunitário de saúde (SMSA/BH, 2009).

O PSF promove maior aproximação e integração entre os profissionais de saúde e as comunidades. A ideia é de longitudinalidade, de acompanhamento das famílias e seus membros em todas as faixas etárias e em todos os momentos da vida, da construção de vínculos. Assim, cada sujeito deve ser cadastrado na unidade de referência de seu território e acompanhado pela equipe responsável pela cobertura de sua área. A atenção deixa de ser prioritariamente sobre a doença ou sobre procedimentos e passa a ser no sujeito e na sua família, na sua história, inseridos em um contexto social, cultural e econômico. Em uma perspectiva mais ampla, a leitura do processo saúde/doença é feita de acordo com a realidade local, familiar e social (Costa et al, 2009).

Cada EqSF das UBS deverá, assim, cumprir os programas propostos pelo Ministério da Saúde, desenvolvendo ações para a saúde da criança, saúde da mulher, controle de doenças crônicas (hipertensão, diabetes mellitus), controle da tuberculose, eliminação da hanseníase, ações de saúde bucal (Brasil: s.d.). Outro ponto que merece destaque é a mudança do modelo individual, hospitalocêntrico e médico-centrado para um modelo coletivo, multi e interprofissional. De acordo com a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB, 2012), alguns aspectos deverão ser observados na composição das equipes de saúde da família:

1 - As equipes devem ser multiprofissionais, compostas por um médico generalista, ou especialista em Medicina de Família e Comunidade; um enfermeiro; dois auxiliares ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), cujo número vai depender da área de cobertura. O recomendável é que cada ACS responda por, no máximo, 750 pessoas. Pode ainda fazer parte do quadro um profissional cirurgião-dentista, um auxiliar e/ou técnico em saúde bucal.

⁵ Barreiro, Centro-sul, Leste, Nordeste, Noroeste, Norte, Oeste, Pampulha e Venda Nova.

2 - Cada equipe deverá se responsabilizar por uma população segundo o critério de vulnerabilidade: quanto maior o grau de vulnerabilidade da comunidade, menor deverá ser o número de pessoas por equipe.

3 - Todos os profissionais que atuarem nas equipes deverão cumprir uma carga-horária de 40 horas semanais.

Em Belo Horizonte, as primeiras equipes de saúde da família começaram a funcionar em 2002, em UBS que apresentavam maior Índice de Vulnerabilidade à Saúde (IVS). Esse indicador foi construído com o objetivo de apontar o nível de vulnerabilidade social da população de um determinado território. Trata-se de um "Indicador de Risco", associado a outros indicadores do IBGE, como moradia, renda e mortalidade infantil. Por referir-se a um indicador negativo, quanto mais elevado o seu valor, maior o risco daquela população de adoecer e morrer.

Assim, em Belo Horizonte, esses indicadores correspondem a quatro categorias, a saber: A - baixo risco (28% da população), B - médio risco (38% da população), C - risco elevado (27% da população) e D - muito elevado risco (5% da população) (SMSA/BH, 2009). Segundo estudo epidemiológico da SMSA/BH, "oitenta e dois por cento dos residentes nas regiões classificadas como "baixo risco" morrem com idade acima de 50 anos, enquanto que nas áreas de "risco muito elevado" cinquenta e dois por cento da população morrem antes de atingir essa idade" (Minas Gerais, 2009). As primeiras equipes foram implantadas onde o IVS era de muito elevado e elevado risco e, posteriormente, o programa foi se ampliando para a população de médio e baixo risco.

De acordo com a classificação do IVS, a SMSA/BH definiu da seguinte forma o número de famílias cobertas pelas equipes: para populações de muito elevado risco, classificação D, as equipes devem cobrir 2.600 pessoas; elevado risco, classificação C, 3.100; e em comunidades de médio risco, B, cada equipe deverá cobrir 3.700 pessoas. Ou seja, quanto menor o IVS, maior o número de pessoas que poderão ser cobertas por cada equipe (Rates et al, 2012).

No cotidiano das equipes em Belo Horizonte, os trabalhadores fazem visitas domiciliares aos pacientes acamados ou em dificuldade de locomoção; desenvolvem diagnóstico situacional; promovem ações individuais ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças; acolhem usuários com sintomas agudos e acompanham portadores de doenças crônicas. As atividades são sempre diversificadas e se intercalam com reuniões das equipes para discussão dos casos, atividades de educação permanente e qualificação, e

mutirões que, muitas vezes, extrapolam os muros das UBS e adentram em vilas e comunidades.

Temos como ponto central da ESF, segundo o Ministério da Saúde, o estabelecimento de vínculos, de laços de compromisso e co-responsabilização, da humanização da assistência, assim como o estímulo ao controle social (Brasil, 1997). Entretanto, os desafios que se impõem no cotidiano aos trabalhadores - tendo como foco neste estudo os médicos - incluem a falta de insumos e materiais, espaço físico inadequado, falta de equipamentos, equipes incompletas e relações de trabalho conflituosas. Tais fatores se amalgamam às condições psíquicas desgastantes e ameaçadoras, diante do embate cotidiano com a realidade social e econômica da população. O imprevisto se faz presente diariamente, através dos enfrentamentos que não fazem parte das prescrições formais: a perspectiva da morte do usuário devido à falta de infraestrutura, a impossibilidade de se fazer o PSF, efetivamente, e o trabalho sob a ameaça do narcotráfico, por exemplo.

Evidenciam-se as consequências dessas condições, se observarmos as transformações dos processos de trabalho nos últimos anos. A dimensão do cuidado, do tempo de escuta e observação é confrontada com outros critérios definidos pela lógica produtivista organizacional, uma vez que a produtividade do médico é posta sempre em avaliação, independente das condições de trabalho, em detrimento do nível de qualidade que a saúde do usuário vem alcançando. Muitas vezes, as metas são definidas por técnicos que parecem desconhecer o trabalho e o contexto em que este acontece, a capacidade e os recursos concretos das equipes de saúde, além das especificidades de cada território.

De forma paradoxal, percebe-se que o PSF deve responder a metas de números de atendimentos, casas visitadas pelas equipes de agentes comunitários de saúde (ACS), exames executados etc. Tal modo de funcionamento faz com que o paciente se transforme em número e o profissional da saúde em um cumpridor de estatística, respondendo a um projeto "quantofrênico" (Gaulejac, 2007), em que os números têm prioridade sobre os laços e o tempo de consulta prevalece sobre o tempo da construção de vínculos e sobre as histórias das vidas que se encontram no interior dos consultórios de atendimento.

2.3.1 O médico de PSF: trabalho e formação

O modelo de medicina que integra o Programa Saúde da Família vai de encontro a outro modelo, consolidado na segunda metade do século XX, em que a impessoalidade e as habilidades técnicas adquiriram primazia sobre a relação médico-paciente. Com a Estratégia

da Saúde da Família, a medicina deixa de se caracterizar pela fragmentação em especialidades e o sujeito passa a ser abordado de forma integral, incluindo ao físico a dimensão psicossocial. O foco é uma abordagem que seja generalista, em que o mesmo médico deverá fazer o acompanhamento da criança, do adolescente, da mulher, do homem, do idoso, do trabalhador (Gonçalves et al, 2009), em suas demandas de saúde. O médico de família não impõe restrições a quem o procura, seja por questões de faixa etária, gênero ou outras especificidades: ele se ocupa das urgências epidemiológicas, das doenças crônicas, das doenças antigas ou recentes (Meneses e Rocha, 2005), tendo como foco a pessoa em sua singularidade e integralidade.

No PSF, o papel do médico ultrapassa os limites dos consultórios e se insere nas dinâmicas familiares, nas casas e nos espaços públicos, abrindo possibilidades de intervenções coletivas e comunitárias, além de participar de ações que envolvem a intersectorialidade. O ato clínico deixa de ser médico-centrado, a atuação se torna multidisciplinar e incorpora diferentes saberes à construção de alternativas de cuidado visando a integralidade das ações em saúde (Gonçalves et al, 2009; Vasconcelos & Zamboni, 2011; Rodrigues et al, 2013).

A área da Medicina de Família e Comunidade (MFC) foi reconhecida como especialidade pelo Conselho Federal de Medicina em 1986, e pela Associação Médica Brasileira em 2002. Estudos apontam que, embora a especialidade MFC venha crescendo ao longo dos anos, ainda são poucos os formandos que procuram por essa residência (Mello et al, 2009; Gonçalves et al, 2009; Rodrigues et al, 2013). Identifica-se pouco investimento do Estado na regulação dessa atividade diante da ênfase que muitos programas ainda conferem à medicina de especialidades, de equipamentos de alto custo e tecnologia, que podem proporcionar melhor retorno financeiro e prestígio social ao médico (Ney & Rodrigues, 2012), além do enfoque hospitalocêntrico ainda presente em muitas instituições de ensino (Vasconcelos & Zamboni, 2011). Batalha (2016) acrescenta outro dado, fornecido pelo presidente da Associação Brasileira de Medicina de Família e Comunidade: embora tenham aumentado as vagas para essa residência em todo o Brasil, apenas 30 a 35% delas são ocupadas e apenas em torno de 2% dos médicos que atuam na Estratégia de Saúde da Família são especialistas.

Como possíveis fatores que influenciam essa escolha ainda restrita, temos a não obrigatoriedade da residência para se atuar na Estratégia da Saúde da Família e, assim, muitos médicos, denominados generalistas, atuam no PSF sem ter tido uma formação acadêmica específica para a Atenção Básica. Soma-se a isso a frequente desvalorização dos profissionais que atuam nessa área, seja pela sociedade, de forma geral, como também entre a própria

classe médica (Mello et al, 2009; Gonçalves et al, 2009). Um caso citado na reportagem de Batalha (2016) revela a preocupação da mãe de uma profissional, de que sua escolha pela medicina de família a levaria a "morrer pobre" (p.22).

O atual contexto desfavorável ao SUS é citado por Gonçalves (2017) como uma das causas que promovem o enfraquecimento da medicina de família. A precarização das UBS, a deterioração das condições de trabalho e a crise na remuneração seriam algumas das consequências desse contexto, que pode levar ao esvaziamento da Atenção Básica e justificar a dificuldade cada vez maior em formar profissionais interessados em atuar na MFC, na rede pública. Destaca-se ainda que esses mesmos motivos contribuem também para a não fixação desses profissionais no PSF (Ney & Rodrigues, 2012).

Na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, nem todos os médicos de PSF possuem a residência ou especialização em MFC. Muitos profissionais contratados, não efetivos, são médicos recém-formados que buscam o SUS como primeiro emprego. Não é infrequente a saída desses profissionais, tão logo sejam aprovados em residência de outras especialidades. Entre os médicos servidores efetivos, identificam-se aqueles que já possuíam residência em pediatria ou ginecologia, principalmente, e que, quando da implantação da ESF no município, optaram por abandonar a especialidade pra atuar no PSF. Tal opção não se fez sem dificuldades, devido ao desconhecimento e inexperiência com a amplitude da atuação generalista. Encontramos também profissionais que fizeram a residência logo após o término da graduação ou assim que tomaram posse no concurso da PBH, e hoje atuam como preceptores; e outros que, por diferentes motivos, permaneceram sem especialização, adquirindo a expertise e segurança no ato clínico ao longo dos anos.

Abordamos a medicina com ênfase na saúde da família e comunidade como um movimento de resistência na própria comunidade médica: resistência à fragmentação do humano, à cultura hospitalocêntrica e médico-centrada. Resistência a um discurso hegemônico que desqualifica o trabalho no sistema público. Talvez fosse necessário ampliar o debate entre políticas públicas e academia visando construir novos discursos e estratégias de fortalecimento desse outro lugar de onde se exerce o cuidado: o lugar do sujeito político e agente transformador.

3 TRABALHO

É certo que o trabalho é objeto de controvérsias e debates em torno da pluralidade de sentidos e acepções que o engendram, seja por questões históricas, sociais ou políticas. De um lado, significa sofrimento e fadiga. De outro, meio privilegiado de reconhecimento, de transformação de si e do mundo. Reforçando seu caráter polissêmico, em 1930, Freud já apontava a importância do trabalho na economia da libido:

A possibilidade que essa técnica oferece de deslocar uma grande quantidade de componentes libidinais, sejam eles narcísicos, agressivos ou mesmo eróticos, para o trabalho profissional, para os relacionamentos humanos a ele vinculados, empresta-lhe um valor que de maneira alguma está em segundo plano quanto ao de que goza como algo indispensável à preservação e justificação da existência em sociedade. (FREUD, 1976, p. 99).

Por outro lado, Freud acrescenta que o trabalho só era cumprido por necessidade, chegando mesmo a designá-lo como causa de aversão entre os homens, não derivando dele fonte de prazer ou felicidade.

No entanto, como caminho para a felicidade, o trabalho não é altamente prezado pelos homens. Não se esforçam em relação a ele como o fazem em relação a outras possibilidades de satisfação. A grande maioria das pessoas só trabalha sob a pressão da necessidade, e essa natural aversão humana pelo trabalho suscita problemas sociais extremamente difíceis. (FREUD, 1976, p. 99).

Fato que podemos perceber, dadas algumas configurações do mundo do trabalho, remotas ou atuais, em que se evidencia o fosso entre o trabalho e seu sentido, entre o trabalho e a transformação de si e do mundo.

Viegas (1989), em sua conferência "Trabalho e vida", destaca essa ambivalência no sentido e na própria etimologia da palavra. Em sua negatividade, remete a *tripallium*, instrumento de tortura; também tormenta, sofrimento, canga utilizada para imobilizar animais, castigo. Mas em seu aspecto positivo, resgata o sentido de construção do ser, de *labor*, cultivo, cultura, processo de transformação.

Para além de seu caráter formal e instrumental, situamos o trabalho como campo de promoção de saúde e desenvolvimento, uma vez que ele configura o espaço no qual as renormalizações, a criatividade e as solidariedades são continuamente convocadas no cotidiano.

Toma-se, pois, a dupla natureza do trabalho: se é agenciador de subjetividades, também o é de constrangimentos e exploração. Cabe-nos problematizar os contextos que lhe conferem um ou outro sentido e discutir sobre qual trabalho nos referimos, ou melhor, sobre qual concepção de trabalho e sua relação com a saúde conduzimos nosso debate.

A fim de evitar equívocos, inicialmente torna-se necessário distinguir trabalho de emprego, posto que este nos remete a um tipo de vínculo, um contrato que pode ter variabilidades, como por exemplo formal, temporário e outras. Trabalho, por sua vez, nos remete à atividade, podendo ser remunerado e constituir algum tipo de vínculo, ou não. Embora os termos trabalho, atividade e emprego possam ter alguma aproximação, não designam as mesmas realidades.

Recorreremos às referências teóricas das clínicas do trabalho e da psicossociologia para melhor traçar o percurso conceitual com o qual trabalharemos. Para a ergologia, o trabalho não é meramente uma sequência de ações automáticas, programadas, prescritas e controláveis, é uma dinâmica de gerir o ato, as escolhas, os previstos e imprevistos do fazer. Esse ato comporta sempre uma experiência de confrontação entre valores próprios dos sujeitos e as variabilidades da vida, sejam elas técnicas, sócio-históricas, culturais ou políticas.

O trabalho é o espaço de arbitrar e tomar decisões, de construir e reconstruir histórias sempre singulares (Cunha, 2007). Trinquet (2010) acrescenta que "trabalho é colocar em ato a atividade humana, que engloba e restitui toda a complexidade humana" (p. 151). A atividade, tal como referida pelo autor, não é relativa à exterioridade, àquilo que está "fora" do sujeito. Ao contrário, é tudo que acontece na cabeça e no corpo, no ato de trabalhar, em permanente diálogo com o outro e com o meio. A atividade não é tarefa, não é mecânica, não é visível. A atividade convoca saberes e escolhas, é a construção da história, é o que faz com que o trabalho aconteça (Trinquet, 2010; Schwartz, 2011). Como afirma Duc (2007), "Trabalhar é produzir, mas é também acumular história, constituir um patrimônio..." (p.101).

A atividade de trabalho envolve, nesse sentido, um contínuo debate entre saberes, entre microdecisões e arbitragens, que incidem sobre o corpo e o psíquico do trabalhador, que permitem nutrir o potencial criativo e transgressor do trabalhador. São as capacidades de invenção e criação, de subversão de normas e condutas, que viabilizam a execução do trabalho e o cumprimento do ofício.

Pode-se afirmar que o trabalho envolve sempre o pensamento, a inteligência, o corpo e os afetos, seja nas escolhas mais complexas ou nos gestos mais simples. Ele acontece sob dois eixos fundamentais, do impossível e do invivível. Impossível que as normas e prescrições alcancem a complexidade do real, daí a impossibilidade de não renormatizar; e invivível no sentido de estar submetido e aprisionado às prescrições, ao normativo. Nesse sentido, viver nunca poderá ser uma situação de total determinação pelos constrangimentos do meio no qual se vive, o impossível é, também, invivível (Schwartz, 2011).

A partir dos estudos da ergonomia de origem francesa, as clínicas do trabalho trazem à luz os conceitos de trabalho prescrito e trabalho real, utilizados como referência ao longo do nosso estudo. Nessa concepção, o trabalho prescrito se constitui nas tarefas pré-definidas, descritas e protocoladas as formas e normas de execução. Mas deve-se marcar que a tarefa não é o trabalho, ela é um conjunto de prescrições sob condições pré-definidas pela organização (Guérin et al, 2004). E o trabalho real é o que realmente acontece na execução das tarefas, que inevitavelmente implica variações, improvisações e criação de alternativas ou novas formas de fazer, convocadas pela inteligência, pelos saberes constituídos pela experiência dos trabalhadores.

Se no trabalho prescrito a singularidade dos sujeitos e as imprevisibilidades do meio não são consideradas, o trabalho real é o que efetivamente acontece, sobretudo a partir de um contexto não padronizável, não controlável. Tal como afirmam Guérin et al (2004), "a distância entre o prescrito e o real é a manifestação concreta da contradição sempre presente no ato de trabalho, entre 'o que é pedido' e 'o que a coisa pede'" (p. 15). Deve-se reiterar, entretanto, que as prescrições possuem relevância no exercício do trabalho, elas norteiam, orientam, referenciam, mas jamais dão conta do real, nem oferecem certezas sobre a atividade de trabalho. Daí serem sempre insuficientes e potencialmente limitantes.

Segundo a clínica da atividade, o trabalho possibilita ao homem sair de si e inserir-se em uma história que é coletiva, é sempre reinvenção de formas de viver, não apenas cumprimento de tarefas (Bendassolli & Sobol, 2011); é uma atividade que transforma o mundo, os objetos e o outro. No engajamento com o outro, com outras subjetividades e expertises, por meio de concordâncias ou controvérsias, constrói-se o ofício e recriam-se novas formas de vida. Encontram-se em debate os valores, os saberes, as técnicas, as injunções, os gestos e o ato (Clot, 2011; Silva, Barros & Louzada, 2011).

A atividade de trabalho, nessa abordagem, é a forma de produção, aquilo que se faz, e ainda tudo que não foi possível fazer, que compõe as intenções, os impedimentos e suspensões. Introduzimos o conceito de atividade impedida tal como desenvolvido por Clot (2001; 2010), como a amputação do poder de agir, o que significa o retraimento das capacidades e da autonomia sobre a atividade. Aqui, destacamos também o conceito de real da atividade, incluindo não apenas a atividade realizada, mas também tudo o que não é feito, tudo o que poderia ter sido feito ou já não é feito mais, tudo o que se faz para fazer o que deve ou que não deve ser feito, ou ainda, o que se faz sem se querer fazer.

Dessa forma, a atividade contrariada, impedida, compõe esse transbordamento, esse excesso de impossibilidades e impotências, que restringe a percepção de um trabalho bem

feito. Bem feito no sentido de reconhecer, na atividade, a eficácia que o sujeito deseja nela imprimir e de reconhecer-se, ele próprio, nesse fazer. Tanto quanto o excesso do que foi feito, o montante do que não foi feito causa fadiga, estresse, desgaste (Clot, 2001; 2010).

Em síntese, não é apenas a ação executada que compõe o real, mas também sua negatividade, ou seja, tudo que não se concretizou. Daí seu caráter sempre processual, inacabado, incompleto.

Em consonância com a ergonomia e a clínica da atividade, a psicodinâmica do trabalho aponta para a diferenciação entre tarefa e atividade, conforme exposto anteriormente. Considera tarefa tudo aquilo que se deve fazer a partir de definições formalizadas pela organização do trabalho, e atividade aquilo que se faz realmente. O trabalho, assim, é o desenvolvimento de atividades coordenadas que visam dar conta dos limites das prescrições formais, exercício que mobiliza a cooperação entre homens e mulheres. Além de envolver todo o corpo do sujeito, o trabalho é uma atividade que mobiliza a subjetividade e cria alternativas e estratégias para lidar com os limites do prescrito, com acontecimentos de uma realidade que não se enquadra em normas e previsões exatas (Dejours, 2008; Gernet & Dejours, 2011). Nesse sentido, Bendassolli e Sobol (2011) afirmam que, segundo a psicodinâmica, o trabalho é constituinte do sujeito e dos processos de subjetivação.

Gernet e Dejours (2011) assinalam que trabalhar significa se defrontar com procedimentos, normas, equipamentos; com pessoas, sejam elas hierarquias ou pares; enfim, trabalhar é uma construção social, é viver junto. E se lhe é conferida essa dimensão coletiva, é nesse mesmo espaço que se constroem regras, formas de cooperação, de debates e de confrontação com sentimentos, sentidos e afetos. O trabalho é a atividade de construção do mundo, de si mesmo e, ainda, como afirma Dejours (2004), é tudo que se apresenta no ato de trabalhar, o corpo, os gestos, o saber-fazer, a mobilização da inteligência, a capacidade de reflexão, de elaboração e de (re) invenção cotidiana.

Segundo Lhuillier (2014), a psicossociologia clássica não atribui uma centralidade ao trabalho. Porém, entendemos que não lhe confere um lugar de menor destaque. Mas para a psicossociologia do trabalho, este é sempre articulado às demais atividades da vida humana e está ligado às ações sobre o meio, se constituindo enquanto "[...] base da construção do sujeito e das unidades sociais" (p. 5). Trabalhar significa não apenas fazer com o outro, mas fazer para o outro, na mesma medida em que se constrói a transformação de si. Isso significa abordar o trabalho como meio de subjetivação e de inscrição em um mundo pertencente ao coletivo, à história humana. Por isso, é processo de subjetivação fundamentado, duplamente, no corpo e no social.

A atividade de trabalho refere-se, afinal, a uma construção compartilhada, uma ação conjunta, mediada pelas vicissitudes e enfrentamentos do real e, por esse motivo, também objeto de conflitos (Lhuillier, 2006). Conflitos evocados não apenas pela dimensão relacional, mas pela própria realidade a ser transformada e que medeia as relações entre os atores. Melhor dizendo, estão em jogo a forma como as ações acontecem e se desenvolvem e a forma como os sujeitos nelas se engajam (Lhuillier, 2014).

Por meio do trabalho, o homem interage com o outro numa relação de troca, de partilha, de reinvenções singulares e coletivas do mundo. Para a psicossociologia do trabalho, o foco recai sobre a atividade humana enquanto prática social de transformação e produção de um mundo compartilhado (Lhuillier, 2014). A atividade é considerada, aqui, a mobilização subjetiva dos sujeitos para o desenvolvimento das tarefas nas diversas situações de trabalho. Mobilização singular de sujeitos singulares, ao que Lhuillier (2014) também acrescenta a singularidade dos meios organizacionais. Nessa perspectiva, o trabalho se configura como fonte de saúde, posto que convoca o indivíduo em suas diferentes dimensões, psíquica, biológica e sociocultural, a se constituir e se posicionar como sujeito, a se engajar na ação.

Por fim, pode-se pensar que as clínicas e a psicossociologia do trabalho compartilham a proposição de que o trabalho exercido num contexto que impossibilita o poder de ação e de reinvenção, inviabilizando a renormalização, sem margem para a criatividade diante de situações novas ou cotidianas, torna-se constrangido, "invivível" e impossível (Schwartz & Durrive, 2007; Efros & Schwartz, 2009). Longe de constituir-se como espaço de construção e debate de normas, o trabalho submetido a uma organização que limita a capacidade reflexiva e criativa do trabalhador, regido apenas pela ênfase no fazer instrumental, na adaptação ao meio, nos resultados, no desempenho individual diante de coletivos fragmentados, sobretudo destituindo dele o sentido, torna-se causa de sofrimento e adoecimento, conforme dito anteriormente. Nesse cenário, percebe-se a ruptura entre trabalho e saúde.

3.1 Trabalho e saúde

Trabalhamos com o conceito de saúde a partir de Canguilhem (2007), ao trazer à luz um conceito de saúde que transcende a ideia da ausência de doença. Para este autor, "a vida é polaridade" (p. 83), é uma dinâmica na qual o debate de normas e valores, entre o homem e o meio, entre o que é posto de forma heterônoma e o que é da ordem da autonomia, se faz presente a todo momento. Por ser próprio do homem criar seu meio, criar suas próprias normas, a saúde é a capacidade do organismo de reagir, de escolher, de criar alternativas

frente aos imprevistos e ao devir da existência, sem se deixar aprisionar pelos impedimentos e limites impostos por um mundo padronizado, controlado e normatizado (Canguilhem, 2007).

A condição de saúde implica em abrir o campo da existência para a experiência de renormalização, ou seja, recriar as normas emitidas pelo meio em que se vive, reconfigurá-las frente à singularidade do ser e da relação que se estabelece com a realidade e com o mundo. Dito de outra forma, ser saudável pressupõe a capacidade de flexibilizar as normas que pré-existem, que são dadas *a priori*, também chamadas normas antecedentes (Schwartz, 2011), em prol de um mundo a construir, e não apenas reproduzi-las ou a elas submeter-se. Ou seja, nas renormalizações essas normas antecedentes são reinterpretadas, reeditadas e readaptadas a cada sujeito, a cada contexto, "o que supõe um movimento de inscrição do meio em si, e de si mesmo no meio" (Schwartz & Echternacht, 2009, p. 34). Logo, toda renormalização traz em seu cerne escolhas que se sustentam em valores, inscritos na história de cada sujeito (Canguilhem, 2006; 2007). Ainda como afirmam Schwartz e Echternacht (2009), "a atividade humana é um retrabalho permanente de um universo de valores. Por retrabalho, pode-se compreender redefinição e re-hierarquização". (p.34).

Dessa forma, estar saudável significa encontrar um estado de equilíbrio entre as normas do meio e as normas próprias, de forma a ser possível intervir sobre as condições de interação com o mundo, encontrar alternativas de responder aos impasses e enfrentamentos com os imprevistos da vida segundo as próprias possibilidades. Conforme acrescenta Lhuillier (2009b), "(...) trata-se menos de se adaptar a um contexto para viver que de fabricar o contexto para viver" (p.11).

Essa reflexão nos leva a pensar o avesso da saúde como uma condição que não se restringe apenas a alteração de dados clínicos, previamente definidos como "normais". Dentre diversos aspectos a se considerar, a doença pode ser entendida aqui como a restrição do possível, a consequência do peso de uma existência permanentemente "sujeita a", quando encolhidos os espaços de protagonismo e negociação com o meio.

Esse conceito de saúde proposto por Canguilhem (2005; 2007) é a referência utilizada também pelas abordagens clínicas do trabalho. Trabalho e saúde se complementam na possibilidade de portar a responsabilidade pelos próprios atos, de poder agir, produzir e transformar, a si mesmo e o mundo. Nessa perspectiva, o trabalho alienado, objetificado, regido pelas determinações do capital pode tornar-se fonte de sofrimento, de adoecimentos e aversão. Mas é importante ressaltar que não tomamos o trabalho como causa de adoecimento, mas suas condições e as formas de organização que o regulam.

Vale assinalar que, no relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde, o trabalho foi incluído entre os determinantes sociais da saúde, mas "o trabalho em condições dignas, com amplo conhecimento e controle dos trabalhadores sobre o processo e o ambiente de trabalho" (Brasil, 1986, p. 05). Entretanto, as novas configurações do mundo do trabalho a partir da reestruturação produtiva, que também invadiram os serviços públicos e de saúde (Chiavegato Filho, 2017; Campos, 2010), definem um novo cenário marcado pelo aumento do desemprego, pela precarização do trabalho e pela redução do papel do Estado nas formas de assegurar direitos sociais aos cidadãos. Acresce-se, ainda, a fragilização dos movimentos sindicais e a redução dos espaços de participação dos trabalhadores sobre os processos de trabalho, aumentando cada vez mais o abismo entre as condições de trabalho idealizadas e as condições concretas em que ele acontece.

No que concerne às condições de trabalho, nos amparamos no conceito de condições e meio ambiente de trabalho (CyMAT) desenvolvido por Neffa (2015), quando o autor integra as variáveis do meio ambiente físico, que incluem riscos físicos, biológicos, químicos ou naturais às condições sociotécnicas e organizacionais, que por sua vez podem intensificar os riscos físicos. As condições sociotécnicas e organizacionais dizem respeito às relações de poder, hierarquias, à organização e ao conteúdo do trabalho, ao tipo de vinculação (trabalho formal, informal, precário), à relação salarial. Enfim, todos os fatores que compõem a configuração do trabalho, que interferem no tempo de execução, nas exigências, nos ritmos, na cadência dos gestos e nas condições para que o trabalho seja executado com maior ou menor qualidade, e que vão impactar a saúde física e/ou psíquica do trabalhador e os riscos de acidentes.

Assim, nos aproximamos também ao conceito de Blanch (2003), citado por Borges et al (2015), em que as condições de trabalho são entendidas como "o conjunto de circunstâncias em que se desenvolvem as atividades laborais e que incidem significativamente na experiência laborativa e na dinâmica das relações de trabalho". (p. 229).

Entretanto, constitui ainda um desafio ao campo da saúde do trabalhador ampliar a abordagem sobre tais impactos, de uma forma positivista, para outra que abarque a complexidade das relações subjetivas entre o sujeito e seu trabalho. Conforme afirma Lacaz (2007),

Importa, então, desvendar a nocividade do processo do trabalho sob o capitalismo e suas implicações: alienação; sobrecarga e/ou subcarga; pela interação dinâmica de "cargas" sobre os corpos que trabalham, conformando um nexu biopsíquico que expressa o desgaste impeditivo da fruição das potencialidades e da criatividade". (p.759/760).

A saúde no trabalho deve ser abordada, portanto, não apenas à luz das variáveis que caracterizam a penosidade, o sofrimento ou adoecimento, em uma dimensão estritamente orgânica, mas deve-se incluir no debate também a subjetividade e as possibilidades de resistência e enfrentamento.

Cabe-nos, pois, incluir nessa discussão os riscos psicossociais, os quais compreendem diversas situações que precarizam as condições de trabalho e que vulnerabilizam a saúde e segurança do trabalhador. Algumas das consequências desses riscos seriam o absenteísmo, a alta rotatividade, o estresse, a depressão, o suicídio, a drogadição, a violência, as LER/DORT etc., tudo isso implicando custos significativos para a saúde do trabalhador e para os próprios objetivos da organização.

No entanto, o tratamento desse tema pode conduzir a alguns equívocos. Segundo Lhuillier (2010), a nomeação dessa nova “categoria social” costuma também mascarar questões essenciais que geram sofrimento no trabalho, se ela é desvinculada das lógicas macrossociais que determinam as políticas das empresas e a ideologia gerencial. Isso ocorre, em especial, quando as origens do mal-estar do trabalhador são artificialmente situadas fora do ambiente de trabalho. Por exemplo, busca-se atuar sobre o estresse, aconselhando o trabalhador a praticar esportes, a ter uma vida saudável, uma dieta equilibrada, sem consumo do álcool ou do tabaco. Neffa (2015) destaca as estratégias de reparação à saúde dos trabalhadores sob a forma de indenizações antecipadas a danos futuros, por exemplo, em substituição às mudanças e adaptações do trabalho ao homem. Segundo este autor, tal enfoque considera os trabalhadores como seres passivos que buscam adaptar-se aos fatores de risco, sem dar a devida importância à “possibilidade de atuar para reduzir ou eliminar as verdadeiras causas e insistir na necessidade de modificar os determinantes socioeconômicos, ou seja, mudar a organização e o conteúdo do trabalho” (p.105). Ora, tal desvio no enfrentamento da questão negligencia a prevenção da saúde e da segurança do trabalhador, além de deixar de lado o desenvolvimento do seu poder de agir.

Impõe-se, assim, um outro desafio: o de não restringir as análises ao que é prescrito e investigar o trabalho real, ou o que dele mais se aproxima, a fim de se abordarem as situações concretas de trabalho de forma mais ampla e transparente.

Lhuillier (2012) nos alerta sobre os riscos da “invisibilidade do trabalho real”, na abordagem da temática saúde e trabalho. Invisibilidade que pode levar ao agravamento do sofrimento psíquico do trabalhador para além do desgaste e/ou adoecimento físico. A recusa a abordar o trabalho na forma real como ele acontece contribui, ainda, para manter na obscuridade as atividades impedidas, contrariadas e tudo o mais que se faz para cumprir o que

realmente deve ser feito, além de manter a posição de desconhecimento sobre as concretas situações de trabalho. Não falamos aqui de um desconhecimento pela falta de conhecimento, mas pela recusa a saber, devido aos conteúdos ameaçadores que podem emergir diante do confronto com a realidade. Nesse caso, a ilusão é confortadora e atua como estratégia defensiva diante de um contexto que pode levar ao sofrimento, ao ódio ou a reações que trariam algum enfrentamento com a gestão. Há também a negação por mecanismos ideológicos, de ocultação de estratégias de exploração, alienação ou controle, caracterizando um simulacro, uma versão distorcida da realidade como o trabalho acontece.

3.2 O trabalho nos serviços de saúde

Do ponto de vista do trabalhador, entendemos que as condições de trabalho idealizadas pelo movimento da RSB favoreceriam um trabalho em saúde efetivo e de acordo com vínculos solidários, fundamentado no acolhimento e no cuidado, dois conceitos fundamentais ao trabalho em saúde.

O acolhimento pressupõe a valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde, a escuta qualificada, a ênfase sobre a dimensão dialógica do encontro, o cuidado desde o primeiro contato. Pode ser entendido como uma forma de relação ancorada nos princípios da humanização e da responsabilização, cujo objetivo é oferecer ao usuário do serviço uma resolução para seu problema de saúde (Gomes & Pinheiro, 2005). O acolhimento não prescinde da aplicação das tecnociências quando necessário, mas está longe de restringir-se ao seu uso estrito e instrumental.

Desse encontro, essencialmente humano e terapêutico, emerge o cuidado, o zelo sobre a existência, o interesse pela história e pela dor do outro. Segundo Ayres (2004), o cuidado é essa "conformação humanizada do ato assistencial, distinguindo-a daquelas que, por razões diversas, não visam essa ampliação e flexibilização normativa na aplicação terapêutica das tecnociências da saúde" (p.22). Isso significa interessar-se pelo sentido da experiência da saúde e da doença, pelo projeto de vida, pelo outro em sua totalidade e singularidade. Trata-se fundamentalmente de inserir ao horizonte das normas e protocolos a dimensão existencial do humano. Merhy (2004) assinala que o objeto do campo da saúde é menos a cura, as abordagens curativas ou preventivas, que a produção do cuidado.

O ato de cuidar insere-se, assim, na perspectiva da relação entre sujeitos e do uso das tecnologias em saúde, nas quais essas relações se estruturam. Merhy (1997) descreve as tecnologias envolvidas nas práticas em saúde em três diferentes dimensões: as tecnologias

duras, relativas ao uso de equipamentos, exames e demais recursos instrumentais; as tecnologias leve-duras, que são os conhecimentos profissionais, saberes adequadamente estruturados, leves e duros ao mesmo tempo; e as tecnologias leves, que representam o encontro, a troca intersubjetiva entre usuário e profissional, que envolve a escuta, a responsabilização, a cumplicidade, a confiança, o vínculo.

Merhy (2002) acrescenta que o médico atua com três valises, cada uma delas portando uma dessas tecnologias com as ferramentas necessárias à produção do cuidado. A valise com a tecnologia dura ele a carrega nas mãos; a que porta a tecnologias leve-duras estão em sua cabeça, sua mente; e, por fim, a valise com as tecnologias leves estão no espaço relacional. A forma como ele vai significar e dar sentido ao encontro com o outro, com o paciente, e como vai dispor de cada uma de suas valises é o que singulariza o seu trabalho. O uso dessas valises poderá contribuir, mais ou menos, para a construção do vínculo entre os sujeitos e para a melhoria das suas condições de "caminhar na vida" (Merhy, 1997). Ayres (2004) propõe, para efetiva assistência à saúde, humanizada e de qualidade, a permeabilidade entre essas diferentes dimensões tecnológicas e não a primazia de uma sobre a outra. Dito de outra forma, a permeabilidade do técnico ao não técnico.

Em que pese o trabalho em saúde se caracterizar por ser um trabalho vivo e em ato (Merhy, 2000; 1997; 2004), como ato de acolher e cuidar, percebe-se que ele é atravessado, de forma crescente nos serviços de saúde públicos ou privados, por atos e exigências de constituição técnica, de protocolização de procedimentos e estratégias gerencialistas. Práticas que tendem a padronizar os gestos, as ações e escolhas desse encontro, essencialmente humano, singular e complexo. Cecílio (2009) alerta para o risco de uma adoção acrítica de modelos gerencialistas, oriundos do setor privado para o setor público, levando à "racionalização" crescente das práticas de saúde.

Quando o trabalhador é destituído de seu lugar de sujeito social, entendido aqui como sujeito do enunciado, portador do sentimento de pertencimento, inscrito em um projeto coletivo (Barus-Michel, 2004), não apenas ator, mas autor de seu processo de trabalho, de escolhas e condutas, aumentam ainda mais os riscos de sofrimento e adoecimento. No trabalho em saúde, essa destituição pode significar cerceamento do espaço do encontro, da criação, da potência, da generosidade do cuidado.

Dentre os impactos causados por esse contexto na subjetividade do trabalhador da saúde, evidenciam-se a ausência do sentimento de reconhecimento, a perda do sentido do trabalho e a mudança do papel de protagonista para o de coadjuvante. Em relação a esse protagonismo, nos reportamos a Sznclwar (2015), quando o autor atribui a esse papel uma

ação fundamental no trabalho, uma ação que possibilita o acesso do trabalhador "à emancipação, ao desenvolvimento profissional, à realização de si, à construção de valores ético-morais, enfim, da construção do sujeito, em contraponto a uma visão reificada do ser humano no trabalho" (p.12). Mais que estar no centro da cena, o protagonismo implica uma posição de autonomia sobre a própria história, uma história singular e coletiva, porque sempre vivida e construída com os outros.

Nesse sentido, recorremos a Campos (2010) ao conceber o trabalho em saúde uma *práxis*, no sentido empregado por Aristóteles, como uma atividade que demanda por saberes técnicos, estruturados, mas também por outras alternativas de ação, fundamentadas nos valores, na cultura, na experiência, na capacidade reflexiva, criativa e deliberativa do trabalhador. Como afirma o autor, trata-se de "adaptar o saber tecnológico ao contexto singular" (p.2341). Identificamos, assim, no trabalho em saúde, seu potencial de ação transformadora, que provoca engajamentos e convoca o sujeito autônomo, protagonista.

Entretanto, no contexto atual do SUS, a instabilidade do contexto político, social e econômico do país impacta negativamente as condições de trabalho. A sobreposição da lógica neoliberal à perspectiva democrática e emancipatória do Sistema, definindo outros contornos e percursos do trabalho, tem consequências frequentemente deletérias para a saúde do trabalhador. Prevaecem, de forma cada vez mais explícita, as conveniências políticas e econômicas sobre as necessidades epidemiológicas e sociais. Não há diálogo possível entre, de um lado, a gestão instrumental de programas, de processos e competências e, de outro, a vertente complexa do trabalho em saúde, que envolve a ação política e solidária no encontro de sujeitos e subjetividades. O fosso que se impõe entre abordagens tão divergentes apresenta dicotomias insuperáveis.

O trabalho em saúde no SUS, desde o acolhimento na Atenção Primária até a Alta Complexidade, lugares de encontros de sujeitos e afetos, supõe a construção de formas de fazer sempre específicas, mas raramente bem sucedidas quando aprisionadas a um modelo padrão de execução. Ele convoca o sujeito do trabalho a um constante movimento de reinvenção, de improvisação e de escolhas entre alternativas de ação, tanto mais cresce a precarização e a fragilidade do Sistema. Esse movimento se inscreve na dinâmica do cotidiano também devido à crescente vulnerabilidade da população, das histórias de vida imprevisivelmente dramáticas, demandando do profissional de saúde estratégias sempre novas para acolher e cuidar. Trata-se de um confronto de mundos e realidades que se apresentam fora dos limites seguros da rotina, avesso a qualquer prescrição do meio.

O trabalho do cuidado é apreendido na relação com o outro, na interlocução entre saberes construídos: de um lado, o saber da experiência, da vivência dos enfrentamentos com a dor, da relação do homem com a finitude e os limites do corpo; de outro lado, os saberes acadêmicos, de expertises, que irão subsidiar e definir condutas e intervenções, definir protocolos ou, ainda, construir respostas que aliviem o sofrimento de quem se apresenta doente. Incluímos nesse cenário o saber do usuário do serviço, a verdade do sujeito.

Ao referir-se à assistência em saúde, Hennington (2011) afirma que a principal característica desse trabalho é "a peculiaridade de lidar com o sofrimento humano; é sua dimensão subjetiva envolvendo cuidado, interação humana e manipulação de afetos" (p. 438). Assim, ele convoca o trabalhador a se posicionar, a construir espaços de negociação, debates e consensos entre os diferentes atores envolvidos no processo, ao diálogo entre saberes, à mobilização de recursos individuais e coletivos para responder às infidelidades do meio, ao devir de histórias sempre inacabadas.

A autora descreve a assistência em saúde como "(...) trabalho de gente com gente, o que irremediavelmente nos remete a um plano pluridimensional, de indefinições e renormalizações que se constituem no âmago das relações e da solidariedade, da defesa da vida (...)." (Hennington, 2011, p. 449). É preciso ainda ressaltar que, para Cecílio (2007), o prescrito absoluto é impossível no trabalho do cuidado, o protagonismo de trabalhadores e usuários se engendra de forma a promover modos de fazer nem sempre instituídos pelos protocolos ou normas técnicas. Há algo que escapa, que convoca a criatividade, o imprevisto, a margem possível de autonomia.

Dessa forma, pode-se considerar que a produção de saúde é também a produção de sujeitos. Conforme afirmam Benevides e Passos (2005), a saúde, enquanto processo de produção, envolve interações subjetivas na complexidade das relações entre trabalhadores, gestores e usuários. E nesse sentido percebemos os pontos de intersecção entre Canguilhem e a Reforma Sanitária, posto que a saúde se vincula à autonomia, às margens de ação e à perspectiva de construção de novas formas de caminhar na vida.

Deve-se questionar, entretanto, as formas de gestão do trabalho e seus impactos sobre o processo de produção de saúde: seja a saúde do trabalhador ou a saúde do usuário. Se essa relação trabalhador-paciente se constitui de maneira tão imbricada, enquanto vínculo e laço, há que se pensar na interdependência entre a saúde dos sujeitos. O trabalhador adoecido, esvaziado do sentido de seu trabalho, não dará conta de exercê-lo de forma a cuidar daquele que o demanda. As práticas gerencialistas de cunho disciplinar e burocrático sobre o processo de trabalho, com vistas a adquirir o máximo controle sobre os resultados, sobre os corpos e as

subjetividades, distorcem o sentido do trabalho do cuidado, minam a autonomia e a criatividade do trabalhador e encerram a perspectiva da ação clínica, política, dialógica e democrática.

Ao pensar a relação entre saúde e democracia no contexto de trabalho, conceitos intrínsecos aos valores do SUS, Dollé (2007) afirma que "as diferentes dimensões da vida humana têm necessidade de um funcionamento democrático para que a situação seja vivível, de modo saudável para o conjunto das pessoas que compõem esta sociedade" (p. 129). Tal afirmação corrobora não apenas os autores aqui citados, partícipes ou não da Reforma Sanitária e da criação do SUS, mas também evidencia o risco de adoecimento ou sofrimento no trabalho quando se percebe a amputação do direito à autonomia, à inventividade, às relações democráticas e solidárias.

4 RESISTÊNCIA

Proust (1997) afirma que a resistência é imanente ao sujeito, um fato, um ato que não acontece por obrigação, ou como resultado de um acontecimento em resposta a uma ação agressiva; é uma força que sempre esteve presente nos territórios mais ou menos distantes, subjetivo e concreto, do ser vivente. No entanto, o conceito pode incluir também conotações polissêmicas, tanto de oposição à mudança quanto de luta contra formas de opressão no interior das organizações e das instituições, ou mesmo como resistência à verdade de si, no caso da psicanálise (Araújo, 2014). Assim, o conceito pode ser visto como "um misto de reatividade e atividade, de conservação e de invenção, de negação e de afirmação" (Proust, 1997, p. 11). Isso nos leva, desde já, a apreender sua natureza ambígua e contraditória, tal como afirmam também Lhuillier e Roche (2009a). Ou seja, a mesma força que detém a marcha de um determinado estado de coisas pode também ser criadora de novas possibilidades de agir e transformar.

A resistência no trabalho manifesta-se diante de situações em que, para o trabalhador, não é mais possível manter-se numa condição de assujeitamento, distanciado de seu saber-fazer e de sua história, dos seus valores e de sua ética. Lhuillier e Roche (2009a) destacam que "resistir significa opor uma força a outra força que tende a destruir nossa energia para o trabalho; significa salvar, a qualquer custo, o corpo que contém essa energia ou, pelo menos, retardar o tempo de desgaste e, num prazo maior, salvá-lo do esgotamento, da destruição" (p.12). Em sua positividade, resistir é agir, visando à transformação frente a um real que ameaça cercear e capturar os corpos, as subjetividades e o espaço intersubjetivo, sobre os quais incidem relações de poder e dominação.

4.1 Poder, resistência e subjetivação

Foucault (1988) analisa o conceito de poder a partir de uma conexão de múltiplas forças, instáveis, dinâmicas, que atravessam todo o campo social. Para o autor, o poder não é estrutura, não é instituição, não é algo que se possua, "adquirir, arrebatar ou compartilhar, que se guarde ou deixe escapar" (p.89); não é isolado, como uma força independente ou aleatória, ele pressupõe objetivos determinados e encontra-se entranhado nas diferentes relações sociais, sejam elas econômicas, sexuais, institucionais (Foucault, 1988).

Nesse sentido, o autor privilegia a expressão "relações de poder", as quais estão presentes nas interações humanas sempre que estas implicam modos de ação que visam

modificar, induzir ou controlar a conduta do outro. O exercício do poder se define como "uma ação sobre a ação, sobre ações eventuais ou atuais, futuras ou presentes" (Foucault, 1995, p.243). Dito de outra maneira, é uma forma de governo de uns sobre os outros, e "se exerce e só existe em ato" (Foucault, 1999, p.21).

Ao recusar a ideia da "servidão voluntária" (La Boétie, 1548), Foucault (1995) insere, no contexto das relações de poder, a liberdade⁶. Para o autor, o poder se exerce sobre sujeitos livres, sejam individuais ou coletivos, que têm um campo de possibilidades diversas e inusitadas diante de si, que vão opor outra força à força que tenta dominar e subjugar o ser. Não se trata do exercício do poder quando o sujeito se encontra totalmente submisso, quando o conjunto de determinações impede qualquer margem de ação. Inclui-se a liberdade como elemento fundamental, o que confere a diferença entre a relação de poder e violência, dominação ou coerção - ainda que essas instâncias possam perpassar também as relações de poder e possam se constituir como seus resultados.

Com efeito, outra proposição que nos interessa neste estudo trata da relação entre poder e resistência. Segundo Foucault (1988; 1995; 2004) onde há poder, há resistência. A resistência é plural, são pontos múltiplos, dinâmicos, que se expandem e se presentificam nas relações de poder e nas redes de sociabilidades em que elas se apoiam (Foucault, 1988; 1995).

Portanto, não existe, com respeito ao poder, um lugar da grande Recusa - alma da revolta, foco de todas as rebeliões, lei pura do revolucionário. Mas sim resistências, no plural, que são casos únicos: possíveis, necessárias, improváveis, espontâneas, selvagens, solitárias, planejadas, arrastadas, violentas, irreconciliáveis, prontas ao compromisso, interessadas ou fadadas ao sacrifício; por definição, não podem existir a não ser no campo estratégico das relações de poder. (Foucault, 1988, p. 91).

Assim, resistir é o esforço por transformar as relações de força, é uma "estratégia de luta" (Foucault, 1995, p.248). Foucault (1995) assinala ainda que o sujeito se confronta com três tipos de lutas de resistência. São elas: as lutas contra a dominação, que se referem a questões étnicas, sociais e religiosas; as lutas contra as formas de exploração, que representam as forças que o separam do que ele produz; e, por último, as lutas contra as estratégias de submissão da subjetividade, contra os mecanismos que promovem o assujeitamento. Não são lutas que se excluem, ao contrário, elas permanecem e coexistem ao longo do tempo, mas cada uma delas prevalece sobre as outras em um dado momento histórico.

⁶ Consideramos oportuno incluir a contribuição de Chauí (2014) no que concerne a esse tema: "Há, pois, clara diferença entre "trabalhar para outros" e desejar "servir o patrão", diferença entre o trabalho e a subserviência ou servidão voluntária". (p. 116).

O autor confere às lutas contra os dispositivos de controle sobre a subjetividade um estatuto diferenciado na segunda metade do século XX. Trata-se de forças políticas e ideológicas que visam controlar e normalizar as existências que se encontram sob seu campo de ação, e que tem o Estado como um dos seus representantes. Sendo assim, o exercício do poder individualizante e totalitário do Estado, tal o como o poder pastoral no passado, visa controlar, normatizar e condicionar os indivíduos. Não se exerce "sem conhecer o que se passa na cabeça das pessoas, sem explorar suas almas, sem forçá-las a revelar seus segredos mais íntimos. Ela implica um conhecimento da consciência e a capacidade de dirigi-la". (Foucault, 1995, p. 237).

Ou seja, em Foucault, as resistências se opõem às relações de forças que visam inserir as ações e condutas de outros num campo de determinações. Nas esferas das lutas contra a submissão e o assujeitamento, o que está em jogo é a luta pela liberdade de ser, de criar novas formas de subjetividades autônomas, emancipadas, e diferentes possibilidades de vida. As resistências são forças de luta pela transformação, são modos de subjetivação.

Em sintonia com Foucault, Proust (1997) reitera que face a uma relação de poder, emerge a resistência que o acompanha. Tal como abordamos aqui, a resistência não se fundamenta na desobediência às regras e comandos, mas na criação de alternativas de se constituir outras formas de relação entre os homens (Proust, 1997). A autora acrescenta que todo movimento de resistência implica na subversão e na experiência de liberdade do ato, na escolha das estratégias de luta e na criação de outros possíveis. Dito de outra forma, é parte de um processo de subjetivação (Proust, 1997).

Para Foucault, resistir é o contrário de reagir: reagir é dar uma resposta ao poder, ou dar ao poder a resposta que ele quer, mas quando se resiste, de fato, criam-se outras alternativas a partir de "composições de forças inéditas" (Maciel Jr., 2014). Haveria aqui, novamente, uma afinidade com o pensamento de Proust (1997), quando a autora afirma que há resistências reativas que, por se situarem no registro de um contra-ataque a uma situação, acabam conservando o estado das coisas, enquanto as resistências ativas se fundam na invenção e na afirmação de algo novo. A reação, pontual e limitada, talvez esteja mais próxima dos mecanismos de defesa que, ainda que necessários, não transformam a realidade, mas a tornam suportável até um certo ponto. Já a resistência ativa, criativa, provoca a reinvenção de condutas e potencializa o agir humano a favor da vida e da liberdade.

Ambivalente em vários aspectos, a resistência comporta a vida e a morte, o exterior e o interior dos sujeitos e das forças as quais enfrenta. Em seu caráter polissêmico, é simultaneamente mobilizadora e imobilizadora, realista e idealista, paciente e impaciente. Não

procura a vitória, não é guerra nem paz, mas um combate particular, um embate com a adversidade, através do qual cria outras regras e formas de vida (Proust, 1997). Contudo, resistir não significa ser forte, mas sim, "jamais consentir com sua fraqueza e sua impotência" (Proust, 1998, p.3). Por vezes individual ou coletiva, silenciosa ou ruidosa, a resistência configura uma relação sobretudo política, cuja gênese se situa na indignação do ser, no esgotamento do conformismo, na dor que não se resigna. Daí pode-se afirmar que é também relação de afeto, de paixão (Felder, 2009). Resiste-se porque a vida torna-se invivível e o estado de coisas, intolerável.

No ato de resistência o sujeito delibera por posicionamentos e recusas, por agir de uma forma ou outra, avançar ou recuar diante de estratégias que poderão transformar as situações-limite vivenciadas em seu cotidiano e criar outros espaços de vida. Manifesta-se, assim, na ação transformadora, a experiência de liberdade.

4.2 Ato-poder e liberdade

A relação entre liberdade, ato e poder é elaborada de forma original por Mendel (2006). Ao distinguir as noções de ação e ato, o autor define a ação como da ordem da teleologia, ligada a uma ideia que leva o sujeito a elaborar um projeto (de ação). O ato é o desenvolvimento desse projeto e sua execução, a interação com a realidade e as resistências que nela se apresentam. A execução do ato jamais pode ser antecipada em sua totalidade, e tampouco é restrita à ordem do pensamento ou das ideias. Ela comporta sempre uma margem de imprevisto e de indeterminismo no confronto com o real e, por isso, configura-se como um risco. No entanto, trata-se de um risco de fracasso, mas também um risco de criatividade. Como afirma Mendel (2006), "todo ato comporta uma parte irreduzível de aventura." (p. 28).

Essa concepção de risco se apoia em duas perspectivas: uma teórica, que pressupõe a execução correta do ato, sem falhas no projeto de ação. É a abordagem que inclui o "fator humano" como causa dos acidentes e intercorrências nos controles, seja por erros, desconhecimento, ignorância. O autor cita como exemplo o ideal do "risco zero" nas centrais nucleares da França. Nesse caso, a causa é exterior ao ato, e "o risco pertence à patologia do ato" (Mendel, 2006, p. 27).

A segunda perspectiva é a prática, que pressupõe o risco inerente ao ato. Não há previsibilidade nem certezas sobre a sua execução, pois o real não é programável e excede todas as possibilidades de controle. Assim, o risco é o próprio ato, corresponde à "fisiologia do ato" (Mendel, 2006, p.27).

Essas perspectivas expressam as duas formas de pensamento presentes no ato, que são o pensamento racional-teórico e o pensamento racional-prático. O primeiro representa o projeto de ação, o pré-ato, implica uma lógica de ação, determinada segundos critérios conscientes e organizados; e o segundo comporta o fazer, da ordem de uma inteligência prática (Dejours, 2008), presente na interatividade do ato, na possibilidade de irrupção do desconhecido, nem sempre completamente consciente. Esse "fazer" inclui os saberes de experiência, do saber-fazer, da aprendizagem de uma técnica, da conquista de uma competência; mas também o saber inventivo, criativo, acerca do qual o autor retorna à Winnicott e sua concepção de "viver criativamente".

De Winnicott, Mendel (2006) se serve da teoria sobre o jogo transicional, que se desenvolve a partir do espaço de interação da criança com o mundo. A criação desse espaço transicional é, de certa forma, reeditada no presente através das condições psicossociais nas quais o ato acontece. Trata-se, aqui, de uma psicossociologia do ato. O autor insere, assim, a noção de ato-poder, protagonizado por sujeitos vivos e não autômatos, ato que implica uma intervenção sobre o mundo. Distinguem-se as noções de poder do ato, poder de transformar a realidade concreta; e poder sobre o ato, no sentido do poder que o próprio sujeito exerce sobre seus atos, de sua margem de autonomia. Lhuillier (2011) destaca que essa outra leitura sobre o poder, não redutível à relação de poderes, ou poder de uns sobre os outros, introduz a questão da relação entre ato e poder, entre o sujeito e o poder sobre seus próprios atos.

Mendel (2006) estabelece duas assertivas: uma, que o ato sempre modifica a realidade, ou seja, o poder do ato sempre está presente. A segunda, que o poder do sujeito é sempre instável, podendo ser maior ou menor não apenas sobre o ato em si, mas também sobre suas consequências. E nesse sentido, o impacto dessa variabilidade poderá produzir efeitos distintos: quanto maior o poder do sujeito sobre o ato, maior o nível de satisfação no trabalho, motivação e prazer. Do contrário, quanto mais reduzido o poder do sujeito sobre o próprio ato, menor a motivação, a satisfação, e maior a possibilidade de sofrimento ou adoecimento. Daí a importância de sempre se pensar nas formas de organização do trabalho e nas práticas de gestão, que podem ser mais ou menos adoecedoras, dependendo da margem de ação, de autonomia e liberdade que o trabalhador mantém sobre seu trabalho.

Prades (2015) problematiza as condições possíveis dos sujeitos exercerem o poder sobre o ato ao considerar o atual contexto que dificulta o exercício do ato inteiro, levantando assim a questão se, atualmente, não se cumprem apenas "fragmentos de ato" (p.11). Dizendo de outra forma, como ter poder sobre o próprio ato diante de um contexto de reificação e alienação?

Nesse sentido, a resposta pode vir do próprio Mendel, quando ele se refere ao vivo do sujeito, que é a criatividade, a inventividade que vem da interação do sujeito com seu meio, que emerge na medida em que ele transforma o mundo e, ao mesmo tempo, é transformado a partir das próprias ações. Trata-se da inventividade que se alimenta do novo que se produz em cada ato, em contraposição à repetição.

Percebemos aí a relação estreita entre ato-poder, também chamado por Prades (2015) de poder de agir, e criatividade, enquanto dinâmica de enfrentamento às condições patogênicas organizacionais.

4.3 Criatividade e resistência

Conforme exposto anteriormente, o trabalho no SUS apresenta adversidades e forças opostas arraigadas em sua história, as quais, ainda hoje, não foi possível superar. Destaca-se o fenômeno da atividade impedida, em função das condições e da organização do trabalho, além das pressões advindas dos impasses políticos e ideológicos que permeiam sua gestão. Apesar desse contexto, ou talvez por ele, vemos emergir, como formas de resistência, possibilidades de invenção e engenhosidade na construção de outros modos de trabalhar, em que prevalecem o cuidado e o vínculo entre a equipe de saúde e usuários, bem como a humanização da assistência.

Nesse estudo, tal como afirmamos anteriormente, centramo-nos nos conceitos de trabalho e atividade não redutíveis a emprego ou tarefa. Dejours (2008) afirma que o trabalho é o que se cria, se inventa e acontece para preencher a lacuna entre o prescrito e o real: ele é resultado da descoberta, da inventividade. Nessa vertente, destacam-se a criatividade, as negociações e a renormalização, que conferem ao ato de trabalhar a perspectiva de irrupção do imprevisto e do inesperado. No ato, se reeditam saberes técnicos e de experiência, singularizam-se modos operatórios e histórias e abre-se a possibilidade para o trabalho enquanto *práxis*. E nesse ponto observa-se a convergência entre trabalho e resistência, balizadores de saúde, na sua potência criativa.

Ora, se o impedimento da atividade pode ser patogênico, seu caráter deletério aumenta quando o trabalhador se vê privado das iniciativas que visam criar formas de trabalho menos penosas e mais singulares, que transformam seu espaço e contribuem com a construção de um patrimônio compartilhado. Como afirma Lhuillier (2015), tal impossibilidade leva à criação de um falso *self* e "impede o reconhecimento e o uso de si por si no trabalho" (p. 104). Tem-se, nesse caso, duas saídas possíveis: a) a atividade impedida pode levar ao sofrimento e/ou ao

adoecimento, ficando o sujeito aprisionado às prescrições, tendo seu trabalho reduzido a uma perspectiva apenas instrumental; b) o despertar do exercício criativo da atividade, que viabiliza a transformação da tarefa, a renormalização, a reinvenção de si e do meio. Nesse caso, o trabalho pode ser ressignificado e seu sentido reconstruído.

Winnicott (1970) afirma que a vida só é digna de ser vivida "quando a criatividade forma parte da experiência vital do indivíduo" (p.1643). O autor coloca a capacidade de criar, de inventar o mundo, no cerne da experiência humana, da vida enquanto contínua ação transformadora. Melhor dizendo, é o fundamento da existência. Segundo o autor, essa potência criativa tem sua origem nas primeiras experiências infantis com o mundo, no ato da criança projetar-se para a vida, de interagir com as coisas e as pessoas ao seu redor, com o fato de ser, de existir.

A criatividade se desenvolve a partir da forma como se estabelecem as relações com a realidade externa, com a experiência infantil de criar o mundo em um ambiente favorável, simbolizado pela “mãe suficientemente boa”. Segundo Winnicott (1970), ser criativo não é o mesmo que ser artista, não é preciso nenhum dom extraordinário que possibilite desenvolver grandes obras. Trata-se de uma "uma necessidade universal e uma experiência universal" (Winnicott, 1970, p. 1645), possível a todo ser, ainda que em condições de restrições físicas ou mentais. Viver criativamente implica reinventar o mundo, criar possibilidades e construir as próprias experiências e formas de fazer. Por meio do ato criativo o sujeito imprime seu registro no mundo e reafirma sua posição de sujeito.

O avesso a essa forma criativa de se relacionar com o mundo é definido por Winnicott (1975) como submissão. O autor destaca:

Em contraste, existe um relacionamento de submissão com a realidade externa, onde o mundo em todos os seus pormenores é reconhecido apenas como algo a que ajustar-se ou exigir adaptação. A submissão traz consigo um sentido de inutilidade e está associada à ideia de que nada importa e de que não vale a pena viver a vida. (...) De uma ou de outra forma nossa teoria inclui a crença de que viver criativamente constitui um estado saudável, e de que a submissão é uma base doentia para a vida. (p.95).

Lhuillier (2015), no entanto, amplia a leitura de Winnicott afirmando que a criatividade no trabalho não nasce apenas do ambiente "suficientemente bom", mas também nas experiências de vulnerabilidade, "...de ruptura da continuidade de si, das relações com o seu meio, dos modos de regulação e dos mecanismos de defesa usuais" (p.109). A autora observa, assim, que o processo criativo pode ser convocado também diante de situações de fragilidade, perda ou privação. No campo do trabalho, o real da atividade, assim como os impasses,

obstáculos e a permanente imprevisibilidade do meio, convocam o sujeito a criar outras formas de fazer e de viver.

Jobert (2015) destaca que, face aos diversos acontecimentos que atravessam os cotidianos de trabalho, o fazer criativo incide sobre o mundo e sobre o próprio sujeito da ação, transformando-os de formas variadas, múltiplas, discretas, às vezes ínfimas aos olhos de um observador externo à atividade. Seja por meio da inteligência astuciosa, da inteligência prática, dos saberes constituídos e de experiência, arranjos e estilizações, o uso da criatividade insere inúmeras possibilidades de fazer o que deve ser feito, forjando espaços de manobra e de debates de normas.

Amado (2015) problematiza o fato de que, submetidas a condições semelhantes de trabalho, algumas pessoas apresentam mais recursos para construir alternativas às adversidades, enquanto outras menos. O autor se pergunta por que algumas pessoas se utilizam da *mètis*⁷ e outras não? Quais fatores estão em jogo no desenvolvimento do processo criativo no trabalho?

É fato que, além da história individual dos sujeitos, existem aspectos relacionados ao contexto do trabalho que podem facilitar, mais ou menos, as práticas de criatividade individuais ou coletivas. No que tange à exterioridade, à organização do trabalho em suas inserções políticas, organizacionais e institucionais, Amado (2015) destaca cinco pontos de análise: primeiro, o contexto cultural no qual uma sociedade se estrutura, que legitima, justifica ou interdita práticas sociais e condutas específicas; segundo, o contexto político e institucional e, nesse caso, pode-se questionar se as margens de manobra em um sistema totalitário, face à outro democrático e participativo, serão as mesmas. E entre as organizações de serviços, sejam elas burocráticas ou as modernas *start-ups*. O terceiro aspecto abordado pelo autor é o nível de pressões e constrangimentos aos quais o sujeito está submetido. E aqui podemos retornar a Foucault e propor um olhar a partir das relações de poder, dominação ou violência. Quarto, considera também a natureza da tarefa e do trabalho que pressupõe estruturas diferentes, como, por exemplo, se se trata de uma organização pública ou privada, de tecnologia de informação ou indústria etc. Mas seja qual for a natureza da atividade, que permita mais ou menos inventividade, não se pode ignorar os estudos da ergonomia da atividade, que afirmam que o trabalho preso às prescrições é impossível e invivível (Schwartz & Durrive, 2007). Por fim, Amado refere-se à dinâmica dos grupos, onde ele aborda mecanismos como o pensamento grupal, a ilusão e a pressão das majorias, já estudados por

⁷ *Mètis* é uma expressão de origem grega utilizada como referência à engenhosidade no ofício, à inteligência astuciosa e ao saber prático no trabalho.

outros autores (Le Bon, 1916; Anzieu, 1971; Janis, 1972; Faucheux et Moscovici, 1971, citados por Amado, 2015).

Tais aspectos, embora possam solicitar em maior ou menor intensidade os usos da criatividade e da autonomia, não se impõem como únicos determinantes. Amado (2015) acrescenta a importância de se considerar as singularidades, "os meandros da história pessoal de cada um" (p. 21), referindo-se a uma "ressonância 'psicossocial' (...) entre a cena do trabalho e a cena da infância" (p.18); Dejours (2008) faz referência a uma ressonância simbólica, o que acontece quando, no campo do trabalho, o sujeito estabelece um vínculo entre suas relações sociais presentes e as questões de sua história, heranças do passado. Observa-se, assim, a articulação entre a sincronia coletiva, relativa à organização do trabalho e às relações sociais que nele se estabelecem no momento presente, e a diacronia singular, que diz respeito à história do sujeito (Dejours, 2008).

A criatividade no trabalho emerge, assim, como expressão de resistência a partir da singularidade e da autonomia do sujeito em oposição à resignação e ao conformismo. Surgem as novas maneiras de fazer, da experiência de vulnerabilidade e resistência, da força e da contra força, através das quais tanto o coletivo quanto os indivíduos se reinventam e modificam o contexto de trabalho. Da resistência às pressões, ao sofrimento e à vulnerabilidade, surgem movimentos de transformação que permitem ao sujeito sentir-se em "um campo de determinações múltiplas" (Lhuillier, 2015, p. 106), em vez de apenas conformar-se e adaptar-se a um contexto de trabalho adoecedor. Enfim, tais situações de desamparo possibilitam também a descoberta de si e do mundo, permitindo ao sujeito situar-se ativamente em relação aos laços sociais e ao trabalho.

4.4 Estratégias defensivas e resistências

Em seu artigo sobre um estudo realizado com os operários da indústria Michelin, em Clermont-Ferrand, França, Védrine (2009) apresenta uma outra situação, em que se manifesta a resistência à resistência, isto é, aquela em que o sujeito se recusa a confrontar e denunciar, ou mesmo a admitir as reais condições de vida e trabalho. A autora refere-se à resistência à construção de contra-narrativas desmitificadoras e dessacralizantes em relação à empresa e às figuras de poder que a representam. Esse efeito de desmitificação seria a resistência à "memória manipulada" (p. 108), ou seja, às estratégias de forças que atuam no sentido de controlar, seduzir e submeter os trabalhadores a uma condição de alienação e submissão.

Nessas estratégias de controle, percebidas em empresas paternalistas, o poder é representado por um mito fundador, autor de um discurso inaugural, uma narrativa capaz de unificar os trabalhadores, de "criar um vínculo social, baseado na admiração, na sideração e no amor" (Enriquez, 1997, p. 42). Uma figura que mobiliza os afetos e congrega em si o ideal, o respeito e a reverência de todos os que o circundam; aquele que "tudo faz" pelos trabalhadores em troca da fidelização, dedicação e silêncio. Esse mito, que pode vir a ser chamado de líder, segundo vocabulário empregado pelas novas tecnologias de gestão, tende a inibir possibilidades de autonomização e questionamentos acerca do trabalho e das condições em que ele é desenvolvido. Enriquez (1997) acrescenta que a adesão à narrativa mítica pressupõe a resistência à mudança, à revolta e à ruptura, prevalecendo a permanência dos valores e normas estabelecidos.

A dinâmica do contexto real do trabalho convoca o sujeito a fazer escolhas, seja de resistir ativamente ou submeter-se. Dependendo de quão ameaçadores os enfrentamentos que daí possam advir para o trabalhador, sejam eles imaginários ou reais, prevalece o não-querer-saber, possível resistência à resistência, como recusa a se posicionar, a assumir os riscos implicados na ação que visa a transformação. Dentre esses riscos, não seria demais incluir o desemprego, ou o assédio moral, que penalizam o trabalhador e acabam por não modificar as condições de trabalho.

Nesse caso, não há reatividade, nem criatividade, nem ato, mas a submissão que visa negar o tensionamento entre a organização e o trabalhador e manter os conflitos sob controle. O silêncio e o desconhecimento atuam, dessa forma, como mecanismos de defesa, ainda que estes tragam sofrimento ao trabalhador e não reduzam a penosidade do trabalho.

Goussard (2008) problematiza os movimentos de resistências individuais, identificados durante sua pesquisa em uma empresa de engenharia de automóveis, inserindo-os na dimensão dos consentimentos no trabalho. Consentimentos que, embora se caracterizem pela ausência de conflitos abertos e pelos jogos de negação, expressam a discordância e a consciência das pressões e injunções organizacionais. Nesse caso, são movimentos reativos, individuais, que se incrementam quando o trabalho é fragmentado e os coletivos estão fragilizados, o que acaba por dificultar ainda mais a articulação de resistências coletivas.

A autora identifica duas dimensões constitutivas do consentimento: a subjetiva, que se refere à adesão aos valores e objetivos da empresa; e a comportamental, que diz respeito às posturas, às formas como o trabalhador lida com a produtividade que lhe é delegada. Goussard (2008) introduz, assim, a noção de um consentimento limitado, que "permitirá alcançar o consentimento comportamental dos trabalhadores, através das formas individuais

de contestação, fracamente contra produtivas e produtoras do consentimento subjetivo" (p. 176). A questão que se coloca é: qualquer forma de resistência é suficiente para fazer face aos dispositivos organizacionais?

A autora apresenta três estratégias de contestação, identificadas por ela como formas de consentimento. São elas:

1- A simulação: esse mecanismo acontece quando o trabalhador faz o que é para ser feito, mas simula as atitudes que a organização espera dele, tais como implicação e dedicação, como se houvesse total desprendimento e engajamento, sem questionamentos ou contestações abertas à organização do trabalho - elas acontecem, porém de forma velada, discreta.

2- A frenagem individual: essa estratégia se inscreve nas lacunas de liberdade que escapam às contradições do sistema produtivo. Aqui, é o tempo improdutivo que simula, de alguma forma, a atividade produtiva. Diferentemente da simulação, não há um falso engajamento, mas uma lentidão que afeta a produtividade. A frenagem pode se desdobrar em cumprimento de "horas extras" sem uma real necessidade para isso.

3- O legalismo protetor: esta é uma forma de resistência na qual o trabalhador faz o que é preciso fazer, restritamente, para não ser repreendido, mas não faz nada "a mais". É uma rejeição a toda iniciativa e dedicação que transcenda os limites do prescrito. Por exemplo, o cumprimento estrito do horário de trabalho, sem envolvimento com as atividades pendentes que não foram cumpridas.

Ao mesmo tempo em que essas estratégias podem trazer a impressão de resistência ao modelo produtivo em questão, ainda que individuais, elas mantêm o sistema tal qual ele se estrutura. Podemos pensá-las, inclusive, sob o registro de resistências reativas. De certa forma, podem atuar também como mecanismos de defesa, protegendo o trabalhador dos embates em que ele pode não ser o vencedor, mas não das condições que lhe causam sofrimento.

Dejours (2008) reconhece a importância das estratégias defensivas para atenuar o sofrimento e tornar suportável determinada condição de trabalho. Entretanto, ele acrescenta que "tudo que está do lado das defesas, pode-se pensar que é necessário, mas é preciso saber que ela pode se colocar a serviço do existente, inclusive do tirano" (Dejours, 2009. p. 228). Isso acontece devido à adaptação aos riscos e ao sofrimento, favorecendo a exploração da força de trabalho por parte das organizações. O autor afirma que "as estratégias defensivas desempenham o papel de freio à reapropriação, à emancipação e à mudança" (p. 56). Sendo assim, quanto mais o trabalhador negar o sofrimento, adaptando-se às condições adversas,

mais ele corre o risco de agravá-lo, podendo chegar à ruptura dessas defesas e a uma possível crise de identidade (Dejours, 2008; Moraes, 2011).

É necessário sublinhar: diferentemente das resistências, essas estratégias não reforçam o combate, não transformam, não minam as forças implicadas nas relações de poder ou de dominação.

Assim, todo ato de resistência, de abrir espaços de luta e emancipação, toda escolha que sustente os valores e as decisões envolvem riscos, sejam eles mais ou menos calculados. Porque, segundo Enriquez (2009), resistir é um ato de soberania, no sentido de não se manter no "subsolo", de pensar e agir de outra forma, "resistir, assumir riscos, é tomar partido da vida". (p. 195).

Gaulejac (2011) afirma que a resistência ativa tem um custo alto ao trabalhador, um dispêndio de energia constante, principalmente em contextos nos quais ele se vê submetido a fortes pressões. Ampliando o debate, Dejours (2009) afirma que a resistência ativa " [...] não pode ser feita por indivíduos comuns. Eles a seguem. Não se pode construir uma filosofia política sem saber que os seres humanos são frágeis e não são abertos à resistência. A covardia, o oportunismo, é a condição humana habitual." (p. 231). Tal consideração, no contexto do SUS, nos remete a uma possível relação com a estabilidade adquirida no concurso público que, muitas vezes, confunde-se com a imobilidade e o conformismo de sujeitos que aparentemente não se engajam em ações emancipatórias. Por outro lado, o conformismo e a submissão também podem estar associados às mais impessoais e anônimas formas de ação sobre a ação dos trabalhadores, vindas de poderes políticos sempre provisórios, mutantes a cada transição de governo, que parecem querer desconstruir projetos coletivos e democráticos e impedir novas possibilidades de resistência.

5 METODOLOGIA

Inserido no campo das ciências humanas e sociais, o mundo do trabalho é o espaço de construção de sociabilidades, enfrentamentos, resistências e produção de sentidos; é atravessado pela história, pelo contexto, pela palavra e pela linguagem, assim como pelo ato e pelo gesto, pelos impedimentos, pela criatividade e pelos valores. No trabalho se estruturam relações e dinâmicas sociais agenciadoras de fenômenos intersubjetivos e políticos.

Santos (1988) identifica especificidades na pesquisa em ciências sociais, quanto a seguir os mesmos princípios epistemológicos e rigores metodológicos que as ciências naturais, o que o leva a opor-se ao positivismo, seja ele lógico ou empírico, e propor outros percursos na construção do conhecimento. Ressaltando a dimensão subjetiva e a construção de sentidos sempre presentes nas ciências sociais, o autor reivindica um estatuto metodológico próprio à pesquisa social, mais criativo frente ao modelo mecanicista, e propõe a ênfase em métodos qualitativos, "com vista à obtenção de um conhecimento intersubjetivo, descritivo e compreensivo, em vez de um conhecimento objetivo, explicativo e monotético (p. 53).

Minayo (2010b) trabalha com a ideia de devir, no conceito de cientificidade, convocando o trabalho de construção do conhecimento segundo teorias, princípios e métodos a subverter os paradigmas instituídos, cuja origem se encontra na busca de objetivação das ciências naturais. As ciências sociais criam outras perspectivas de produção do conhecimento ao aproximar sujeito e objeto, ao reconhecer a ausência de neutralidade e ao integrar-se à historicidade, às concepções ideológicas e à dinâmica da vida e das relações humanas (Santos, 1988; Minayo, 2010b).

Nesse sentido, optamos por uma abordagem metodológica qualitativa. Recorremos ainda a Minayo (2010b), ao afirmar que a pesquisa qualitativa se ocupa com questões não quantificadas, ou seja, "ela trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das crenças, dos valores e das atitudes" (p.21). Esses aspectos, característicos das humanidades, pressupõem ações reflexivas e críticas, partilhadas em um dado contexto social.

Bendasolli e Gondim (2014) acrescentam que, mais que quantificar dados, abordar a ação e construir sentidos são propostas que convergem para abordagens não positivistas, que demandam por outras concepções científicas, mais interpretativas, hermenêuticas:

Parte-se do princípio de que toda ação humana repousa sobre um conjunto de informações que são oferecidas por um indivíduo a outro no contexto de um repertório compartilhado de significados - em uma palavra, cultura. (...) Para isso, contudo, não basta a utilização de instrumentos neutros de acesso. E tampouco basta a inferência neutra baseada em um conjunto

de evidências empíricas enumerativas. Será preciso uma postura de hermenêutica, ser um co-construtor dos sentidos imanentes às práticas cotidianas em contexto, em situação. (...) Trata-se da concepção de que o conhecimento se produz na interação, na intersubjetividade. (p. 18).

Apostamos, assim, que em estudos sobre o trabalho, a construção do conhecimento se torna possível a partir da capacidade do pesquisador de compreender, de enxergar o fenômeno sob outra perspectiva que não a própria, em interação com a palavra do trabalhador, com o fazer, com a cotidianidade a ser desvelada. Nessa linha, os elementos que compõem nosso percurso metodológico são a entrevista aberta, o diário de campo e a observação participante.

5.1 Entrevistas

Segundo Minayo (2010a), as entrevistas abertas ou em profundidade se estruturam a partir de um convite ao sujeito, para que fale livremente sobre um tema, neste caso, sua trajetória no SUS e no PSF, com algumas pontuações e inserções do entrevistador, com o objetivo de aprofundar algumas questões e reflexões. Segundo a autora,

"a entrevista é, acima de tudo uma conversa a dois, ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa do entrevistador, destinada a construir informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e abordagem pelo entrevistador, de temas igualmente pertinentes, tendo em vista este objetivo." (Minayo, 2010a, p. 261).

As entrevistas com diferentes sujeitos possibilitam o acesso às suas reflexões sobre o tema e a realidade pesquisados, a partir de uma leitura de mundo, de valores e condutas, ao mesmo tempo singular e coletiva. Os atores compartilham realidades semelhantes, posto que submetidas a um mesmo contexto social e político, mas também distintas, uma vez que cada UBS atende a um território com características próprias, assim como o impacto de cada experiência produz efeitos, traduções e sentidos específicos em cada sujeito.

Quanto à quantidade de sujeitos entrevistados, amparamo-nos em Deslandes (2010), ao afirmar que estabelecer o número de participantes por amostragem nem sempre é a conduta mais adequada nas pesquisas qualitativas. Segundo a autora,

Isso se deve ao fato que o "universo" em questão não são os sujeitos em si, mas as suas representações, conhecimentos, práticas, comportamentos e atitudes. Como se vê, seria impossível demarcar o número total dessas variáveis, muito menos o tamanho da amostra que seria representativa dessa totalidade. (p.48).

Tal como Deslandes (2010), Minayo (2010a) acrescenta que, tratando-se de uma pesquisa qualitativa, a ênfase deve estar no nível de aprofundamento e diversidade sobre o conteúdo investigado, e não sobre números e generalizações.

Segundo esse pressuposto, em nossa pesquisa foram previstas entrevistas individuais com 27 médicos de PSF, sendo três de cada regional da cidade, em exercício da função em UBS. Esse número poderia sofrer variações para mais ou menos, de acordo com a saturação, ou seja, quando os relatos chegassem a uma certa regularidade de apresentação, ou quando já fosse possível compreender o conteúdo pesquisado (Deslandes, 2010; Minayo, 2010a).

Belo Horizonte é dividida em nove regionais: Leste, Centro-sul, Oeste, Nordeste, Noroeste, Venda Nova, Pampulha, Barreiro, Norte. Pensando na diversidade de territórios e da cidade, optamos por entrevistar três profissionais de cada regional para que, em princípio, se abarcasse pelo menos um médico atuante em cada caracterização de território, segundo o IVS: baixo/médio risco, elevado risco, e muito elevado risco. Tal critério não pôde ser seguido com o rigor esperado. Observamos, ao longo da pesquisa, que uma mesma UBS, mesmo que situada em território de baixo ou médio risco, pode ter, sob sua cobertura, pequenas vilas de elevado ou muito elevado risco. Não obstante essas especificidades, foi possível cumprir o objetivo de entrevistar médicos de todos os pontos da cidade, e que atendem comunidades de diferentes classificações e características.

A escolha dos sujeitos de pesquisa não foi feita pela pesquisadora. Por ser também servidora do SUS, que atende aos servidores da rede, procurou-se por sujeitos escolhidos pelas próprias regionais, que não tivessem passado por algum acompanhamento com a pesquisadora. Foi demandado à Gestão do Trabalho de cada regional que indicasse profissionais médicos de família, efetivos, que já tivessem cumprido o período de estágio probatório⁸ de três anos. Preferencialmente, que fossem médicos que vinham se mantendo frequentes no trabalho. Destaca-se que apenas uma regional, Oeste, não indicou os três profissionais, acabando por participarem apenas dois.

Vale destacar que algumas regionais tiveram um impacto com essa demanda, mencionando certa dificuldade em identificar esse profissional. Em alguns casos, a pesquisadora escutou a seguinte fala: "Mas que complicado, a gente só lembra daqueles que nos dão problema!"⁹ Tais comentários sugerem que o trabalhador que permanece na linha de

⁸ Estágio probatório corresponde aos três anos iniciais do servidor em exercício no serviço público, em que ele se encontra em um período de "experiência" e avaliação. Somente após cumpridos os três anos, ele se torna servidor efetivo.

⁹ Comentário de uma referência técnica de uma das regionais.

frente, que faz com que o SUS funcione, e que não causa "problemas"¹⁰ à instituição, passam despercebidos pelo sistema. De alguma forma, essa percepção de invisibilidade não é só da pesquisadora, mas é expressa pelos próprios médicos ao se sentirem surpreendidos com o convite a falar - a se tornarem visíveis - sobre suas vivências, sentimentos e percepções do trabalho.

Após indicação da Gestão do Trabalho regional, esta fazia o primeiro contato com o gerente da UBS para que ele autorizasse a entrevista na própria unidade, em horário de trabalho e, uma vez autorizado, estendesse o convite ao trabalhador. Após essa mediação, a pesquisadora entrava em contato com o gerente e, quando necessário, também com o trabalhador. Não houve um padrão nas formas de agendar as entrevistas. Em geral, o gerente da unidade agendava com o médico, com o seu consentimento e do sujeito, e comunicava à pesquisadora data e horário. Em alguns casos, entretanto, aconteceu de o gerente agendar e não comunicar ao médico, e outros em que o agendamento foi direto com a pesquisadora, após anuência gerencial.

Sendo assim, cada entrevista deu-se em um momento diferente: algumas, no final da manhã, outras no início da tarde, e outras no final da tarde. Nunca no início da jornada, horário tumultuado nas unidades, de forma geral. Buscou-se, sempre, por momentos em que a ausência do trabalhador do processo de trabalho, ou do atendimento, causasse menos transtorno. Ainda assim, durante as entrevistas, breves interrupções foram frequentes, fossem por usuários que adentravam os consultórios ou por demandas de outros profissionais, solicitando orientações.

Pode-se considerar que a inserção da pesquisadora alterou o mínimo possível o funcionamento da unidade, o que favoreceu ainda mais a intenção de penetrar no contexto real no qual o trabalho acontece. Alguns sujeitos estavam em plena atividade, outros prestes a entrar de férias, outros retornando. Essas variáveis também contribuíram para uma análise sobre esses diferentes momentos, em que o estado do trabalhador encontrava-se mais ou menos submetido ao estresse e ao cansaço, impactando sobre seu estado de ânimo e suas perspectivas de futuro no SUS. Não foi possível perceber maiores divergências na descrição do contexto e das condições de trabalho, mas sim na intensidade do impacto delas sobre o desejo de permanecer no SUS, e sobre a própria capacidade de resistência.

¹⁰ Um servidor é considerado "problema" na rede quando ele é visto como de difícil relacionamento interpessoal, ou indisciplinado, ou que adoecer muito e tira frequentes licenças médicas. Assim, ele se torna "conhecido".

Independente da forma como se deram todos os agendamentos, a entrada da pesquisadora no campo cumpriu todos os passos propostos por Minayo (2010a): a apresentação da pesquisa mediada por outro profissional, no caso, o gerente da unidade ou da Gestão do Trabalho regional; a menção ao interesse da pesquisa, que é uma explicação sucinta ao entrevistado sobre o conteúdo, objetivos, justificativa; a apresentação de credencial institucional, nesse caso, cartas de anuência da SMSA e aprovação dos Comitês de Ética, tanto da SMSA quanto da PUC/MG¹¹; a justificativa da escolha do entrevistado; a garantia de anonimato e sigilo, assim como a apresentação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e, por fim, uma conversa inicial mais descontraída, com o objetivo de "quebrar o gelo" e favorecer a interação entre entrevistador e entrevistado. As entrevistas foram gravadas e, em seguida, transcritas na íntegra¹².

As entrevistas sempre se iniciavam com o convite para que falasse sobre sua trajetória no SUS: quando, como e por que entrou para o SUS e para o PSF. Ao longo das narrativas, a pesquisadora incluía perguntas referentes ao conteúdo, visando melhor detalhamento de informações que não poderiam faltar em suas análises. Foram investigadas as relações com a instituição, com os gestores, com usuários, com as comunidades e com a própria atividade; a percepção acerca das condições de trabalho; pontos de interseção entre a história de vida e a escolha profissional; existência ou não de vínculos com outros espaços de atuação: rede privada, consultórios particulares, hospitais etc; estratégias de resistência e margens de ação; relação trabalho e saúde; expectativas; possível identificação com o contexto político e ideológico do SUS. Enfim, foram investigadas as histórias de cada sujeito e sua relação com o trabalho e o cenário em que ele se desenvolve, incluindo aí o social, político e organizacional.

Observamos que houve interesse dos convidados em participar da pesquisa. Alguns sujeitos se mostravam um pouco mais contidos no início da entrevista, mas acabavam se descontraindo no decorrer do encontro. Outros já começavam com aparente confiança e segurança, e se envolviam de tal forma que suas narrativas se aproximavam de uma reconstrução do próprio sentido do trabalho, de estar ali, naquele lugar, com aquela comunidade, apesar de todo o contexto de precarização do trabalho. É como se revisitassem sua própria escolha.

Um fato que chamou a atenção da pesquisadora foi a "surpresa" em serem convidados a falar sobre si, sobre sua saúde, sobre seu trabalho, por sentirem que alguém se interessou por

¹¹ CAAE (PUC/MG): 37709714.7.0000.5137; CAAE (SMSA): 37709714.7.3001.5140

¹² Apenas uma médica, dentre todos os sujeitos, preferiu que não fosse gravado, justificando sentir-se mais a vontade sem o gravador. Embora a entrevista tenha transcorrido de forma mais lenta, e menos fluida, suas considerações e respostas foram registradas por escrito.

eles enquanto sujeitos. Lembramos que a Secretaria de Saúde é utilizada como vasto campo de pesquisa, mas a maioria é voltada para questões epidemiológicas ou assistenciais. Ocupar um lugar de fala, de serem escutados sobre o trabalho, foi uma experiência nova e inusitada para grande parte dos sujeitos da pesquisa.

A pesquisa de campo coincidiu com o período crítico da epidemia de dengue na cidade, de outubro de 2015 a maio de 2016, o que dificultou muito a participação dos médicos, sendo necessário estender o período das entrevistas até julho/2016. Além de uma demanda da população, muitas vezes além da capacidade das equipes de saúde, muitos profissionais também contraíram a doença. Não se limitando a um fator dificultador, tal contexto serviu como mais um elemento de análise.

Uma das entrevistas foi intercalada com algumas consultas por dois motivos: primeiro, o gerente agendou com a pesquisadora, mas não comunicou ao médico o tempo necessário e não "fechou" sua agenda; segundo, esse médico compartilhava o mesmo consultório com outro colega. Assim, inevitavelmente, tinham que alternar atendimentos entre si, ora um atendia um paciente, saía da sala e o outro atendia. E dessa forma aproveitávamos a alternância para dar continuidade à entrevista. Tal episódio contribuiu muito para a observação e percepção do trabalho real do médico em uma unidade de muita elevada vulnerabilidade, com grande demanda de atendimento, estrutura física precária, e certa (des) organização do trabalho.

5.2 Observação participante

As especificidades do campo reclamam por um aporte teórico consistente e também por procedimentos específicos, entre os quais o contato com o ofício, com o fazer, com o espaço onde ele se constitui e o real se impõe. A pesquisa em Psicologia do Trabalho, além de se fundamentar nos relatos do trabalhador e na teoria, tem muito a ganhar se observar diretamente as situações concretas de trabalho, as condições, o espaço onde a atividade se desenvolve, os gestos e o ato, a fim de reduzir as lacunas difíceis de serem preenchidas pela palavra.

Sob essa perspectiva, a observação participante constitui outro método importante de coleta de dados. Ela possibilita maior compreensão da realidade, posto que há uma distância, às vezes extensa, entre o que se imagina e o que efetivamente acontece nos espaços cotidianos pesquisados. Atesta-se também o limite da palavra, pois nem sempre uma narrativa dará conta de abarcar a totalidade do mundo do trabalho ou de qualquer outra experiência humana.

Acrescenta-se a importância de se promover maior aproximação entre pesquisador e pesquisado, com seu contexto, além de se cumprir o objetivo de possibilitar ao pesquisador o exercício de se colocar no lugar do outro (Minayo, 2010b).

Daí as entrevistas terem sido desenvolvidas no próprio local de trabalho do médico, em seus consultórios, como uma forma de a pesquisadora ter contato com a realidade social e concreta em que a maior parte do trabalho se desenvolve, em que se constrói, ou não, o vínculo entre ele e as comunidades. Devido à especificidade do trabalho do médico, a observação não se estendeu aos consultórios durante as consultas, nem às visitas domiciliares, mas manteve-se nas salas de recepção e nos corredores internos das UBS.

5.3 Diário de campo

Trabalhou-se também com o diário de campo, instrumento privilegiado de observação. Muitas vezes, os dados começavam a ser coletados no caminho da unidade, dentro dos ônibus, no entorno, nas vilas e comunidades. Muito do que ocorre nesses Centros de Saúde, ou do que eles representam para as comunidades, já começava a ser dito no exterior daquele espaço físico circunscrito, por cidadãos, usuários, gente que tem a UBS como referência central em seu cotidiano, conforme será exposto adiante. O diário de campo refere-se a "um acervo de impressões e notas sobre as diferenciações entre falas, comportamentos e relações que podem tornar mais verdadeira a pesquisa de campo" (Minayo, 2010a. p.295).

Outros dados e informações passíveis de compor o corpus da pesquisa advêm do próprio cotidiano de trabalho da pesquisadora, enquanto servidora do SUS, em contato com outras UBS, gestores e trabalhadores que formalmente não participaram da pesquisa. Além de atuar com escuta individual, a pesquisadora também participa de intervenções junto a coletivos de trabalho, envolvendo todas as categorias profissionais da saúde. Tais registros trouxeram contribuições relevantes para a análise do contexto em que se desenvolvem, de forma mais ou menos explícita, as resistências dos trabalhadores do SUS.

5.4 Análise dos dados

No levantamento dos dados relativos às condições de trabalho, utilizamos a análise temática que, segundo Bardin (2011), trabalha a presença e a frequência com que alguns temas emergem nos discursos. Trata-se de uma leitura que visa identificar categorias ou expressões sob as quais se organizam os depoimentos, tais quais eles são apresentados. Cabe

então, ao pesquisador, propor interpretações, inter-relacionando-as ao arcabouço teórico utilizado, ou mesmo propor outras bases de interpretação que possam emergir a partir dos relatos em análise (Minayo, 2010a).

Bardin (2011) afirma que "o tema é a unidade de significação que se liberta naturalmente de um texto analisado segundo certos critérios relativos à teoria que serve de guia à leitura" (p.135). Assim, a partir da pergunta sobre como é a percepção dos sujeitos sobre o trabalho cotidiano e sobre as condições em que esse trabalho acontece, cujo objetivo era delimitar o tema "condições de trabalho", foi possível identificar e subdividir as categorias que descrevem esse campo de análise.

Propomos uma abordagem hermenêutica (Bendassolli & Gondim, 2015; Minayo, 2010a), visto que a mesma tem sua origem na relação que se estabelece entre pesquisador e pesquisado, fundamentando-se na busca pela compreensão dos textos produzidos. Compreensão no sentido da comunicação, de produzir elaborações e conclusões; compreender textos em suas diferentes acepções: escritos, narrativas, entrevistas, livros e outros, e os contextos em que são produzidos, incluindo as controvérsias e os não-ditos. Buscamos, assim, elucidar as falas, relatos e ações, contextualizando-os em relação à realidade dos atores que as produzem, não dissociando a linguagem de sua história e das condições de produção de seus conteúdos.

Entendemos a análise dos dados como um processo complexo em que se encontram envolvidas, no caso deste estudo, pelo menos três instâncias: a pesquisadora, os sujeitos pesquisados e o trabalho de ambos - dos médicos e da pesquisadora. Ela e eles, cada qual a seu modo, trazem em si um acervo de informações, saberes e construções conceituais, técnicas e ideológicas, que têm suas origens nas próprias histórias, bem como na relação com o trabalho e com o seu contexto. O trabalho da análise baseada, em princípio, no discurso dos participantes, constitui um novo texto produzido a partir da interpretação da pesquisadora. Essa análise compreende, pois, as variáveis relacionadas acima, entre as quais ressaltamos, no ato da interpretação, a implicação da pesquisadora.

Se esse novo texto tem como desafio aproximar-se, enquanto possível, do trabalho real e da resistência dos médicos, por mais que estes falemos, não conseguirão abarcar totalmente a situação abordada. Ao mesmo tempo, a implicação da pesquisadora incide, pelo menos parcialmente, em sua atividade interpretativa. Isso implica, ainda que se tente ancorar nas orientações metodológicas um trabalho suplementar e permanente, que é a análise da própria implicação. Aqui, nos parece fundamental a concepção de Deslauriers e Kérisit (2014), de que não há neutralidade na escolha do objeto de pesquisa, trata-se de uma escolha política.

Laperrière (2014) enfatiza a presença da subjetividade do pesquisador nos processos de pesquisa, incluindo, além da cientificidade, "a apreensão pessoal do mundo, seus sentimentos, suas intuições, seus valores" (p.414), delineando também as escolhas teóricas e metodológicas.

Estabelece-se, então, nesse processo, o encontro entre as palavras que faltam, no discurso do médico do PSF, em seus relatos, e no texto da pesquisadora, na produção de sua análise. E aqui poderíamos evocar um outro tipo de resistência, no sentido do “desconhecimento”, da denegação, do próprio encontro (inexistente?) com essa palavra que falta. Isso remete, pois, tanto à resistência do sujeito, relativa ao ato de seu ofício, quanto à resistência da pesquisadora, no ato da análise. No entanto, é justamente nessa lacuna que pode emergir o fazer criativo, igualmente necessário à cientificidade da pesquisa e à produção do conhecimento.

6 PESQUISA DE CAMPO

Conforme proposto na metodologia, as entrevistas foram realizadas nas unidades onde os sujeitos estavam atuando, cada uma destas, abrangendo territórios diferentes, ainda que na mesma regional. Como as entrevistas foram feitas em 26 unidades, nas nove regionais de Belo Horizonte, a visita a cada uma delas propiciou uma imersão na cidade, em seus detalhes e nuances.

De bairros de classe média/média alta, a vilas e favelas, a cidade possui uma face pouco visível aos cidadãos que só a atravessam por dentro dos automóveis ou pelas imagens da televisão. Evidencia-se a desigualdade social, o desemprego, o trabalho informal ou ilegal, a violência social, a falta de perspectivas, os idosos em seus portões, vigiando o movimento das ruas e vizinhos. Nas avenidas, nas margens do Anel Rodoviário de Belo Horizonte, em ruas e becos, testemunhamos que os determinantes sociais da saúde, educação, moradia, trabalho e saneamento, por exemplo, ainda encontram-se longe, ou são mesmo inexistentes, da realidade de grande parte da população.

Nos pontos de ônibus e no interior deles, a cidade revela uma linguagem própria de trabalhadores, donas de casa, pessoas sem ocupação e jovens. As estações de ônibus: Diamante, Venda Nova e São Gabriel, apresentam sempre um burburinho de vidas em movimento, entre trocas de ônibus, correria e quietude que se misturam de forma descontínua e aleatória. Pontos de espera, onde se revelam cidadãos sempre prontos a dar alguma informação sobre "onde fica o posto de saúde?" Nessa pergunta simples, quase sempre acrescentam outras informações espontâneas: como funciona o "posto", que "minha mãe trata lá com o Dr. Fulano; meu pai curou a ferida com Dra. Sicrano; que a vizinha esperou tanto tempo pra ser consultada; que meu neto só toma vacinas lá; que está sempre lotado; que meu filho só não morreu por causa do posto..." enfim, há toda uma rede de sociabilidades e histórias que circundam o Centro de Saúde, local, por excelência, de acolhimento e tratamento, mas também de manifestação de outras questões como conflitos, educação e cidadania.

Normalmente, ao agendar com o gerente da unidade ou com o próprio servidor, a pesquisadora perguntava sobre a melhor forma de chegar e, muitas vezes, como chegar. Frequentemente, as informações incluíam detalhes como: "pode vir de carro, mas entre na comunidade com a janela aberta; não venha de carro, não é um bom lugar para se perder; não passe por tal rua após 17:00; venha como for melhor pra você, aqui é muito tranquilo". Enfim,

uma diversidade de dicas e orientações que já me diziam algo do território, dos moradores e do trabalho, de como eram vistos e representados, imaginariamente ou não.

Ao longo da pesquisa, foram visitadas UBS próximas a bairros nobres, a bairros de classe média, mas a grande maioria nas periferias da cidade, muito distantes da região central, algumas nos limites de BH com outros municípios. Foram feitas visitas de carro e outras de ônibus, dependendo da facilidade de acesso e do horário agendado.

Embora a pesquisadora já conhecesse algumas unidades devido ao próprio trabalho na PBH, a pesquisa possibilitou ampliar o conhecimento sobre a realidade dos territórios, das comunidades e dos servidores, trabalhadores do SUS. Permitiu ainda entender, como nenhum estudo teórico seria o bastante, a importância das UBS para as comunidades que as têm como referência de um lugar - talvez único - onde sempre encontram a "porta aberta", um espaço de respeito e dignidade, de escuta e acolhimento, ainda que muitas vezes permeado de conflitos. Várias unidades visitadas ocupavam esse lugar, ao mesmo tempo simbólico e concreto, de cidadania. Elas acabam por se tornar espaços aos quais os usuários acorrem para resolver problemas de saúde física e/ou mental; questões familiares, de relações de poder na comunidade, de relações políticas; de violência, seja doméstica ou social; de exclusão e solidão. Como exemplo, há pessoas que solicitam ajuda da unidade de saúde porque a cama quebrou, porque não tem colchão, porque teme que a filha já não seja virgem, porque o marido saiu de casa, enfim, pela dificuldade em dar conta da vida.

Para os trabalhadores, a UBS tem representações muito distintas: seja de um emprego público com estabilidade, preferencialmente próximo à residência ou de fácil acesso, seja de ser o único local onde se mantém vínculos sociais ou, ainda, como via de engajamentos e lutas políticas e ideológicas, conforme será tratado ao longo das análises.

Em sua maioria, as UBS são construídas junto às escolas públicas dos bairros. Onde se vê a escola, muito provavelmente ali estará a UBS. Seguramente, não é por acaso que saúde e educação são tão próximas, inclusive concretamente, e que foram os alvos talvez mais atingidos pela aprovação da PEC 55.

Neste capítulo, apresentamos a apreciação dos dados procedentes da pesquisa de campo. Partimos da apresentação dos sujeitos participantes para, em seguida, discutir a classificação por IVS, um dos critérios utilizados na escolha dos sujeitos participantes. Tecemos uma discussão também a partir do trabalho real desenvolvido no mundo concreto e cotidiano dos médicos e, em sequência, estendemos nossas análises para as categorias: condições de trabalho no PSF e trabalho e subjetividade, e seus temas correlatos. Embora a

resistência se destaque como a terceira categoria a ser analisada, esta é tratada especificamente no capítulo subsequente, por ser o tema central de nosso estudo.

6.1 Identificação dos sujeitos de pesquisa

Os sujeitos da pesquisa relatam motivações pessoais que os levaram a atuar como médicos de família, revelando valores que ultrapassam, mas não excluem, o interesse por um emprego público que ofereça estabilidade e garantia de uma remuneração fixa mensal. Outro fator relevante que emergiu entre todos os sujeitos, como um diferencial que os levaram a buscar a medicina de família no SUS, foi a possibilidade de construir vínculos com os usuários, ocupar um lugar de reconhecimento e respeito nas famílias e de "fazer a diferença" em suas vidas. O fato de frequentarem as casas, fazer o acompanhamento longitudinal, acompanhar desde o bebê até os mais idosos, confere aos sujeitos a possibilidade de construir laços e encontros intersubjetivos em contraposição a outros modos de relação no exercício da medicina, em que se sentem "descartáveis", conforme sentimento relatado por alguns sujeitos entrevistados.

Entre os 26 sujeitos participantes, 11 deles, ou seja, 42% relatam vir de uma família humilde, simples, que passaram por muitas dificuldades financeiras e sociais até que conseguissem se formar. Esses profissionais demonstram um maior engajamento em questões políticas e sociais e, em certa medida, quase todos têm uma postura política reveladora de valores democráticos e de justiça social. Percebemos que a escolha pelo SUS também tem a ver com a trajetória de vida de cada um, com os laços entre a própria história e a natureza do trabalho, com os valores, as implicações e identificações com a dimensão cuidadora do trabalho em saúde e com o compromisso ético-político de um novo modo de produzir saúde.

Apresentamos um quadro com os seguintes dados: pseudônimo do participante, estado civil, se tem ou não filhos, idade, tempo que atua no SUS, tempo que atua no PSF, formação (se possui ou não alguma especialização ou residência, e qual), outro vínculo de trabalho, exercício de preceptoria. Todos os nomes das pessoas foram substituídos por nomes fictícios com o objetivo de preservar o sigilo garantido no TCLE. Pelo mesmo motivo, também não foram identificadas as regionais e as UBS.

Quadro 1 - Identificação dos sujeitos de pesquisa

Pseudônimo	Est. civil Filhos	Idade (anos)	Tempo SUS (anos)	Tempo PSF (anos)	Especialização	Duplo vínculo	Preceptoria
Maria	Casada c/filhos	50	20	15	Pediatria	Não	Não
Márcia	Casada c/filhos	59	30	13	Pediatria e MFC	Não	Não
Gerson	Casado c/filhos	39	8	8	Geriatría e MFC	Sim	Sim
Ricardo	Casado c/filhos	39	10	9	MFC	Não	Sim
José	Casado c/filhos	56	32	13	Não	Sim	Não
Clara	Casada c/filhos	44	18	8	MFC	Não	Sim
Jorge	Casado c/filhos	41	10	8	MFC	Não	Sim
Pedro	Casado c/filhos	38	7	7	Não	Sim	Não
Paulo	Solteiro	40	14	12	Clínica	Não	Não
Júnior	Casado c/filhos	45	11	11	Pediatria	Não	Não
Luísa	Casada c/filhos	36	11	11	MFC	Sim	Sim
Renata	Casada c/filhos	48	21	13	Pediatria	Não	Não
Josué	Casado c/filhos	38	4	4	Não	Não	Não
Ana	Casada c/filhos	56	16	11	Ginecologia	Não	Não
João	Casado c/filhos	45	12	12	Homeopatia	Não	Não
Júnia	Casada c/filhos	38	12	12	MFC	Não	Não
Raquel	Casada c/filhos	43	12	12	Pediatria	Sim	Não
Sílvia	Casada	33	4	4	Não	Não	Não
Lúcia	Solteira	32	3,5	3,5	Não	Não	Não
Geralda	Casada	47	16	15	Pediatra	Não	Não
Angela	Casada c/filhos	49	12	12	MFC	Sim	Não
Luciano	Casado c/filhos	65	12	12	MFC	Não	Não
Tiago	Casado c/filhos	39	12	12	MFC e geriatria	Sim	Sim
Marcos	Casado c/filhos	42	13,5	13,5	MFC	Não	Sim
Manoel	Divorciado c/filhos	69	25	12	Não	Sim	Não
Joana	Divorciada c/filhos	44	14	14	MFC	Sim	Não

Fonte: Elaborado pela autora.

O quadro acima nos fornece os seguintes dados: 50% dos participantes são homens e 50% mulheres. Lembramos que esses sujeitos foram convidados por pessoas diferentes de

nove regionais. Assim, a equivalência de gênero aconteceu sem qualquer intencionalidade. Desconhecemos qualquer estudo relativo à distribuição por gênero entre os médicos de saúde da família. Duas médicas são solteiras, dois são divorciados com filhos, dois são casados sem filhos e os vinte demais são casados com filhos, muitos já adultos. A média da faixa etária é de 45 anos. Embora sejam todos servidores efetivos, contabilizamos tanto o tempo de trabalho no SUS como o tempo no PSF, ou seja, a experiência total do sujeito. Isto é, alguns começaram a atuar no SUS como trabalhadores contratados e, somente algum tempo depois, se inseriram como efetivos. Esse é o caso de Geralda, que atua no SUS/BH desde 2001, mas só em 2011 fez o concurso, entrando assim como efetiva em 2012. Outros, como Paulo, fizeram o concurso para Saúde da Família logo após a conclusão do curso de medicina e já entraram direto para o PSF. Márcia, por exemplo, entrou para a PBH em 1986, como médica pediatra, mas aderiu ao PSF posteriormente, tão logo foi implantado na cidade.

Em relação à formação, 46,2% fizeram a residência em Medicina de Família e Comunidade (MFC), 26,9% são generalistas e não fizeram nenhuma residência; e 26,9% possuem outras residências, como pediatria, ginecologia e clínica geral. Encontramos, ainda, três profissionais que possuem outra especialidade além da MFC, como no caso de Paulo, Gerson e Márcia. Exceto Márcia, que tomou posse em 1986, ambos entraram para a PBH entre 2004 e 2007.

Observamos ainda que 34,6%, ou seja, nove sujeitos possuem outro vínculo empregatício, seja trabalhando para planos de saúde privados, consultório particular, em plantões noturnos em hospitais e em outras modalidades, o que demonstra que nem todos conseguem manter-se apenas no SUS, havendo ainda necessidade de complementar a renda com outras fontes.

Outro dado relevante é que 26,9% também exercem a atividade de preceptoria nas unidades onde atuam, sendo que alguns cumprem eventuais aulas também na Universidade. A PBH possui convênios com algumas instituições de ensino, oferecendo o campo de estágio. Os sujeitos entrevistados que exercem a preceptoria conferem a ela uma importância diferenciada, explicando que é uma atividade que os mantém sempre atualizados, além de "quebrar" a rotina de atendimentos, possibilitando um espaço de trocas, debates e pesquisa. Alguns chegaram a acrescentar que a docência é um dos fatores o que os estimulam a permanecer no SUS. Identificamos que, com frequência, esses preceptores contribuem para formar alunos que acabam ingressando no SUS, captando e formando pessoas com semelhante engajamento e abordagem do cuidado em saúde. Não há consenso entre eles quanto ao perfil dos médicos recém-formados: tanto falam de um profissional ético,

politicamente envolvido com os direitos de cidadania - o que emergiu mais frequentemente entre os sujeitos preceptores, em especial, referindo-se aos seus alunos; como também percebem um perfil "descompromissado", interessado em fazer do SUS uma experiência profissional provisória, enquanto não surgem outras oportunidades que possam ser mais reconhecidas socialmente e mais bem remuneradas. Estes referem-se a uma geração de médicos ainda com uma visão corporativista, médico-centrada, focada em uma medicina de alta tecnologia e alto custo.

6.2 A classificação por IVS

Apenas três UBS visitadas para fins de pesquisa estão localizadas em áreas de classificação de baixo risco (A). Como cada área de abrangência de UBS é dividida em microáreas, todas atendem também ao médio, elevado ou muito elevado risco, conforme explicado anteriormente. Bairros de classe média ou alta dividem espaços com populações carentes, excluídas, revelando a desigualdade social. É por isso que nem sempre o IVS da UBS coincide com o IVS de uma determinada equipe.

Quadro 2 - Classificação por IVS

Pseudônimo	IVS /UBS	IVS/Equipe
Maria	B	C
Renata	C	D
Márcia	B	B/C
Gerson	D	D
Ricardo	D	C
José	C	B
Clara	C	D
Jorge	C	B/C/D
Pedro	D	C/D
Paulo	C	B
Júnior	D	D
Luísa	C	D
João	A	B/C
Josué	C	C
Ana	B	B
Júnia	B	B/C
Raquel	B	B
Silvia	B	B
Lúcia	B	B
Geralda	B	B
Ângela	D	D

Pseudônimo	IVS/UBS	IVS/Equipe
Tiago	B	B/C
Marcos	A	A/C
Luciano	D	B
Manoel	A	A/B
Joana	D	D

Fonte: Elaborado pela autora.

Em relação às especificidades das quatro classificações por IVS, foi possível observar que todas as unidades, do baixo ao muito elevado risco, possuem características que contribuem, mais ou menos, para o nível de estresse e desgaste do trabalhador. Um fator apontado pelos sujeitos que atendem áreas de baixo risco, por exemplo, é o aumento inesperado de famílias da classe média que eram conveniadas com planos de saúde privados e que passaram a recorrer ao SUS a partir da crise econômica e do desemprego dos últimos anos. Esse aumento da população não foi acompanhado pelo aumento de profissionais, ou de equipes de saúde. Raquel atende a uma população basicamente de baixo risco, de aproximadamente 6000 pessoas, mas que vem aumentando não apenas devido ao desemprego, mas também à inauguração de novos prédios e conjuntos habitacionais no bairro. Ela assinala que há muita construção civil em sua microárea, o que faz com que atenda à demanda também dos operários que trabalham na região. Trata-se de variações do território e do cenário urbano que causam grandes impactos no serviço e na saúde do trabalhador, uma vez que tais reconfigurações não são acompanhadas por redimensionamentos de equipes de trabalho.

Soma-se ainda, como fator de desgaste, o perfil desse "novo" usuário, oriundo do plano de saúde privado. Segundo os sujeitos entrevistados, trata-se, em grande parte, de pessoas que não expressam reconhecimento pelo trabalho ou intenção de criar vínculos. Como exemplo, Márcia relata receber pessoas com a seguinte demanda: "Eu tenho meu médico, só vim aqui para buscar uma receita". Josué, por sua vez, já pediu transferência de uma unidade anterior por motivo semelhante. Ele relata:

[...] os pacientes de classe média que... assim, foi até o que me motivou a sair de lá. Porque muitas vezes eles procuravam a gente com as demandas próprias, e assim, eles vinham, sentavam assim: "eu quero isso". Eles não vieram procurar o que eles precisavam. Então ali fui me frustrando, fui me frustrando...

Assim, entre os médicos que atendem ao baixo risco, percebe-se o sentimento de desvalorização e desqualificação em relação ao trabalho e ao SUS. Certamente não é uma generalização, nem toda a população de baixo risco mantém esse distanciamento em relação ao médico de PSF, mas é uma situação relatada com frequência em diferentes regionais, por

diferentes trabalhadores, inclusive de outras categorias. Não obstante, é comum que usuários com poder aquisitivo menor, ainda que tenham acesso a convênios-empresa, prefiram ser atendidos nas UBS.

Por outro lado, Lúcia, que atende em uma UBS de classificação B, compartilha a percepção de seus colegas, mas observa que essa relação com o usuário que vem do convênio particular também pode ser construída:

Inclusive vejo o pessoal que às vezes atende o pessoal mais de convênio, até no SUS mesmo, mas um pessoal mais de convênio, como às vezes o olhar é diferente daquela pessoa que só tem esse recurso e procura, ela valoriza mais. O outro [do convênio] às vezes só quer resolver a demanda dele: ah, não, quero isso aqui, aquilo outro - e o outro não, ele vem procurando um auxílio procê ajudar, é pra resolver aquele problema dele:- ah, tô sentindo isso, ah, não deu certo. Ele te procura mais, ele te valoriza mais no sentido de, de... realmente faz a diferença na vida dele. Isso também, com o pessoal de convênio também, com o tempo acontece isso também. Já teve muita gente que tem convênio mas prefere vir aqui.

Mas deve-se ressaltar, conforme dito anteriormente, que mesmo que o bairro onde se localiza a UBS seja de baixo risco, sua população adstrita não é homogênea. Não é raro que sejam unidades com apenas uma equipe, um médico de saúde da família que, além de ter que atender a população de baixo risco, assume também pequenas comunidades no mesmo território, mas de elevado ou muito elevado risco. Essas unidades, com apenas uma EqSF, contam ainda mais com o apoio do médico clínico, do ginecologista e do pediatra. Mas, dependendo do tamanho da população, esse apoio ainda está longe de aliviar a sobrecarga e o sentimento de atividade impedida. Os médicos afirmam ser impossível fazer um PSF bem feito, como gostariam de fazer, tendo sob sua responsabilidade 6000 pessoas ou mais. Alguns sujeitos entrevistados relatam ter colegas na rede que cobrem uma população de oito a dez mil pessoas, sob o argumento de ser população de baixo risco.

No atendimento a usuários moradores de regiões classificadas como de médio risco, os médicos descrevem um relacionamento com menos dificuldade no que concerne ao vínculo, embora eles apontem um alto nível de exigência, principalmente quanto à pontualidade de atendimento. Mas, ainda que não se identifique maiores tensionamentos na relação médico/usuário, as condições de trabalho e o tamanho da população atendida por equipe impactam de forma desgastante o trabalhador. De forma geral, identificamos que essas questões prevalecem na rede, em toda a cidade, independente do IVS da comunidade ou da equipe em análise.

A situação é mais crítica em comunidades de elevado ou muito elevado risco. O que caracteriza essas populações e confere a elas um olhar e um impacto sobre o trabalho

diferenciados é o fato de serem o que chamamos de SUS-dependentes, ou seja, dependem unicamente do sistema público para ter acesso a assistência à saúde. Muitas dessas comunidades possuem microáreas com níveis de pobreza desconhecidos por grande parte dos cidadãos. É uma outra face da cidade, em que a miséria e a violência adquirem proporções inimagináveis, em que pouco do poder do Estado consegue adentrar, prevalecendo outro poder, paralelo, com normas, regulações e concessões muito específicas.

A relação entre a comunidade e o centro de saúde muitas vezes é atravessada por esse poder paralelo: ao mesmo tempo que há vínculo, devido à necessidade local e ao engajamento dos trabalhadores, também se impõe o respeito: é necessário ser respeitado e respeitar o poder local, saber quando e onde entrar, como se adequar a um território onde coabitam a carência e a coerção, a força e a fragilidade dos "meninos do tráfico", o medo e a exclusão. Luiza descreve assim seu território:

É uma área bem violenta, assim... um tráfico importante, a gente identifica, não tenho problema nenhum com os chefes, donos... [...] Eles têm a gente como referência... É bem tranquilo, assim, nunca tive nenhum problema de ameaça, de nada... nem eu, nem a enfermeira, nem as agentes de saúde. Mas também a gente respeita o espaço deles, né? A gente sabe até onde ir.

Joana relata ter vivenciado momentos muito difíceis, em que a violência social, em certa medida, invadiu o espaço público da saúde:

[...] várias vezes nós ficamos no corredor [da unidade] com tiro, não contra o posto, eles... não é nem por bondade, mas eles são respeitosos com o posto, com a escola, que... imagina se atirasse equivocadamente, dava uma repercussão, que ia acabar com o comércio de drogas deles, porque eles não eram burros, né? Eles avisavam que ia ter tiroteio quando a gente ia fazer visita, acho que até para preservá-los, não só a gente não, para preservá-los e o comércio deles.

Clara, que atende em uma comunidade de classificação C, igualmente relata uma relação de respeito, não apenas com o centro de saúde mas também com a escola, devido ao reconhecimento da importância desses equipamentos públicos para aquela população:

Esse Posto aqui... ele é muito respeitado pela comunidade, né? Até mesmo porque a gente sabe que em áreas que são muito vulneráveis, existe um poder paralelo, especificamente falando tráfico, que eles são muito organizados, [...] mas eles têm, assim, uma blindagem ao serviço de saúde, ao serviço de educação, porque eles sabem que estes instrumentos pra eles e pra comunidade é importante, que pra ter uma escola boa igual tem aqui na comunidade, pra ter um posto de saúde que eu jugo muito bom, igual eles têm aqui na comunidade, isso foi fruto de luta deles, de reivindicação deles, então eles não são bobos de manterem assim um status quo de violência, de ataque a esse centro de saúde, a esse centro educacional, que vai ser perda pra eles, né? Então eu percebo um respeito grande, né?

E em relação a conflitos com o usuário, muitas vezes qualificados como violência contra o trabalhador, Clara apresenta outra leitura, humanizada e política, que descreve bem a forma como ela acolhe a vulnerabilidade do outro:

É... eu não vejo como violência uma mãe, por exemplo, que não consegue que seu filho seja atendido no momento que ela mais precisa, por um excesso de paciente, por uma falta de medicação, por uma falta de, de não... do acesso... a ela dificultado. Então, se ela grita na recepção, se ela xinga... eu não sinto isso como uma violência a mim, mas como nós da AP somos a porta, a cara, a entrada... essa mágoa, essa angústia, essa voz pouco ouvida dessa... da população, ela soa aqui pra gente, né? Então eu nem sempre vejo isso como uma violência, às vezes eu vejo como a única via que ela tem de falar aquilo que ela pensa, da insatisfação que ela tem com todo o sistema que está posto, e isso é traduzido pra nós.

Os médicos descrevem situações de conflitos, às vezes discussões, seja por falta de medicamentos, demora nos atendimentos ou outros motivos diversos. Alguns podem culminar em boletins de ocorrência, solicitações de transferência de local de trabalho; outros são mediados e aplacados com a intervenção de colegas ou outros usuários presentes. O que diferencia o usuário, antes atendido por planos de saúde privados, daqueles que sempre foram SUS-dependentes, talvez seja o fato de os primeiros terem como referência usual a relação cliente-consumidor, em contraposição ao vínculo solidário, referência da ESF.

Ao contrário das observações sobre a forma como o usuário do baixo risco aborda o médico de família, os sujeitos da pesquisa relatam que o usuário das comunidades classificadas como C ou D expressam gratidão, reconhecimento e valorização do médico. Josué, que se transferiu para uma unidade de elevado risco, compara a unidade anterior com a atual da seguinte forma:

Então, assim, geralmente a gente vê, como eu disse, a minha população é da área de risco, a maioria dos meus pacientes. Então são pessoas mais humildes, são pessoas mais agradecidas, pessoas que precisam, de fato precisam, que não tem outro meio de promover a saúde, de procurar a saúde. Então, assim, eu acho que o mais difícil é você encontrar isso, igual eu falei, na outra unidade que eu tava, era: eu quero! Lá eu me sentia um mero secretário, eu tava lá às vezes, era pra encaminhar, pra renovar receita, pra satisfazer as vontades.

Não se trata de estabelecer perfis de usuários a partir da classificação por IVS, o que empobreceria nossas análises e instalaria um viés na pesquisa. Os vínculos podem ou não ser reforçados a partir de uma variedade de fatores, sociais, individuais e ideológicos, implicando diretamente no processo os diferentes atores e instâncias: usuários, trabalhadores, organizações e sociedade. Apenas ressaltamos as diferentes percepções e experiências dos sujeitos de pesquisa que, de certa forma, evidenciam a complexidade do trabalho na Atenção Primária.

Podemos considerar que o objetivo de abarcar toda a cidade com unidades de diferentes IVS foi cumprido. Percebemos que é uma classificação múltipla e dinâmica, pois um mesmo território pode apresentar índices diferentes, uma mesma equipe abarcar essa diversidade ou, em casos de mais de uma equipe, cada uma se responsabilizar por uma população com características distintas. Identificamos pontos de convergência no que tange à complexidade do trabalho entre unidades de mesmo IVS, seja na regional Barreiro como na regional Leste, em pontos extremos da cidade, como Venda Nova e Centro-Sul; e pontos comuns também independentemente do IVS. Esses pontos comuns serão levantados a seguir, a partir da análise sobre as condições de trabalho.

6.3 O cotidiano do médico de família e o trabalho real

Embora o trabalho do médico de família tenha suas atividades dirigidas, muitas delas programadas, nem por isso pode-se pensar em uma rotina estabilizada. Muitos são os esforços no sentido de tentar organizar as agendas, rever os fluxos de trabalho e organizar a "porta de entrada". Encontramos formas diversas, algumas construídas de forma coletiva, outras não, que, conseqüentemente, tornam-se mais ou menos efetivas. Encontramos modos de funcionamento mais estáveis, capazes de sustentar um meio de trabalho vivível, mas identificamos também disfuncionamentos da organização do trabalho que não favorecem um cotidiano com menos penosidade e enfrentamentos.

À margem das prescrições, cada UBS é atravessada por uma dinâmica própria, regulada pelas características geográficas e sociais do território, que se conjugam às especificidades de cada meio social de trabalho e das subjetividades múltiplas que nele se instalam. Depreende-se daí o quanto podem ser inócuos os esforços de técnicos, muitas vezes externos às realidades locais, de tentar padronizar o que não é padronizável, de tentar normatizar fluxos e processos irremediavelmente singulares. Diante desse meio visceralmente infiel, podemos mesmo afirmar que cada UBS é um mundo a descobrir.

Retomamos aqui a discussão acerca da "opacidade do trabalho real" (Lhuillier, 2012). Ainda que o trabalho real nunca seja plenamente acessado, nem mesmo pelo trabalhador, problematizamos o não-querer-saber por parte da organização, seja dos improvisos, das negociações, das catacreses, das transgressões, do uso da inteligência astuciosa, dos usos de si que fundamentam o ato de trabalhar. Tenta-se evitar, com esse desconhecimento, que os "furos" das condições de trabalho, das injunções e paradoxos nele implicados, possam emergir. Nesse sentido, a autora reitera o antagonismo entre o trabalho realizado, visível e

objetivo, e o trabalho real, portador da face invisível dos gestos e da atividade e, muitas vezes, intraduzível em palavras.

Assim, nas UBS de Belo Horizonte, as rotinas são organizadas de acordo com fluxos que visam, em sua grande maioria, atender às demandas do nível regional e central. Poucos foram os trabalhadores que relataram uma organização dos processos de trabalho a partir das evidências epidemiológicas locais, ou mesmo das características próprias daquele território ou da integração entre necessidades dos trabalhadores e necessidades locais. Daí já se pode identificar riscos de disfuncionamentos que podem ser deletérios ao trabalho.

O trabalho no PSF inclui inúmeras situações que escapam à norma, à previsibilidade que se tenta forjar. Segundo os médicos, e esse é um traço inerente à medicina de família, nunca se sabe o que pode aparecer, quais demandas podem bater à porta dos consultórios. Tiago fala disso da seguinte forma:

Eu brinco que eu venho pra cá e eu nunca sei o quê vai acontecer, posso pegar a agenda de manhã, e falar eu sei o que a dona Maria tem, sei o que a dona fulana tem, mas sempre tem um espaço pro inusitado. A dona Maria pode tá sentindo outra coisa, ou pode aparecer qualquer coisa que a gente não sabe, pode aparecer um infarto, pode aparecer uma pessoa com crise convulsiva. E... pode ser um dia todo tranquilo, com o CS todo tranquilo.

É certo que nenhuma especialidade pode contar com a repetição permanente do mesmo, sempre há algo novo que pode surgir. Entretanto, como a abrangência da medicina de família é consideravelmente maior, pois atua com todas as faixas etárias e procura dar conta de várias doenças e agravos, físicos ou psíquicos, além de abarcar as questões sociais, o risco do inusitado é de permanência paradoxalmente esperada.

Dentre alguns fatores que contribuem para essa impossibilidade de normatização da vida cotidiana, podemos citar os períodos de epidemia, como a dengue de 2015/2016, mesmo período em que a pesquisa de campo se realizava. Esse cenário foi descrito por alguns sujeitos como uma verdadeira "calamidade". As UBS não estavam suficientemente preparadas para uma epidemia de tal intensidade, com recursos, equipamentos e medicamentos em falta, equipes incompletas, trabalhadores também adoecendo e uma demanda que escapou ao controle dos serviços de saúde.

Joana descreve sua experiência:

Epidemia de dengue: a gente saía do Posto oito, nove horas. Era pra fechar e tava lotado, entendeu?[...] É, e às vezes, quando tem esses surtos, essas coisas, a Prefeitura não está preparada, né? E a equipe é que tem que se virar. Se vira com o recurso que tem.

Emergiram também os casos de febre chikungunya e o zica vírus que, mesmo em número de notificações bem menores que a dengue, tiveram uma gravidade de impactos que levaram os serviços e trabalhadores da saúde a níveis elevados de tensão e estresse. Josué relata sua preocupação com uma de suas pacientes:

Esse foi um exemplo, não veio pra acolhimento, veio às 16:00, uma gestante com quadro suspeito de dengue, uma menina, 16 anos, aí grupo B, eu tenho que pedir hemograma, hemograma é só até as 14:30, eu tenho que mandar pro Odete, que é a maternidade de referência. Ligamos no transporte, sem previsão, e aí a unidade fecha às 18. Isso desgasta, desgasta a gente.

Marcos, Luísa e Raquel falam do excesso de trabalho e do desmonte dos processos intrínsecos ao PSF, o que levou a outro desgaste além da fadiga: como eles não tinham tempo de dar continuidade ao acompanhamento da sua população e dos portadores de doenças crônicas, se angustiavam frente à perda da continuidade da linha do cuidado:

Muitas coisas programadas foram suspensas. Reuniões de equipe foram suspensas, essas atividades fora da unidade foram suspensas, o volume de atendimento aumentou demais, e como era muita coisa aguda, não dava pra botar limite! Já não eram 25 por dia, 25 por dia eram só de dengue. Teve dia aqui que 25 por dia era só de dengue. São momentos de crise, são momentos de crise. (Marcos).

Mas por exemplo, tem algumas coisas que cê num quer, mas num tem jeito: epidemia de dengue, não em jeito, né? Eu queria tá no agudo todo dia da minha vida? Não queria. Tinha jeito? Não tinha jeito, né? Então vamo... (Luísa).

Então a epidemia de dengue sugou completamente as nossas energias esse semestre, entendeu?[...] Nós tivemos que suspender atendimento de visita domiciliar nesse ano por causa da dengue. Eu fiquei vários meses sem ir na visita, de pessoas que não tinham a menor possibilidade de vir aqui. Mas eu não podia sair da unidade por que? Por causa da epidemia da dengue. E isso angustia qualquer pessoa, né? Aí eu parei de atender visita... Reunião de equipe? Não tinha chance de fazer reunião de equipe. E assim, isso quando é colocado, não tem como questionar, sabe? (Raquel).

Raquel relata a perda de um paciente durante esse período:

Quando vê chegou aqui o atestado de óbito, paciente em fase terminal de câncer, que é lógico que eu não ia prolongar a vida dessa pessoa, mas eu queria ter ido lá, entendeu? Que era um paciente que era meu, daqui, que desenvolveu um câncer[...] Eu queria ter feito a visita pra ele, mas eu não podia sair pra fazer visita por causa de dengue.

Alguns médicos, como Ângela, chegaram a trabalhar mesmo doentes, também com dengue:

Eu fiquei 3 dias de atestado de dengue, a semana que eu trabalhei logo depois que eu tive a dengue, eu chegava em casa e eu desmaiava. Tava toda doendo, mas eu vim a semana inteira. O pessoal: - Nó, mas cê é doída, cê num devia ir! - Mas gente, eu não tenho como não ir! Quem que vai atender? A clínica tava de férias, eu não lembro se o colega também tava de licença. Eu num tenho como não ir. Quem vai atender? Eu vou escorada, mas eu vou!

Os relatos exemplificam, em certa medida, não apenas o comprometimento e o vínculo dos profissionais com seus usuários, mas também a resistência do real concreto ao real prescrito (Lhuillier, 2012). Embora vários fatores estejam envolvidos nesse processo, o ponto comum é o desgaste, o esgotamento e o envolvimento subjetivo com a realidade vivida.

Outro ponto que merece destaque, e que revela um pouco mais a realidade dos médicos, é o atravessamento das tensões sociais na atividade de trabalho. Não há nenhum protocolo ou normatização que dê conta de controlar a invasão da violência nas UBS, seja nas salas de recepção, nos consultórios, nas salas de vacina etc., ainda que não seja endereçada aos trabalhadores.¹³ Inscreve-se o desafio de estabelecer limites e, ao mesmo tempo, quebrar barreiras entre a UBS com os seus trabalhadores, a comunidade e o poder paralelo.

Devemos lembrar que a violência no trabalho pode advir de diferentes fontes, seja de conflitos interpessoais, do assédio moral, da exclusão, das relações de poder (também o poder não paralelo, instituído, formal ou informal) e da precarização social. E, sobretudo, pode vir também de colegas, de convivências impostas, usuários, gestores e instituição.

Enfim, não é foco de nosso estudo discutir a violência, mas esta deve ser lembrada como um fenômeno que rompe a previsibilidade do cotidiano de trabalho, além de demandar por ações políticas, não apenas no sentido de políticas públicas, mas também institucionais, relacionais, que promovam canais efetivos de comunicação e construção coletiva.

Na SMSA/BH, não é raro imputar o sofrimento do trabalhador à desorganização do processo de trabalho, culpabilizando o primeiro, como se o excesso de demandas e os demais fatores que causam fadiga e estresse não tivessem relação com a ausência de recursos para que o trabalho seja executado e não se relacionassem às responsabilidades organizacionais. Quando há médicos envolvidos em tais situações, que se posicionam de forma questionadora, produzem-se discursos que se amparam no estereótipo de uma categoria profissional privilegiada e corporativista, pouco investida na causa do SUS, mascarando, dessa forma, as reais implicações do processo político e ideológico que levam ao enfraquecimento progressivo do SUS, reforçando cada vez mais a invisibilidade do trabalho real.

6.4 Condições de trabalho

¹³ Referimo-nos aqui a episódios em que há disputas e "guerras" entre pessoas envolvidas com o tráfico, ou mesmo outros conflitos do território, e que acabam entrando para a UBS numa tentativa de fuga. Como exemplo citamos o caso de um adolescente assassinado dentro da sala de vacina de uma unidade. Outras vezes, o conflito pode não ser no interior da unidade, mas em seu entorno.

Levantaremos a seguir os principais aspectos, mencionados pelos sujeitos de pesquisa, que caracterizam as condições de trabalho. Entretanto, conforme afirma Lhuillier (2010), o trabalho não se define apenas em relação às condições ou aos processos em que ele se desenvolve. Isso significa que a atividade de trabalho não se restringe às condições internas dos sujeitos, ou externas, como as condições em que ele acontece. É preciso inserir a dimensão da atividade, de tudo que acontece entre o sujeito e a tarefa, e seus efeitos sobre o trabalhador.

Assim, a análise sobre as condições de trabalho tem por objetivo investigar em quais contextos emergem, ou não, a resistência e a criatividade; qual a margem de ação, existente ou forjada, no exercício da atividade de trabalho, que permite aos médicos re-criar o seu meio, renormalizar.

6.4.1 Unidades Básicas de Saúde: estrutura física

As estruturas físicas das unidades visitadas não seguem um mesmo padrão. Algumas são casas antigas adaptadas ou adequações de diferentes imóveis, com espaços precários e insuficientes para abrigar a complexidade de um serviço de saúde. Faltam consultórios para todos os profissionais e serviços, ventilação, luminosidade adequada e outros requisitos importantes para a saúde do trabalhador e para as necessidades do serviço.

Júnior revela alguns problemas de seu consultório, pouco perceptíveis para quem não é do *métier*, e ainda outros que se manifestam em momentos específicos, como a ausência de proteção acústica entre a sua sala e o espaço onde os outros servidores fazem o lanche:

Uma parede verde, todo menino que chega pra mim é amarelo, eu não consigo ter uma visão boa da criança, a estrutura é ruim; eu ponho um ventilador aqui porque esse meu já não funciona há uma década; aqui atrás é onde as meninas fazem lanche, então cê escuta o tempo todo, dependendo do horário é insuportável, os pacientes ficam assim: mas como é que você me escuta? Mas é complicado, às vezes eles tão rindo, contam piada, contam piada que não deve [risos], mas o que cê pode fazer? Eu vou tirar esse momento deles?

Para lidar com essas lacunas, alguns médicos tentam, eles próprios, promover melhorias, intervir na disposição do mobiliário, desenvolver acordos e alternativas entre eles e entre as equipes a fim de melhor administrar as carências. Mudanças nos *layouts*, acordos para divisão de consultórios, e até mesmo pequenas reformas físicas promovidas e financiadas por eles.

Algumas unidades possuem escadas de acesso interno e/ou externo sem opção de acessibilidade para pessoas portadoras de deficiência ou com restrições ósteo-musculares, o que leva à redução das condições de mobilidade no ambiente de trabalho. Esse fato já era de conhecimento da pesquisadora, uma vez que já acompanhou servidores que sofreram alguma lesão ortopédica e tiveram que ser transferidos de unidade, causando outros transtornos na organização de seu cotidiano, além de rupturas no vínculos com os usuários.

Pedro relata comprometimentos da salubridade e adequações às normas de vigilância sanitária:

[...] eu não tenho uma sala estéril, a única sala de procedimento que eu tenho é a mesma que eu trato ferida infectada, tiro ponto de cesariana, quando tem indicação, não tenho tirado todos mais, ponto de outras feridas. E a gente faz tudo ali, drena abscessos, às vezes, quando chega, já tá drenando, assim, termina de fazer a drenagem, e é a mesma sala que, teoricamente, eu teria que colocar um grande queimado.

Mas também há unidades mais novas, construídas a partir do orçamento participativo e, por isso, em condições mais adequadas. Entretanto, somente a estrutura física não se traduz em melhores condições de trabalho. Luciano chama atenção para esse aspecto:

[...] esse é um prédio que quem olha lá de fora tem uma impressão equivocada do que que acontece na fisiologia aqui dentro. Eles não sabem como a gente aqui, sem recurso, tem que fazer milagres pra alguma coisa acontecer.

Questões ergonômicas, de mobiliário, também são relatadas. Luísa descreve um problema semelhante:

A gente mudou pra essa casa nova, a gente não teve quase nada de móveis, isso aqui tudo é velho, se eu mexer essa mesa de lugar é capaz dela cair!

Os consultórios visitados eram todos muito simples, com mobiliário básico, mínimo, e a maioria sem condições ergonômicas adequadas. Muitos não ofereciam nem mesmo mobilidade para o médico ou seu paciente. Cadeiras defeituosas, aparelhos quebrados ou inexistentes, impressoras barulhentas que podem causar perda auditiva, segundo a maioria dos sujeitos, além do estresse causado por outros ruídos do ambiente. João relata:

Agora olha o seguinte: essa impressora matricial é altamente barulhenta, ocê tá escutando um motor ligado que é o motor da odontologia, cê já imagina isso tudo ligado ao mesmo tempo! [...] Então aí, nessa hora, eu me sinto órfão da instituição, tá? Porque que ela põe um negócio aí que ela sabe que faz barulho o tempo todo do seu lado?

Josué revirava-se na sua cadeira ao longo de toda entrevista, com uma postura visivelmente comprometida e intenso desconforto. Mas sua queixa recaí também sobre o ruído da impressora:

Por exemplo, eu citei o caso da impressora, sabe-se que trabalho com essa impressora, sabe-se que daqui a uns anos eu posso desenvolver um problema de audição.

Enquanto Josué aponta a possibilidade de uma perda auditiva, Raquel afirma já ter essa perda, e pelo mesmo motivo: o uso contínuo da impressora ao longo dos anos.

As nossas condições são muito ruins, né? Essa impressora aqui, eu vou te contar, durante esse tempo meu aqui, vai fazer 16 anos. Eu fui perdendo audição. Então eu perdi a audição do ouvido direito, isso comprovadamente, sabe? E olha que ainda assim eu tô resistindo, sabe? Então eu tenho praticamente... eu não tenho quase não ouço nada do ouvido direito, e do esquerdo ta progredindo a perda auditiva.

Guérin et al (2004) destacam a importância do trabalhador "estruturar seu espaço sensorial e motor" (p. 19) no exercício da atividade. Trata-se, aqui, de uma apropriação do espaço através da qual imprime-se a marca pessoal de cada um, seja com objetos que personificam o ambiente (fotos, quadros, bibelôs etc) ou até com mobiliário próprio. No relato de Jorge, através da reconfiguração de seu espaço, percebemos um movimento de valorização do próprio trabalho e de seu usuário, movimento que adquire sentido a partir de seu laço com a atividade:

Mesmo que eu tenha comprado essa cadeira, eu comprei essa poltrona, eu botei o quadro, meu relógio para olhar a hora, as fotos dos locais que eu atendo, então eu também tento valorizar o meu local de trabalho é... ta sempre fazendo uma coisa nova, trago uma flor, coloco, porque é o lugar que eu trabalho. [...] É... eu fico muito tempo aqui, são 40 horas por semana. Se tirar as visitas, eu fico pelo menos umas 30 horas sentado aqui dentro desse consultório. Então é importante que ele seja agradável pra mim. É bom que o paciente sinta e sinta-se assim, que ele costuma chegar e falar assim: Nossa, aqui nem parece o consultório do posto! - E por que? Por que que o consultório do posto não pode ser bonito? Por que que o consultório do posto não pode ter flor? Não pode ter quadro?

Percebe-se não apenas uma implicação da ordem dos afetos, mas igualmente política, no sentido que Jorge promove a desconstrução de um discurso que desqualifica os equipamentos públicos ao refutar a incompatibilidade de um espaço belo, agradável, com a realidade de um "posto".

6.4.2 Medicamentos, insumos e equipamentos

Outra questão que emergiu nos relatos foi a falta de medicamentos e insumos. Tal como é percebido pelos trabalhadores e também pelos usuários, o SUS/BH vem passando por momentos de carência como muitos nunca tinham chegado a presenciar até então. Os servidores se angustiam diante da falta de medicamentos, reenviando-os ao sentimento de atividade impedida (Clot, 2010).

Josué, Marcos e Joana se expressam da seguinte forma:

Como eu falei, só quem tá aqui no dia a dia, conhecendo a realidade... tem paciente que não tem dinheiro pra comprar um comprimido de paracetamol. E aí? (Josué).

Periodicamente a gente tem problemas com insumos e medicamentos. Isso impacta no nosso serviço principalmente quando a gente trabalha com uma área de pacientes de vulnerabilidade grande, né? Quando falta medicamentos aqui, é frustrante quando você atende, você faz uma prescrição, tenta contornar ao máximo a realidade da pessoa, isso já é uma dificuldade, já é um olhar diferente que a gente tem que ter. Um colega da gente que num trabalha no SUS, num tem esse olhar. Eu preciso garantir o mínimo do tratamento dele. Não adianta eu dar o top, eu tenho que dar o que ele vai ter acesso. É... então é frustrante quando eu atendo, faço um raciocínio clínico para ele ter o atendimento mínimo pra cuidar do problema dele, e ele não tem acesso ao mínimo por que faltou aqui. (Marcos).

Tava faltando Clavulin, e paciente com infecções, não tem dinheiro pra comprar antibiótico: - Ah, não vou comprar, não tenho dinheiro. Então isso também, você se sente impotente, você vai passar o que, né? (Joana).

Entre alguns sujeitos surgiram relatos de estratégias, transgressões, astúcias para tentar suprir a carência do usuário e, ao mesmo tempo, cuidar de seu ofício. Enquanto Manoel distribui medicamentos que recebe em seu consultório, Ângela chega a pegar um equipamento que é seu, de seu uso pessoal, para dar para a mãe de criança que está sob seus cuidados:

O menininho pequeno, em crise, eu falei:

- Cadê o flumax¹⁴ desse menino?

- Eu não tenho.

Eu falei:

- Cê não tem aquilo?

- Não, não tenho. Eu peguei a minha e dei pra ela.

- Agora cê tem.

Eu falei:

- Péra aí que eu vou lá no carro ver se eu tenho a máscara, né?

Porque o menino era muito pequeno ele não ia conseguir ficar só no bocal. Fui lá peguei a máscara, peguei tudo e falei pra ela:

- Pelo amor de Deus, agora cê faz, num traz esse menino aqui desse jeito mais não. Cê faz a bombinha direito no menino. [...]

O quê que eu ia fazer? Como é que eu ia usar depois o meu, sabendo que o menino não ia usar porque ele não tem, porque custa 50,00? Como que a mãe vai comprar? Não tava fazendo a medicação no menino. Falei:

- Ah, leva o meu.

¹⁴ A médica explica à pesquisadora que se trata de uma câmara de inalação pra fazer a "bombinha" de broncodilatador, utilizada no tratamento de doenças respiratórias.

Também é uma prática comum, porém com limites, os médicos darem o dinheiro para as mães ou pais comprarem a medicação. Ou, em certos casos, eles compram a receita e entregam para os pacientes, tal como Maria relata:

Eu compro o remédio, às vezes, do meu bolso. Mas eu não posso tá fazendo isso. Cê entendeu? Nesses casos eu compro, a enfermeira já comprou também, mas a gente não pode tá garantindo dessa forma.

É certo que o medicamento não é o único instrumento que define a prática do médico. E isso foi posto em relatos de outros sujeitos que chegam a afirmar que o remédio, muitas vezes isoladamente, não dará o resultado esperado. Eles ressaltam a importância de incluir a escuta, o acolhimento e o afeto, que são formas de tratar as dores da solidão, do medo, da violência e das condições precárias de vida. Nesse sentido, mais uma vez identificamos o risco da atividade impedida, posto que, devido ao volume de atendimentos e ao tempo restrito das consultas, nem sempre é possível oferecer muito mais que uma receita.

Marcos revela a necessidade de ser inventivo para lidar com a precariedade, além de ter que ser também um bom técnico. A qualidade do trabalho fica comprometida, o alcance do cuidado e a perspectiva de tratamento ficam limitados. A dificuldade de executar um trabalho bem feito, entendido aqui como aquele cuja eficácia é reconhecida pelo próprio trabalhador, e que permite a ele nele reconhecer-se (Clot, 2010), adquire aí uma dimensão ainda maior, convocando, em cada um deles, um desdobramento que não estava prescrito em nenhum edital de concurso público, tampouco nos cursos de medicina. Manoel verbaliza isso quando afirma que eles têm que fazer "milagre" diante de tanta dificuldade. Joana descreve esse contexto como se eles tivessem que "plantar rosas no deserto".

Todo esse rol de carências se estende também aos equipamentos institucionais da rede. Manoel relata a precariedade do sistema revelando a falibilidade do trabalho em rede: ele se refere à demora para que o usuário consiga uma consulta especializada:

A dificuldade é falta de medicação, demora no acesso a exames especializados, né? E exames também, de propedêutica, radiológicos, mamografia, cateterismo, essas coisas. Falta de medicação eu já falei, né? E, assim, hoje tá muito precarizado a questão de materiais básicos, hoje não tem nada, não tem café, não tem papel, as coisas estragam, por exemplo, vidro quebra, não troca, o banheiro estragado um mês, chama não tem funcionário... hoje piorou muito.

Os demais participantes da pesquisa corroboram essa queixa de Manoel. Além da falta de medicamentos, a relação com a rede secundária, responsável por dar continuidade e

integralidade ao cuidado por meio das consultas e exames especializados, é falha: não há comunicação ou contra-referência, e os protocolos burocráticos dificultam ainda mais a celeridade dos tratamentos e intervenções.

Além dos medicamentos, faltam demais instrumentos, manutenção e quantidade adequada para os consultórios.

Não tem um autoscópio direito, quando cê tem que fazer uma ausculta cê não acha o autoscópio; ontem a gente tava dividindo, só tem uma régua agora, no momento, pra medir os meninos, entendeu? Coisa pequena assim, aparelho de pressão, que não tá bom pra trabalhar; balança aqui é um problema, balança, entendeu? Cê vê, era pra ter uma em cada consultório, não tem, a gente sai com o menino às vezes, aqui, só de shortinho, e leva ali fora pra pesar, porque não tem balança dentro do consultório...entendeu? (Ângela).

Muitas unidades possuem apenas uma cama adequada ao exame ginecológico, o que leva à redução de atendimentos ou troca de consultórios, negociações internas para viabilizar as consultas.

Essa carência, que se estende a toda a rede SUS/BH, possivelmente justifica a percepção dos trabalhadores acerca do aumento da violência nas UBS diante de tanta espera e negativas dos serviços. São problemas que levam servidores ao estresse, à saída do SUS ou ao rompimento de seu laço com a atividade. E o usuário, por sua vez, diante de tantas recusas e adversidades, pode reagir de forma agressiva, não exatamente contra o trabalhador, mas contra todas as carências que sua realidade social, cultural e econômica lhe impõe.

6.4.3 Sistema de informação

Outro fator que impacta negativamente o trabalho é a precariedade do sistema de informação. Atualmente, a PBH trabalha com um sistema informatizado, o "Gestão¹⁵", que, dentre outras funções, permite aos profissionais registrar toda a evolução do paciente e emitir suas receitas. Entretanto, não apenas o sistema é precário, como também os computadores. Os médicos relatam situações graves que acontecem quando, com a unidade lotada, inclusive nos períodos de epidemia, o sistema "trava" ou simplesmente não funciona, ou a rede "cai". Joana descreve essa tensão:

E as condições de trabalho também são terríveis [...]o computador toda hora falha, aquele povão na demanda espontânea, computador falha, sai do ar, você tem que recomeçar, e volta, isso é adoecedor, entendeu? Aquele povão, e aí vai, fica 40, 50 minutos fora do ar, e você

¹⁵ Gestão é o nome do sistema informatizado da PBH, no qual os servidores lançam os dados de sua produtividade. Ele tem também várias outras finalidades de informação, além de administrativas.

tentando, às vezes cê vai manual mas aí você fazer a receita e tudo manual, atrasa... isso é adoecedor. (Joana).

O funcionamento da organização revela-se mais uma vez paradoxal: é necessário utilizar o Sistema e apresentar produtividade, porém ele não funciona ou funciona de forma limitada. Em uma das unidades visitadas para uma entrevista, José relata à pesquisadora como recorre à catacrese: para que o sistema não "caia" enquanto ele examina ou conversa com o paciente, ele moldou um *clips* de forma a fazer dele uma espécie de apoio no teclado. Segundo Clot (2010), catacrese significa atribuir criativamente outros usos para instrumentos e ferramentas, atribuindo-lhes outras funções diferentes da original. Para que isso seja possível, ele molda o *clips* em um novo formato que possibilita servir de suporte para manter a tecla "enter" permanentemente acionada. Mas ele acrescenta:

A gente faz um esforço muito grande pra poder funcionar, né? É... na base mesmo da resistência, da persistência, da criatividade, igual cê tá vendo, né? [mostra o clips no teclado] Do improviso, né? Atende com sistema, atende sem sistema, atende manual, né? Tá sempre atendendo e tentando resolver. Mas é muita pressão...

6.4.4 Remuneração

O olhar sobre o trabalho do médico do PSF se estende à perspectiva, incluindo a do contrato, de uma prestação de serviço em troca de salário. E, embora o salário da categoria médica seja mais alto em relação ao das outras categorias de trabalhadores da saúde, muitos avaliam que não recebem uma remuneração justa ou equiparada à de seus colegas que atuam no sistema privado ou como autônomos. Mas não há uma percepção comum em relação a isso, ao contrário do que percebemos em relação a outros aspectos. Entre os sujeitos participantes da pesquisa, tanto encontramos aqueles que atuam somente no SUS quanto outros que buscam diferentes fontes de complementação da renda, seja na saúde suplementar, em consultórios particulares, ou fazendo plantões em hospitais.

De acordo com a remuneração divulgada em edital no último concurso da PBH, em 2014, o salário base inicial do médico de saúde da família era de R\$7.768,34. Soma-se a esse salário o prêmio pró-família, que é um recurso a mais somente para trabalhadores da ESF, atualmente no valor de R\$1.980,00. Esse valor é o mais alto em relação às demais categorias que atuam na ESF para a mesma carga-horária. A categoria dos enfermeiros recebe R\$1.100,00, enquanto técnicos de enfermagem recebem R\$275,00.

A classificação por IVS também acrescenta um valor à remuneração dos servidores para fins de fixação. As unidades de IVS A não se enquadram nesse abono, por serem consideradas de risco baixo e não necessitarem de estratégias para fixar os profissionais. As de IVS B recebem R\$400,00, as de classificação C recebem R\$800,00 e as unidades D, R\$1.800,00. Ou seja, quanto maior o nível de vulnerabilidade, maior o abono para tentar fixar os profissionais e evitar a rotatividade. Assim, um médico de família, se atuar em uma UBS com a classificação D, por exemplo, pode receber até R\$11.548,34 por 40 horas semanais de dedicação à ESF.

Além desses valores, a Secretaria Municipal de Saúde publicou em 2016, no Diário Oficial do Município, um novo Plano de Carreiras para a categoria, o que pode aumentar periodicamente os níveis de progressão e, consequentemente, a remuneração.

O fato é que, entre os médicos entrevistados, todos expressaram o desejo de permanecer no SUS, mesmo que tenham que estender a jornada de trabalho a outros vínculos ou adequar o orçamento aos limites da remuneração do serviço público. Nota-se, inclusive, que a alternativa entre eles não foi sair do SUS, mas acrescentar outra atividade, apesar do desgaste físico e mental daí decorrente. Alguns médicos afirmaram que, como fator de compensação, eles não têm outras preocupações e despesas como as que teriam com um consultório particular: impostos, aluguel, secretária etc. Nesse sentido, alguns reconhecem que o serviço público oferece certa comodidade, como relata Luísa:

Se ocê fizer outra especialidade cê vai fazer não sei quantos anos de residência, cê vai ganhar isso, depois cê tem que trabalhar não sei quantos anos pra poder fazer a prova da UNIMED, cê tem que ter três anos depois da especialização, cê vai pagar secretária, cê vai pagar consultório, cê vai pagar não sei o quê... olha o gasto que cê vai ter, né? E olha você trabalhando, onde você tá, já que você gosta, como que é. Você não tem gasto nenhum: secretária, consultório, luz... o paciente não te liga no final de semana, não te liga de noite... cê não tem plantão, passa os fins de semana cê tá tranquila, feriado também a maior parte é tranquilo, né? Então... isso conta também, na escolha, né? Financeira...

Luísa atende uma vez por semana, em apenas um turno, no consultório de um parente, sem nenhum custo ou responsabilidade extra em relação ao uso do espaço. Ana, por sua vez, não possui outro vínculo e reconhece que não ter que se ocupar com as questões financeiras lhe permite dedicar-se somente ao trabalho e focar no que realmente gosta de fazer, condição que a estabilidade do serviço público lhe proporciona:

Eu gosto do que eu faço. Eu tento fazer o melhor possível. Me dá... me dá prazer trabalhar no que eu faço. Eu não sei se eu sou boa, mas eu tento fazer o melhor. Eu... no início eu não queria... [o SUS] eu já tive clínicas, consultórios... tive vários. Isso me desgastava muito,

porque eu tinha de ter... contas, secretária, é... impostos. E eu... não fui feita pra isso não. Eu gosto de focar no paciente. Quando eu tô aqui eu esqueço dos problemas, outros, se a minha conta tem dinheiro, se a minha filha tá com febre, se a minha mãe tá doente.

Joana, ao contrário, não consegue manter-se e aos filhos apenas com o SUS, por isso possui vínculo também com uma operadora de plano de saúde privado:

Eu fiquei cinco anos só na Prefeitura. Hoje eu não trabalho só na Prefeitura porque não dá. Não consigo. Eu preferiria, né?

O fato de o serviço público oferecer uma remuneração fixa mensal, para Paulo, serve como um recurso para que possa fazer seu trabalho da melhor forma, pois seu salário não é vinculado ao número de atendimentos. Por esse motivo, ele relata ter desistido de sair do SUS para se filiar a um plano de saúde privado. Segundo ele,

A atenção básica do SUS tá melhor que a de plano. Muito melhor. Porque o médico do plano, esse também é um dos motivos que eu não quis ir pra 'Plano X', que tem a questão... eu tinha um colega que falava assim: - Paulo, 'Plano X' é taxímetro, atendeu recebeu, não atendeu não recebeu, entendeu?

Assim, percebe-se que há fatores concretos que interferem na escolha entre atuar ou não no SUS com dedicação exclusiva, tais como estrutura familiar, número de filhos, expectativa e demandas em relação ao nível de vida. Entre os sujeitos entrevistados, mesmo entre os que possuem outros vínculos ou frentes de atuação, não houve nenhuma expressão de desejo de sair do SUS por insatisfação com a remuneração. Mas também o que os mantém não se sustenta apenas na identificação, nos valores, na ideologia, ou por não se reconhecerem em outro local. Esses fatores são fundamentais, talvez determinantes, mas associam-se também à estabilidade agregada ao concurso público.

A questão que aí se coloca é como mensurar o valor da atividade, do uso de si e dos valores implicados no fazer em saúde. Conforme dito anteriormente, estão em jogo valores e escolhas referentes ao cuidado, à saúde coletiva e ao bem comum que não se enquadram nas determinações do mercado. Ao mesmo tempo, os valores financeiros garantem a manutenção da vida, o acesso a bens de consumo, educação, lazer, cultura, enfim, às condições de saúde. Talvez seja essa mais uma controvérsia acerca das possibilidades de análise sobre o que mantém esses sujeitos no PSF.

6.4.5 Força de trabalho

A carência de trabalhadores é apontada pelos médicos como uma das maiores causas de sobrecarga e tensão. O planejamento da força de trabalho não acompanha o crescimento populacional, seja pelos movimentos migratórios urbanos, como por exemplo a inauguração de conjuntos habitacionais, aumentando em até 2000 pessoas a população de um determinado território; novas ocupações urbanas ou crescimento das que já estão instaladas; e também o desemprego, como aconteceu recentemente na história do país, levando os usuários de planos de saúde a recorrer ao SUS. Júnior descreve sua realidade:

Minha equipe tem 4300... 4200 pessoas, tá pra chegar umas 1200 pessoas naqueles predinhos coloridos que eles construíram. [...] Eles fizeram um prédio e são 80 famílias, 80 unidades, e agora tão liberando aqui 340, 320. Só que o que acontece: esses prédios, eles são preocupantes, agora eu tô vendo o quanto que eles são preocupantes. Primeiro: eles dão preferência pra pessoas com problemas físicos, então são pessoas que vão usar bastante; em geral são pessoas com paralisia, né? É... pessoas idosas, e tal, então pessoas que têm uma necessidade maior, e são pessoas que não têm muito recurso. [...] Então tem pessoas que vêm com uma pressão assistencial muito grande, com uma necessidade de assistência grande, e aí eu não tenho o tempo pra todos eles. Imagina quando vier... a primeira leva é 80, imagina quando vier 320 famílias, com mais ou menos quatro pessoas cada uma!

Josué, por exemplo, é responsável por uma população de 4000 pessoas, todas elas totalmente SUS-dependentes, ou seja, sem a opção de buscar assistência à saúde que não seja o mais próximo possível de suas casas e que não seja 100% gratuita. Lembramos aqui, conforme dito anteriormente, que a SMSA/BH definiu o limite de atendimento de 2600 pessoas, por equipe, em comunidades de muito elevado risco, como a de Josué.

Apesar de ser atribuição do médico de família prestar assistência integral ao usuário, incluindo atendimentos de casos agudos, encaminhando-os para uma UPA ou para especialidades quando necessário, os médicos relatam a impossibilidade de fazer o PSF efetivamente, quando prevalecem essas ações sobre as demais. O excesso de pessoas atendidas por cada equipe produz outro excesso: o de demanda espontânea e de atendimento a quadros agudos¹⁶, impedindo, assim, que os médicos tenham tempo para as práticas preventivas e de promoção da saúde, para o desenvolvimento de programas específicos e para os atendimentos domiciliares a pacientes acamados. Estas práticas caracterizam-se por serem ações características do PSF, inclusive, distinguindo-o do modelo antigo, e que se ocorressem conforme o preconizado, reduziriam amplamente esse atendimento do agudo. Quanto a tal cenário, Marcos relata:

¹⁶ Segundo os sujeitos da pesquisa, a demanda espontânea refere-se à procura pela UBS para atendimentos não programados, não agendados previamente; o caso agudo é aquele em que o usuário apresenta alguma queixa que deve ser avaliada até mesmo para uma possível intervenção mais imediata ou encaminhamento para a UPA.

Em diversos momentos saía um médico e a gente ficava sozinho às vezes. Eu já cheguei a trabalhar com quatro equipes, só eu. Sobrevivi... assim, isso frustra, porque às vezes você faz a programação toda pra cobrir seus hipertensos, seus diabéticos, aí cê tem que parar com tudo e ficar só com a demanda espontânea, que é o que você dá conta.

João acrescenta:

Vou te dar um outro exemplo: eu fiz um levantamento na minha equipe dos hipertensos graves, leves e moderados. Pela classificação da prefeitura, se eu fosse consultá-los de acordo com o protocolo da prefeitura, eu já não teria vaga pros outros pacientes. Entendeu? Por causa da quantidade de grave e moderado. Então se eu for seguir esse protocolo, vai faltar vaga. Vai faltar hora de trabalho, tá? Se eu for diminuir a minha disponibilidade de tempo, é... eu vou correr pra atender, minha qualidade de trabalho vai cair. O que eu já... já... já pensei em fazer isso. Então eu vou conseguir atender o quantitativo? Talvez não, porque tem os hipertensos, tem os diabéticos e tem os usuários crônicos de benzodiazepínicos, têm que vir de dois em dois meses, e tem as doenças que são crônicas também que aparecem. Então não vai dar de qualquer jeito.

Chamam a atenção os períodos de epidemia, em que esses atendimentos extrapolam qualquer possibilidade de programação e organização da "porta de entrada". Outra questão é a dificuldade, às vezes impossibilidade, de repor trabalhadores em férias, exonerados ou demitidos (em caso de contratados), ou licenciados por problemas de saúde. Nesses casos, os trabalhadores que estão em serviço acabam tendo que "cobrir" a ausência do colega. Outra vez emerge o sentimento de frustração em consequência da atividade impedida, pois os pacientes que deveriam estar sob acompanhamento sistemático ficam sem vaga e seus controles comprometidos. É quando eles descrevem um cenário chamado de "mini-UPA", onde apenas se atendem as urgências e não se faz PSF:

Vira uma mini-UPA, sem dúvida. Então eu acho que o que mais frustra é que muitas vezes isso é cíclico, cê não consegue fazer o seu trabalho, a sua atribuição. Então cê fica apagando incêndio. Eu acredito que é o que mais frustra as pessoas. (Marcos).

Uma coisa que eu acho que é um empecilho grande ao trabalho do PSF é... o número de usuários por equipe, uma equipe que tá com risco muito elevado e cê trabalhar acima de 3000 habitantes, isso é inviável, eu não consigo... eu sou constantemente é... questionado pelos meus usuários: - doutor, tá muito difícil de marcar consulta com você - e eu também me cobro disso, gente, o meu serviço ele não funciona como PSF. Eu não consigo atender os meus usuários conforme é protocolado pela prefeitura, porque eu não tenho braços e pernas pra alcançar a todos dentro da carga horária minha e com essa divisão de mais da metade da minha carga-horária ficar voltada pra urgência. Na prefeitura não tem ferista, aí um colega médico tira férias, já tá ruim, fica pior ainda, fecha mais a agenda do PSF pra garantir a urgência. (Pedro).

Mas, de certa forma, quando eu comecei nesse centro de saúde, eu atendia mais o crônico, eu fazia mais prevenção de doença, mais promoção de saúde do que eu faço agora. Quer dizer, de um ano pra cá... eu acho que desde aquele surto de dengue pra cá, de 2013 pra cá, desde

aquilo, eu nunca mais consegui abrir a minha agenda com as mesmas vagas que eu tinha antes. Antes eu tinha o atendimento do crônico é... agora eu tenho o atendimento do agudo muito maior. Isso realmente é uma realidade. Assim, eu faço PSF pela metade, mas não quer dizer que eu não faça PSF. (Silvia).

Soma-se, ainda, que é comum a unidade acolher também usuários que são de outra área de abrangência e, nesse caso, atende-se muito mais pessoas do que a totalidade cadastrada naquela UBS e distribuída nas equipes. Mais uma vez, a realidade apresenta-se muito distante do que é formalmente prescrito e previsto.

Marcos percebe essa sobrecarga, esse excesso do trabalho real e todas as suas implicações, como um dos fatores que dificultam a permanência dos médicos no SUS:

E tem equipes em BH com 8000 pessoas. Isso é impossível de fazer qualquer coisa desse jeito. E aí pra você conseguir resistir a isso você tem meio que... se blindar, fechar o olho pra essa realidade e tocar o serviço. Se ocê não dá conta disso, ocê não dá conta de ficar e vai embora.

6.4.6 Organização e gestão do trabalho

No contexto real do trabalho, instauram-se formas desiguais de se fazer a gestão do cuidado: por um lado, encontramos gestores que resistem, alinhados ao discurso democrático e emancipatório da RSB; e, por outro, discursos fortemente amparados na lógica neoliberal, que vem se fortalecendo, principalmente, quanto mais se impõe a redução do papel do Estado, contrariando a Constituição Cidadã e seus princípios legitimados em 1988. Nesse cenário, a resposta a uma gestão paradoxal, que impõe exigências incompatíveis à natureza da atividade do cuidado, tem um custo elevado ao trabalhador, nem sempre passível de ser sustentado - ainda que seja ele também gestor.

Amparamo-nos em Gaulejac (2009) ao alertar para a emergência de contextos favoráveis às formas de gestão autoritárias, violentas. No caso do SUS, tais modelos de gestão parecem ser mais exigentes com os resultados quantitativos, que justifiquem recursos e investimentos e promovam visibilidade política, que com o uso ético e político das tecnologias leves, leve-duras e duras. Ao nos aproximarmos das vivências dos sujeitos em relação a essa questão, percebemos que, em alguns casos, a preocupação com o bem comum, com a construção de redes solidárias de atenção e cuidado, se dissipa em meio aos resultados e protocolos que se devem cumprir. As análises sugerem que, onde os espaços deliberativos de construção compartilhada são substituídos pela resposta imediata à encomenda da organização, manifesta-se de forma mais evidente o sofrimento, a insatisfação no trabalho e as possibilidades de resistência.

No caso de Josué, ele assinala que sua gestora imediata procura discutir com as equipes o processo de trabalho. Mas ela, por sua vez, encontra-se submetida a definições da secretaria que não passam por uma construção coletiva, que insira os profissionais que estão na "ponta"¹⁷ no debate dos programas e indicadores. Como exemplo, Josué relata que a implantação do Protocolo de Manchester não se deu a partir de uma construção local com gestores, trabalhadores e usuários, mas sim de uma definição da SMSA/BH. O mal-estar se agrava, considerando-se que não há consenso entre os trabalhadores de que essa ferramenta, originalmente criada para organizar os serviços de urgência e emergência, seja adequada para as UBS. Josué mesmo é incisivamente contra.

João relata que quando pensaram uma forma de organizar a "porta de entrada" da unidade onde atua, há alguns anos, a estratégia foi construída coletivamente, incluindo trabalhadores, gestor e comissão local de saúde. Mas ele repete, conforme já dito em outro momento, que nos últimos anos já não há mais discussão coletiva nem mesmo em pequenas mudanças do processo de trabalho, o que, somado ao afastamento da gestão central, distancia ainda mais o servidor do seu papel de cogestor.

João destaca que a possibilidade de trabalhar a partir de uma proposta de gestão compartilhada, da construção coletiva de processos de trabalho e de alternativas de organizar melhor o cotidiano foram aspectos fundamentais para sua escolha de vir para o SUS. Esse modelo ainda prevalecia em 2004, quando tomou posse como servidor efetivo:

E na época a gente tinha sempre reuniões... era uma coisa mais compartilhada, nós fazíamos reuniões regulares... - Ó, nós temos que melhorar isto, temos que fazer aquilo; mas eram decisões compartilhadas, estávamos sempre juntos... quando eu falo junto era assim: era enfermeiro, médico e os outros profissionais que se reuniam regularmente com a gerente pra ter informes e pra colocar em pauta as coisas que estavam acontecendo, que a gente podia fazer. E surgiu ideias, e foi feito muita coisa... no sentido de ... de participação da comunidade, de divulgar, de melhorar a qualidade do trabalho da gente, de aperfeiçoar o que a gente tava fazendo... e isso vai prendendo a gente no trabalho.

Comparando com o momento atual, João acrescenta:

Eu acho que hoje a gente é menos participativo. Eu acho que hoje a gente é mais atropelado pela política.

O contexto político e de gestão já se apresentava bem diferente daquele de 2004 quando Josué foi nomeado no concurso público para a PBH, em 2012. Embora ele tenha declarado que está satisfeito com sua gerência imediata, ele observa que não há experiência de

¹⁷ "Ponta" é a forma de se referir às unidades que têm contato direto com o usuário, é a "linha de frente".

gestão democrática em seu cotidiano. Ainda que ele não fale diretamente da hierarquização, ele se refere à redução de seu papel de protagonista para executor de tarefa:

Eu acho que a gente tá, assim... pra atender.[...] Parece que fica muito longe o gestor e a gente. (Josué).

Tal mudança na forma de se fazer gestão no SUS/BH, de uma forma compartilhada para outra mais centralizada, é coerente com as transformações político-ideológicas que marcam também a gestão da cidade. Desde 2004, quando João se efetivou no SUS, a prefeitura de Belo Horizonte passou por diferentes formas de governo que, de forma geral, seguiam e seguem ainda a orientação dos partidos políticos e de características pessoais de cada prefeito. Como exemplo, em 2012, quando Josué entra para a PBH, a cidade estava sob a gestão do empresário Márcio Lacerda, cujos princípios ideológicos se aproximavam do discurso neoliberal, com abordagem gerencialista.

Essa percepção é compartilhada pelos sujeitos entrevistados que estão na PBH há mais de 10 anos, que já vivenciaram no mínimo duas a três mudanças de governo (ou reeleição). O mesmo é constatado pela pesquisadora em seu trabalho cotidiano, ao escutar trabalhadores com 20 a 30 anos de serviço no SUS/BH. Por essa vulnerabilidade e dependência do serviço público à política, nos últimos quatro anos tem sido crescente o número de servidores que se queixam do cenário político e seus impactos sobre o SUS e sobre a sua saúde no trabalho. Recentemente, ao longo de 2017, percebe-se o acirramento do sofrimento do trabalhador e o aumento do número de servidores que solicitam a aposentadoria, seja por esgotamento ou pelo desinvestimento resultante de um contexto de trabalho em que o interesse corporativo e político-partidário tem primazia sobre o interesse público. Esse pode ser um sinal de perda do poder de ação dos servidores que participaram da construção do SUS e já não se reconhecem na atual estrutura de trabalho.

Entre os sujeitos entrevistados, cinco (ou 19%) deles expressaram dificuldades com o gestor local, que é o gerente da unidade, seja por uma postura pouco democrática, ou mesmo coercitiva, ou por uma forma de gestão pouco assertiva. Ana relata experiências anteriores que culminaram em episódios de Síndrome de Pânico. Hoje, ela já não consegue atender com a porta da sala fechada. Mesmo durante a nossa entrevista a porta ficou entreaberta. Ela relata:

Eu já sofri muito na Prefeitura. Já sofri injustiça, já sofri excesso de trabalho, já sofri discriminação de gerente, tem gerentes boas, tens gerentes ruins. Sim. Quando eu cheguei aqui, [...] tinha uma gerente aqui, terrível. Terrível. Terrível. Essa moça, ela... ela é má. Uma palavra que define ela é má.

Os demais não manifestaram insatisfações ou queixas e relatam, inclusive, parceria e organização. Marcos aponta aspectos positivos, relacionados à gestão, que contribuem para mantê-lo na unidade, apesar das condições precárias. Ele assinala a importância de uma gestão que permite a participação dos trabalhadores nos processos de trabalho e na construção de dispositivos que favoreçam o cotidiano de trabalho, que esteja comprometida com uma gestão democrática:

Sim, sim, a gente discute aqui periodicamente, a gente tem esse espaço pra discutir o processo de trabalho, inclusive a agenda. Recentemente a gente tinha um processo de trabalho aqui que foi totalmente reformulado, começou esse ano, nós tivemos aí dois, três meses discutindo isso com a participação do colegiado, de todos os funcionários, são poucas coisas que são impostas hoje em dia, de cima pra baixo, né? No nosso trabalho direto, pelo menos.

Os relatos sugerem a ausência de uma política de gestão do trabalho que organize e defina a forma de fazer a gestão do cuidado em sintonia com as diretrizes do SUS. Por outro lado, ao observarmos condutas tão divergentes e fragmentadas, percebe-se um reflexo da dicotomia que acompanha o SUS desde seu início, que já foi discutida anteriormente, e que parece constituir-lo como um campo de permanente embate entre os valores da RSB e os rumos políticos e ideológicos protagonizados pelo neoliberalismo. Configura-se, pois, um permanente embate entre as forças do poder gerencialista e as forças de resistência.

6.4.6.1 Autonomia

A autonomia sobre o processo de trabalho é um fator que contribui positivamente para a condição de saúde do trabalhador. Mas destacamos que a autonomia pode adquirir conotações distintas. Por um lado, podemos entender a autonomia como a liberdade para fazer o trabalho bem feito, como o poder de agir, de decidir, de transformar. Lhuillier (2006) afirma que o prazer no trabalho está ligado ao poder de ação, mas não no sentido de uma execução de tarefa. Uma ação na qual o sujeito se reconhece como protagonista, que lhe permite nela reconhecer-se e ser reconhecido pelo outro. Uma ação que produza engajamentos, responsabilização e que seja coerente com seus valores.

Por outro lado, Rosenfield (2003) confere um outro sentido à autonomia, não mais positivo, mas instrumental. Ela se refere à autonomia concedida aos trabalhadores com o objetivo de torná-los mais produtivos, a autonomia outorgada, que é posta pela gestão como mais uma prescrição, de forma que "o sujeito seja autônomo, que tome iniciativas e se implique pessoalmente na execução de seu trabalho" (p. 351).

Entre os médicos, identificamos autonomia no primeiro sentido, sobre o cuidado diretamente com seu paciente e suas demandas. Eles se sentem autônomos, autores das arbitragens, decisões e condutas junto aos usuários, co-autores do processo de produção em saúde. Mas no âmbito da organização dos processos de trabalho, alguns se sentem mais participativos, outros bem menos. A autonomia sobre a própria agenda, sobre o tempo de consulta, sobre a forma de organizar o trabalho, não é comum a todos os entrevistados, nem mesmo em sua forma outorgada, o que causa desânimo, insatisfação e, como resposta, também as transgressões.

[...] Eu atendo quem eu quero, e esses doentes de outra equipe que continuam comigo, o povo enche o saco: - Ah, não pode. Não, ué, eu atendo quem eu quiser, a hora que eu quiser. [...] Isso me satisfaz intimamente. Eu acho que isso tudo, assim, é que nunca me fez adoecer. (Manoel).

No caso de Manoel, ele desenvolveu formas de exercer sua autonomia em alguns processos de seu cotidiano, o que possibilita manter seu prazer no trabalho e contribui para mantê-lo em condição de saúde. Renata, por sua vez, acredita em uma relação de parceria:

E, assim, aqui a gente tem uma gerência que ela é muito parceira, que eu acho que é um outro diferencial. Que eu escuto, às vezes, assim, que tem gerente que tem uma posição de imposição, né? Ele impõe algumas coisas... ele não. Claro que, eu não vou dizer pra você que é totalmente livre, que ele vai falar: - Não, cê faz o que você quiser! - Não, não é assim, mas ele tem uma posição parceira. Então na medida em que acontecem alguns problemas, ele nos apoia, né?

Ana, ao contrário, relata uma experiência diferente:

Democrático... eu não iria usar essa palavra, porque todo o serviço já foi pré-determinado. Esse negócio de que a equipe tem livre... é... escolha pra definir como se trabalha, é mentira. Mentira. Tá tudo já engessado, você trabalha exatamente como alguém quer.

6.4.6.2 Metas e indicadores

Clot (2007) destaca que um dos fatores deletérios do trabalho é a impossibilidade de fazê-lo com qualidade. A deterioração das condições, a impossibilidade de deixar inscrito na atividade a marca de cada um, de reconhecer-se no que faz, como diz o autor, a dificuldade em olhar-se no espelho da profissão que exerce, pode levar à degradação da atividade e ao adoecimento do trabalhador. Minar a qualidade do trabalho a favor de uma produtividade que se apresenta avessa aos valores do ofício evidencia uma contradição inconciliável entre a gestão e o trabalho.

Devido às mudanças que ocorreram no contexto das relações sociopolíticas, o acolhimento e o cuidado parecem ter assumido, ao longo do tempo, concepções conceituais e práticas divergentes das iniciais, que foram construídas coletivamente durante a Reforma Sanitária e a consolidação do SUS. Os sujeitos relatam a dificuldade em equilibrar as demandas da gestão com a importância, para eles, de fazer o trabalho bem feito, de qualidade. Eles relatam a dificuldade de exercer o cuidado daquela população com a qual os vínculos foram construídos ou estão em construção, de manter um coletivo de trabalho, quando a prioridade recai sobre a produtividade e sobre indicadores:

A demanda eu falei, que é uma demanda muito grande. O gestor, muitas vezes, não olha o lado do trabalhador, né? É número, número, número, é meta, meta, meta, e nisso a gente vai sendo assim, com a demanda do jeito que tá, cê acaba sendo engolido. No meio disso tudo, vem o desgaste emocional, vem o cansaço, o desgaste físico. Às vezes, os pacientes não veem isso, por exemplo, o paciente vem aqui e ele quer o problema dele resolvido, mas ele não sabe que antes dele passaram uns 30 por aqui, aí cê já tá no esgotamento. (Josué).

Esse relato de Josué expõe o sofrimento causado por tal contexto. João também problematiza essa questão:

Eu acho que... eu vejo a gente tratado muito mais como número do que como... qualidade de serviço. A gente não vê... falar assim: ah... como é que nós vamos realizar com qualidade este trabalho? É muito difícil analisar isso, eu sei. E o número às vezes pesa muito pra mostrar alguma coisa. Mas esse número é fidedigno do que ele está querendo demonstrar?

João entende a necessidade de apresentar a produtividade, inclusive para o recebimento de verbas do Ministério da Saúde, mas questiona a forma como ela é cobrada. Nesse sentido, para ele, a questão não é cumprir a meta de cobrir 90% de atendimento de pacientes hipertensos, mas sim entender quantos estão efetivamente com a pressão arterial controlada. Quantos aderiram às suas orientações de práticas preventivas? Quantos vivem com qualidade? Ele acrescenta:

Não acho que o número representa meu trabalho. Eu acho que não. Talvez em algumas situações sim, mas eu acho que ele sozinho não, tá? Eu acho que o número é uma característica... não pode ser só o número.

Jorge faz um questionamento no mesmo sentido:

É... que nem sempre aquilo que tá ali é o mais importante, nem sempre. O mais importante mesmo é o número de consultas que eu fiz para crianças menores de um ano? Ou é a porcentagem de crianças que internou? Ou é o aleitamento? Porque às vezes cê tá cumprindo

o número, fazendo consultas de crianças que não tem nada, e deixando de fazer outras coisas pra quem precisa.

Marcos não relata incômodos em relação ao controle de indicadores da SMSA. Ao contrário, ele os entende como necessários, como balizadores das políticas e investimentos em saúde. Mas ele faz crítica à falta de condições de trabalho para que esses indicadores façam realmente sentido em cada território.

Essa abordagem quantitativa, por outro lado, estimula a criação de estratégias transgressoras para que os trabalhadores atuem de acordo com seus valores. Geralda, por exemplo, não abre mão de cuidar de seu paciente em função do número que ela tem que apresentar para cumprir os protocolos. Ela delimita seu espaço e sustenta seu poder de ação sobre o cuidado e o sentido do trabalho:

Uai, se eles querem... é vamo supor, eles querem 10 hipertensos cadastrados? Eu sento lá e em meia hora eu cadastro os 10 pra ele. Aí eu vou fazer o quê? Eu não vou fazer os 10 porque eles querem números, eles querem quantidade e eu quero qualidade. Aí eu vou fazer o quê? Eu vou ficar esmurando uma coisa que 'trocentos' anos ninguém faz? Não vou, não vou dar números, eu quero qualidade. Essa luta vai ser até quando? Eu dou lá os 10 que eles querem de hipertensos, cadastro todos os números que eles querem, faço tudo, só na hora que entra na minha salinha e fecha a porta, entendeu? Eles não vão entrar. Não vão. Aquilo ali é meu. Não é deles. Então o número, deles, já foi. Pronto. Te enganei. Toma seus números aí. Pronto. Fecho a porta. Ali é meu. Ali dentro daquelas quatro paredes é qualidade. Ali é meu. Ali... ali é que eu acho meu alimento, entendeu?

Percebemos que o cenário atual se caracteriza pelo excesso de prescrições, o número crescente da população a ser atendida, a escassez de recursos, sejam eles econômicos ou humanos, além da perda de espaços deliberativos. Evidencia-se, assim, o antagonismo entre o fazer de alguns trabalhadores e o fazer prescrito pela gestão; da mesma forma, o sentido do trabalho para os trabalhadores se distancia cada vez mais do sentido forjado pelas injunções políticas.

6.4.7 Relações no trabalho: equipes ou coletivos?

O trabalho no PSF tem a equipe multidisciplinar inscrita em sua concepção: o médico não atua sozinho, parte-se do princípio da divisão das atividades, da integração entre sujeitos e compartilhamento de diferentes saberes visando a integralidade do cuidado. Ou seja, a proposta é de uma estrutura menos verticalizada e mais horizontal.

Entretanto, foi possível perceber que tal horizontalidade não é comum em todas as equipes como prática política. Em outros contextos de intervenção, que não o da pesquisa, a

pesquisadora já escutou médicos afirmarem que sem eles a unidade não funciona, que não adianta ter tantos enfermeiros, técnicos ou outros trabalhadores se não houver médico. Alguns chegam a se classificar como os responsáveis pela saúde dos usuários e plenos condutores do projeto terapêutico. Esse fato nos sugere que a quebra da cultura médico-centrada ainda é um processo em construção.

No contexto da pesquisa, alguns manifestam o oposto: por mais que tentem compartilhar, percebem na própria UBS, ou na própria EqSF, que toda a responsabilidade do cuidado recai sobre o médico:

Então a estrutura nossa, que era pra ser uma estrutura em rede, onde o médico seria simplesmente mais um personagem nesse cenário, é uma estrutura hoje, aqui, altamente medicocêntrica. É tudo centrado no médico. (Pedro).

É certo que tal posicionamento vai de encontro à proposta da ESF, além de contribuir para a ocorrência de conflitos internos ao desqualificar o trabalho do outro não-médico e acirrar a assimetria das relações no "viver junto" (Dejours, 2008; Gernet & Dejours, 2011). Manifestam-se, ainda, os impasses causados pelas diferenças de opiniões, de abordagens, de tentativas de dominação profissional e frágil responsabilização coletiva, caracterizando relações de poder e fragmentação dos coletivos (Villa et al, 2015; Lanzoni & Meireles 2012).

Por outro lado, entre os sujeitos entrevistados, observamos posturas diferenciadas, mais integradoras, que compreendem os vínculos entre a equipe como fator de fortalecimento e potência para fazer o trabalho bem feito. Ângela, por exemplo, fala de sua experiência da seguinte forma:

Trabalhar em equipe eu acho excelente. Eu acho muito bom. Tem colegas que não gostam. Eu sei disso, tem colegas que se sentem... sei lá, ameaçados, talvez...né? 'Ah, não, o saber é só meu, não vou dividir com ninguém', né? Eu acho que a gente aprende tanto com tanta gente. Eu, quando entrei no PSF, as enfermeiras que me ensinaram, eu não sabia nada. Eu pegava o resultado de exame e ficava doida, a enfermeira chegava: - Não Ângela, isso aí tá tranquilo, normal. - Ah, então tá normal? Eu posso liberar? Tá tudo tranquilo? E aí, se ocê tiver um pouco de humildade, né? De saber que a gente não sabe tudo, né? E dividir as suas dúvidas com os outros... [...] Eu acho que isso te dá uma tranquilidade, uma segurança. Porque cê num tá assumindo o paciente sozinho. O paciente não é seu, o paciente é da equipe. Então todo mundo da equipe se envolve com aquele paciente.

Entre os sujeitos entrevistados, 16 deles reforçam a importância do vínculo entre a própria equipe: médico, enfermeiro, técnicos e ACS. Mas eles destacam, em especial, o papel da enfermeira ou enfermeiro. Trata-se de uma relação que alguns descrevem como um tipo de dependência em função da organização da dinâmica da equipe, já que o médico atende "sem

parar" e não conseguiriam organizar o processo de trabalho sem esse auxílio. Além disso, acrescentam a importância do papel de "filtro" que às vezes eles exercem, ao encaminhar para o médico apenas os pacientes que eles avaliam como de efetiva necessidade, durante o acolhimento ou no atendimento a demandas espontâneas e de agudos. Mas, é importante destacar que em algumas entrevistas essa parceria pareceu estar mais próxima de um secretariado, embora talvez eles não tenham muita clareza sobre isso, que, mais precisamente, de um coletivo de trabalho¹⁸.

Observamos que a mesma ênfase, na boa integração entre os membros das EqSF, não é comum entre as diferentes equipes de uma mesma UBS. Esse dado emergiu nas entrevistas, mas também em outras abordagens da pesquisadora. Em UBS que tem três ou mais equipes, com frequência as relações entre elas se estruturam na competição e na vigilância. Algumas categorias já chegaram a afirmar que o PSF chegou para fragmentar o centro de saúde, posto que, após sua implantação, cada equipe fechou-se em si mesma e em seus usuários, não mais expandindo o olhar para o território como um todo, para além de sua própria microárea.

Assim, coexistem em um mesmo centro de saúde equipes que "vigiam" umas às outras, comparam produtividade, horários, folgas, formas de tratamento pela gerência, condutas e outros detalhes do cotidiano. É quando os sujeitos da pesquisa se queixam da complexidade em gerir as relações interpessoais a partir de um contexto que favorece a estratégia do "salve-se quem puder" ou "cada um por si". Caracteriza-se um ambiente árido, enrijecido, em que as condições de criar o próprio meio ou transformá-lo se dissipam nos conflitos e nas rivalidades, tornando o trabalho real um "continente de paixões particulares e desmesuradas" (Clot, 2011, p.72).

Jorge identifica essa fragmentação na unidade onde trabalha. Pode-se identificar uma certa coesão entre as pessoas de sua equipe, mas não em relação à unidade:

A gente tem duas situações distintas, assim, é a minha equipe e... todo CS, né? [...] Na equipe grande do CS eu acho que os embates continuam, [...] tem formas diferentes de pensar o... o acesso, formas diferentes de pensar o que a gente tem feito pelos nossos pacientes, então isso não é fácil. Por vezes, existe uma tensão. E a tensão às vezes vem justamente do fato é... de uma equipe querer fechar portas que a outra equipe tá abrindo, e isso é tenso. Agora, dentro da minha equipe eu acho tranquilo, assim, acho que a equipe tem um respeito bacana, a equipe aprendeu a lidar com as dificuldades de cada um, assim, né?

¹⁸ Percebe-se a dinâmica circular do poder, nesse tipo de relação tão frequentemente estabelecida em algumas equipes. Ao mesmo tempo em que o médico detém o monopólio do saber sobre o paciente, e não consegue sair do processo de atender sem parar, o enfermeiro, ou enfermeira, detém o controle sobre as agendas, sobre o processo de trabalho, até mesmo sobre o número de pacientes que o médico atenderá. Ele imprime, de forma mais ou menos direta, a carga de trabalho do outro.

Manoel elogia sua equipe e a parceria que desenvolveram ao longo dos anos, principalmente com a enfermeira, mas não expressa muito envolvimento com os outros servidores da unidade. No caso de Joana, ela expressa nitidamente o sentimento de solidão, de ausência de um coletivo, mesmo não vivenciando conflitos:

Não tem brigas, conflitos, não é isso. Falta... acho que falta mesmo, sabe, uma unidade funcional, o coletivo. Acho que é fragmentado, as relações, aquele verniz social, né? Bom dia, boa tarde, almoça junto, ri das piadinhas, mas assim, eu acho que falta um fazer... um amálgama mesmo, que transforme numa coisa que é de todo mundo. Então eu acho que contribui, as relações superficiais, fragmentadas, contribui também para o adoecimento, né? O isolamento. Eu acho que todos se sentem meio sozinhos no local de trabalho.

Joana reconhece que há um compartilhar profissional, uma cooperação entre trabalhadores que dividem o mesmo espaço e as tarefas. Mas isso não se traduz em um coletivo, que se une e se engaja pela construção de um sentido e uma história comuns, não há um "amálgama". Segundo Lhuillier (2006), o trabalho institui sempre um intercâmbio social, uma vez que o trabalho é sempre dirigido ao outro, é uma atividade sempre endereçada, assumindo assim um caráter coletivo, ainda que exercido por um indivíduo. Nesse mesmo sentido, Dejours (2008) assinala que trabalhar é estar inserido em um mundo compartilhado, democrático, de respeito mútuo. Entretanto, as transformações no mundo do trabalho e, no caso de nosso estudo, a precarização das condições de trabalho e os efeitos políticos de desconstrução, vêm levando à deterioração das solidariedades, ao isolamento, à solidão vivida em conjunto nas UBS.

Clot (2010) assinala a diferença entre trabalho coletivo, enquanto um conjunto de pessoas que trabalham juntas, porém solitárias, e o coletivo de trabalho, que é o resultado de uma história compartilhada do ofício, onde se desenvolve uma linguagem comum e as regras são construídas por todos. Esse isolamento, muitas vezes, contribui para os adoecimentos como Joana menciona, fragilizando a construção, ou reconstrução, de uma rede solidária que fortalece os laços e a capacidade de resistência, acenando, assim, para a irrupção das recentes patologias relacionadas ao trabalho, a saber, as patologias da solidão (Dejours, 2008). Tal fato é percebido em várias UBS, participantes e não participantes desse estudo.

6.5 Trabalho e subjetividade

Durante as entrevistas, cada um dos sujeitos de pesquisa refez sua trajetória, ora mobilizada por interesses próprios, ora por valores sociais; por escolhas nem sempre

deliberadas, mas frequentemente reveladoras de engajamentos e posturas ideológicas afins à proposta do SUS. Não obstante, diante das condições impostas pelo meio e da forma como eles perseveraram, observamos a relação subjetiva com o trabalho como fator determinante dessa permanência. Subjetividade que, de acordo com Brito et al (2012), "se constrói na relação com o meio, no desenvolvimento da atividade e que é evidenciada nas lutas cotidianas pela afirmação de si, contra os sofrimentos e nas invenções de modos singulares de realização do trabalho". (p.320).

A reconstrução da história pessoal por meio das narrativas explicitou a intensidade com que a relação entre subjetividade e trabalho se inscreve nos processos de adoecimento e saúde, na dor e no prazer. Em muitos momentos, os conteúdos nos remetem ao fenômeno da ressonância simbólica, o ponto de laço entre a situação atual do trabalho e a vida interna, subjetiva (Brito et al, 2012; Dejours & Abdoucheli, 1994). Desse encontro, entre o singular e o social, advém a mobilização necessária para se promover o engajamento, o uso da inteligência astuciosa e a criatividade, no desenvolvimento de estratégias de resistência para lidar com o contexto real de trabalho e com a atividade contrariada, tão presente nos relatos dos médicos do PSF.

Nessa direção, é necessário ressaltar aspectos subjetivos implicados na dor ou no prazer no trabalho, e que, a partir das narrativas dos sujeitos de pesquisa, se constituem como fundamentais à mobilização das resistências e também para mantê-los no SUS/PSF: o reconhecimento e o vínculo com os usuários.

6.5.1 Reconhecimento

Os relatos apresentados pelos médicos expõem a complexidade do reconhecimento no trabalho. Todos os servidores relataram sentirem-se reconhecidos pelo usuário e também por colegas da ESF. Enfatizamos aqui que trata-se do reconhecimento do trabalho, embora muitas vezes, quando o discurso é produzido pelos usuários dos serviços, pareça se referir à pessoa do médico. Possivelmente, tal imprecisão se dê em função da relação que se estabelece entre os atores e do uso das tecnologias relacionais na produção do cuidado.

Trabalharemos aqui o conceito de reconhecimento tal como formulado por Dejours (2008). Para esse autor, o reconhecimento é um processo de troca que não se restringe ao aspecto financeiro, ele é fundamentalmente uma retribuição simbólica ao trabalho realizado. Retribuição que se funda no julgamento emitido por outros sobre o ato e o resultado do

trabalho. Por isso, atua como mediação das relações sociais, inscrevendo o sujeito em uma história também coletiva, compartilhada.

A psicodinâmica do trabalho identifica, assim, duas dimensões do reconhecimento. Uma delas, o reconhecimento que provém do julgamento de utilidade, oriundo do gestor, da hierarquia, que imprime ao trabalho a avaliação técnica e de conveniência da contribuição daquele sujeito à organização. A segunda, o julgamento de beleza, emitido pela comunidade de trabalho, e que refere-se à originalidade conferida àquela atividade, que traz a marca singular de quem a executou, assim como a aderência às regras e à história do ofício, contribuindo para o sentimento de pertencimento (Dejours, 2008; Gernet, 2011).

Se o primeiro pressupõe uma verticalidade, o segundo concerne às relações horizontais, essenciais na inscrição de um registro histórico e coletivo no ambiente compartilhado. Essa dupla dimensão do reconhecimento promove, então, o elo entre o mundo objetivo da produção e sua face social, do viver junto, da necessidade da cooperação e das solidariedades.

6.5.1.1 O julgamento de beleza

O reconhecimento de beleza apresenta-se de forma controversa em nosso campo de pesquisa se considerarmos seu duplo registro: dos colegas da equipe de saúde da família, e também de UBS, e os pares pertencentes à mesma categoria profissional, médicos, porém não pertencentes ao SUS. Como essa segunda relação emergiu em nossas entrevistas, consideramos relevante abordá-la.

Entre os colegas de UBS e de SUS, no próprio meio da medicina de família, os sujeitos se sentem reconhecidos e há, em certa medida, uma rede de apoio mútuo. Júnior e Márcia expressam sua admiração pelos colegas,

Porque eu convivo com o pessoal da medicina de família, e eu conheço uma série desses... [...] colegas que tão num nível muito excepcional. Sabe quando cê olha pros caras e fala assim: cara, eu quero chegar aí ! (Júnior).

Agora o médico, igual eu conheço muitos, que são médicos de família por opção, esses são pessoas muito especiais. Muitos que eu conheço de São Paulo, daqui de BH, eu conheci... os melhores médicos que eu conheci foram esses. (...) Qual que é a tecnologia dele? É a do ser humano, é de conversar, de ouvir. Tecnologia nossa. (Márcia).

Silvia acrescenta,

Me sinto reconhecida, extremamente reconhecida. Pelos usuários e pelos funcionários também, por meus colegas todos.

Destaca-se que o reconhecimento pela equipe, seja de saúde da família ou da unidade como um todo, promove a possibilidade de desenvolvimento, mais ou menos efetivo, de um fazer junto mais colaborativo, dando lugar ao que Dejours (2008) denomina atividade deôntica, ou seja, uma implicação e engajamento do sujeito a fim de contribuir e construir junto a elaboração das regras de cooperação no trabalho, sobre as quais se baseiam os critérios de julgamento sobre a qualidade do fazer, a serem reconhecidas pelo outro.

Entretanto, percebe-se que traços de personalidade ou discrepâncias no engajamento no trabalho, a fragmentação dos coletivos e a sobrecarga por excesso de demandas são fatores que podem levar à ruptura dos pactos construídos por meio da atividade deôntica, suscitando conflitos interpessoais e levando os trabalhadores a um movimento de recolhimento aos próprios consultórios, restringindo a teia de relações e colaborações. A questão que se impõe já não é necessariamente o reconhecimento, ou ausência dele, mas a dificuldade em mobilizar recursos que possam transformar o contexto de trabalho.

A controvérsia se manifesta quando eles se referem aos demais colegas médicos, porém de outras especialidades ou da rede privada:

E alguns colegas, ainda hoje, dessas gerações anteriores, nos veem como médico de pobre, pra pobre, como médico de segunda categoria, e a gente não é valorizado pelos nossos próprios pares. Se eu me importasse com isso, isso já seria um motivo pra eu ter ido embora. (Marcos).

Nós fizemos um encontro de turma, e agora a gente tem encontrado muito. Tem que explicar pra eles o que é que é, ninguém sabe direito o que é... “ah... o médico do postinho”... o povo ainda não sabe direito, e tem aquela coisa de desvalorizar, é muito desvalorizado pela sociedade: “é o médico do posto”, “qualquer médico”... então eu ouço isso muito. (Márcia).

Tem essa questão ainda dentro da área médica, [...] uma questão de que é uma escolha medíocre. Dos médicos de maneira geral. A escolha por medicina de família é meio que medíocre. (Luísa).

No relato de Ana percebemos o peso do julgamento do outro e a dificuldade em sustentar sua escolha socialmente, mas que foram transformados na medida em que foi se apropriando de sua história no SUS e das interações subjetivas que lhe proporcionaram a percepção de um trabalho bem feito:

[...] Médico de posto? Não fez mais nada na vida? Mas eu tive de enfrentar a vergonha, o desconforto de falar pra colegas e para amigos... - onde que é a sua clínica? Você atende pela Unimed? Não. Eu atendo em Posto de Saúde. Mas eu falava com vergonha, sabe? Porque eu sentia vergonha de trabalhar na Prefeitura. Hoje eu falo com mais tranquilidade porque eu amadureci. Eu tô mais dona da minha posição. Da minha escolha.

6.5.1.2 O julgamento de utilidade

Devido a características próprias do serviço público, evidenciamos uma hierarquização múltipla na estrutura organizacional da SMSA. Essa multiplicidade é representada pela gestão local, gestão regional, gestão central e, ainda, a gestão política. Os níveis se desdobram de forma a serem representados por uma diversidade de gestores que nem sempre fazem uma mesma leitura acerca do trabalho e do trabalhador. Nesse sentido, os relatos tiveram como foco, basicamente, a gestão local e a SMSA ou a "Instituição Prefeitura", em alguns casos como se essas duas últimas fossem uma só.

Em relação ao julgamento vindo do gestor local, o gerente da unidade, 22 sujeitos de pesquisa expressaram o sentimento de reconhecimento acerca da relevância e da qualidade de seu trabalho, identificando uma relação de parceria de seus gerentes em relação à equipe. Os outros quatro participantes relataram algumas dificuldades, basicamente referentes à possibilidade de serem mais participativos na organização dos processos de trabalho.

O mesmo não ocorre quanto ao julgamento de utilidade, por parte da organização. Em relação à SMSA, a percepção compartilhada por 24 dos 26 participantes da pesquisa é bem diferente. O sentimento, muitas vezes, se aproxima de uma orfandade. Seguem-se algumas respostas à questão acerca do reconhecimento por parte da instituição:

O reconhecimento que não vem dos nossos empregadores, às vezes ele vem é do usuário. (Pedro).

Pela prefeitura não. Pela instituição, não. Pela minha população, por alguns funcionários daqui de dentro, sim. Mas falar que eu me sinto reconhecida pela instituição, não. Eu acho que a instituição, na verdade, faz o contrário. (Luísa).

Não. Eles não estão nem aí pra mim. Tão nem aí. (Ana).

Mas assim, eu acho que a gente é só mais um no meio do bolo de médicos generalistas de medicina de família. (Josué).

Mas é você ver que você tá lá e ninguém quer nem saber, enquanto você tiver dando conta, enquanto cê tiver produzindo os números que precisam dele e não tiver tendo problema, então... a coisa vai continuar daquele jeito. (Lúcia).

Pela instituição, não. Da instituição não, não. Assim... é... da instituição, de forma nenhuma. (Geralda).

Mas é muita pressão... negativa também, em cima da gente... é... a nível mais central do que tudo, né? É... não é nem tanto o gerente, o gerente também tá dentro do mesmo contexto nosso, ele acompanha, tem coisas que ele sabe. Ele cobra porque ele tem que cobrar, é a função dele. Mas o negócio vem de cima, né? De quem às vezes não conhece a realidade da ponta. É... tem muita gente que tem cargo político, que não é técnico, e cobra coisas que não tem a menor condição de cobrar. (José).

Outro fator que deve ser assinalado é o critério de eficácia. Pelo conteúdo analisado até o momento, identificamos que o critério de eficácia para os trabalhadores e para a SMSA aparentemente não é o mesmo. Segundo os relatos, estará sempre presente um fosso entre o trabalho bem feito para os médicos e as determinações organizacionais. Para a psicodinâmica do trabalho, o sofrimento advém do confronto entre o real e o sujeito, entre as expectativas e o que se apresenta como possível. Esse sofrimento mobiliza a subjetividade, no sentido de levar o sujeito a desenvolver estratégias para re-criar seu meio e transformar a dor em prazer, podendo daí advir a realização de si e a construção do sentido do trabalho.

Geralda fala do seu critério de eficácia, sobre o que é para ela um trabalho bem feito, que sustenta sua referência identitária e o sentido do trabalho:

Com todas essas questões que a gente falou, eu sobrevivo do quê? Eu sobrevivo do resultado. Do resultado. Então vamo supor que é... eu tive dez atendimentos por dia, mas uns cinco eu consegui é... benefício naqueles cinco, benefício é o que? Se você realmente curou a doença? Não. Eu não trabalho isso... setor curativo eu não trabalho há muito tempo. Então quando eu vejo que o retorno de uma medicação que uma paciente tá tomando funcionou, ótimo! Isso aí qualquer um, até o balconista ali da Araújo vai ficar feliz. Mas o que me... o que me alimenta são esses retornos a nível de conquistas que nós conseguimos, eu e aquela família, ou aquele usuário, se ele for sozinho. Eu e ele. Se o problema for com a família, é com a família, entendeu? Então pra mim o resultado, é isso que me mantém.

João também percebe a diferença entre seu agir em saúde e as expectativas da instituição:

Às vezes a gente sente que a gente tá muito, aqui, sozinho, e parece que a instituição Prefeitura caminha num outro rumo, parece que são duas coisas diferentes.

Uma vez que tal dicotomia se inscreve na relação entre trabalhador e instituição, pode-se pensar que o reconhecimento organizacional no serviço público de saúde é incompatível com o sentido do trabalho. O agir em saúde (Merhy, 1997) não se coaduna com uma lógica essencialmente instrumental, se for essa a política instituída. O reconhecimento, assim, não pode se confundir com a lógica do desempenho: é preciso considerar o sentido do trabalho, o uso de si por si, a relação com a atividade, a ressonância simbólica.

As percepções dos sujeitos acerca da ausência de reconhecimento por parte da instituição não se revelam sem sofrimento. Ao mesmo tempo, eles sempre acrescentam, em seguida, quase como uma compensação, o reconhecimento por parte dos usuários dos serviços. Embora Gernet e Dejours (2011) alertem para o risco do reconhecimento dos usuários (ou dos clientes) se transformar em uma estratégia defensiva individual, não entendemos que este caso possa se aplicar aos sujeitos deste estudo. Se a atividade de trabalho

é sempre endereçada, sustentamos que o usuário, ou o paciente, na relação que se estabelece com esse médico na busca por melhores formas de caminhar na vida, que é o processo do trabalho em saúde, enquanto trabalho vivo, em ato, ele será sempre o primeiro a avaliar o resultado dessa atividade, a partir de sua eficácia ou ineficácia. Lembramos que esse resultado está ligado ao vínculo criado entre os atores, os médicos, os usuários e suas famílias.

O vínculo será tratado adiante como um fator essencial na escolha pelo trabalho da medicina de família no SUS, chegando a ser definido como uma condição para que seu exercício seja possível. Vínculo esse que é criado e reforçado, insistimos nesse ponto, a partir da avaliação do usuário sobre o trabalho, não sobre a pessoa.

6.5.1.3 Reconhecimento e dádiva: o sentido do trabalho

No que concerne ao usuário, as percepções são opostas ao reconhecimento institucional, em 100% dos sujeitos entrevistados. O reconhecimento pelo trabalho emerge nos relatos, em sua maioria, expressos por palavras, traduzido pelos gestos, pelos presentes que recebem, confirmando, em certa medida, a expectativa dos médicos de fazer a diferença na vida das pessoas:

Eles ficam preocupados. “A senhora não vai aposentar não, né? [...] Eles me trazem muito agrado, muito presente, por exemplo: pano de prato bordado, cheio, lindo, eu fico emocionada com as coisas que elas fazem, faz e traz, muita coisa, assim, trabalho manual. (Márcia).

E o reconhecimento da população que você atende acaba que... valorizando também, é... agradecendo seu trabalho e tal... que não deixa de ser uma obrigação da gente, que a gente é servidor público. Mas ele... eles... é... é, falam com a gente que gostam da gente, e traz um queijo, né? Traz um doce da roça, eles reconhecem o trabalho da gente e acaba agradecendo, né?E... a gente vê que eles gostam da gente realmente. E isso aí acaba motivando a continuar, né. (José).

O que eu me apego, é na verdade, o que eu te falei, a gratificação de poder ter os pequenos mimos, né? Um pano de prato bordado a mão, então esses momentos que eu vejo que eu tô mais descrente de tudo isso aqui, sempre chega alguém, parece que Deus coloca as pessoas na hora bem certinha, né? Um vem e chega com a garrafa de mel, outro traz um queijo, outro traz um pano de prato... Pode tá ruim, mas você saber que seu trabalho é reconhecido, ta sendo visto de uma forma é... satisfatória pelo seu cliente, isso é bom. (Pedro).

Eu gosto, os pacientes aqui são muito gratos, eles retribuem muito, assim, às vezes eles falam, eu recebo cartinha, presente (...) Me sinto reconhecida, extremamente reconhecida. (Sílvia).

Me sinto, muito reconhecido. Eu vou embora pra casa, eu moro aqui no XXXX [nome do bairro]. Às vezes eu vou embora pra casa a pé. Eu vou embora, eu sigo esse caminho aqui, e a cada 50 m eu tenho que cumprimentar alguém, rsrs! (Marcos).

Tanta coisa... é coisa simples, é abacate, é banana caipira, laranja caipira, é pamonha, é biscoito frito, é pão-de-queijo, é... é... pastel assado, é uma coisa... Eu já ganhei presente esquisito, tipo saco de açúcar de dois quilos, pedaço de porco, pato morto... (Manoel).

Segundo os sujeitos, são "mimos" que adquirem importância e valor, que sobrepõem-se ao descaso que sentem, da parte da instituição.

Além dos presentes materiais, Marcos relata o afeto que recebeu em troca dos cuidados ofertados à sua população, quando teve que ausentar-se do trabalho por 30 dias, devido a um adoecimento em família:

E aí eu tive notícia que eles faziam roda de oração aqui pra mim, na recepção, é... escreviam mensagens... quando eu cheguei, no primeiro dia de trabalho, tinha um cartaz pra mim... aí no primeiro dia que eu cheguei tinha uma faixa do lado de fora, de boas vindas, então... são coisas, assim, confortantes, né?

Os presentes se inserem no fenômeno universal das trocas, já tratada por Mauss (2003), em seu "Ensaio sobre a dádiva". Segundo o autor, trata-se de uma prática presente em todas as sociedades ao longo da história da humanidade, que se constitui por uma dinâmica que inclui a espontaneidade do dar, do receber e do retribuir, e escapa às relações puramente comerciais. Nos reportamos a Araújo (2006), que situa as relações de troca no fundamento da civilização, aquelas que se sustentam na "reciprocidade das prestações de serviços ou na transferência de bens materiais, simbólicos, afetivos e cognitivos (...)" (p.160). Sublinhamos o conteúdo afetivo e simbólico que permeia as relações do cuidado.

Entre os sujeitos entrevistados, o que eles oferecem ao usuário ultrapassa a prescrição de um remédio ou de um exame e avança na dimensão do afeto, da escuta e da solidariedade. Lembramos aqui as queixas sobre pacientes de convênio, ou de menor vulnerabilidade, que muitas vezes demandam do médico apenas uma receita ou encaminhamento, restringindo a possibilidade de se criar vínculos e trocas. Queixas que incidem sobre uma possível instrumentalização do fazer em saúde, alvo de recusas e resistências.

O que eu gosto é de pegar um paciente que de fato precise desse acompanhamento e você conseguir melhoras na condição dele. Isso que eu gosto. Não são aqueles pacientes que vêm aqui e não sabem pra quê veio, eu quero, eu quero, eu quero. Não, eu gosto de pacientes que de fato precisem. É esse o vínculo que eu falo. Você realmente fazer a diferença na vida do paciente. (Josué).

Alguns participantes relatam sua dificuldade em ter o próprio consultório e "cobrar" pela consulta, evitando que o valor financeiro atravessasse a relação de cuidado com o paciente. Esse problema é resolvido quando trabalham no SUS, onde a relação contratual não é com o

usuário, mas com a organização. Dessa forma, não é o dinheiro que medeia as relações, mas outros valores, que se inscrevem na dimensão do afeto e da reciprocidade. Existiria, então, uma moeda de troca?

Abre-se aqui outra possibilidade de análise, quando identificamos o caráter híbrido das relações de troca com o usuário. As trocas não são apenas altruístas, concessionárias da economia da graça; não são fortuitas, tampouco são estritamente interesseiras (Mauss, 2003). Em nosso estudo, observamos que essa dinâmica circula por interesses de ambas as partes: do usuário, em ser bem acolhido em sua demanda, em entregar os cuidados de sua vida nas mãos de alguém que de fato se responsabilize por ela, incondicionalmente, e retribuir a atenção recebida; e do médico, em conquistar um lugar diferenciado na vida do outro, de não ser apenas "mais um" numa relação formal de fornecedor-consumidor. Vale retornar à afirmação de Araújo (2006), de que há sempre um ganho, seja ele "de satisfação pessoal, interna, narcísica, além de reconhecimento social, poder ou status." (p.170).

Assim, tanto para o médico quanto para o paciente, se faz presente o sentimento de gratidão, o desejo de retribuir, de reconhecer. É próprio do ofício, na saúde da família, entrar na casa e na vida das famílias. O paciente retribui com o que lhe é caro, lhe é sentido como valor, objetos ou alimentos que levam um pouco do seu mundo para o outro. Através dos presentes, são eles que entram na casa e na vida dos médicos.

Chego em casa, em certos momentos, feliz da vida. É... final de ano... nossa, é... aquelas coisas que a gente recebe, cartão, eu choro horrores! É... as toalhinhas bordadas, os nomes, [...] artesanato, bolsa, chaveiro... de coruja... ah! Eu amo! Galinha... então assim, cê vê... Ah, mas é um paninho de prato, não interessa, é meu! Na hora que ela foi comprar, ou bordar, ou fazer o que quer que seja, ela pensou foi em mim. (Geralda).

Observa-se assim a dinâmica que se estabelece: de forma recíproca, médicos e pacientes dão, recebem e retribuem de maneira espontânea. E isso reforça ainda mais o vínculo. Alguns médicos chegam mesmo a se perguntar, diante de algum presente recebido: "O que eu fiz pra merecer?" Trata-se das "misturas" tal como Mauss (2003) assinala, "Misturam-se as almas nas coisas, misturam-se as coisas nas almas. Misturam-se as vidas, e assim as pessoas e as coisas misturadas saem cada qual de sua esfera e se misturam: o que é, precisamente, o contrato e a troca." (p.212).

6.5.2 Vínculo

A importância do vínculo com o usuário e sua família surgiu em todos os relatos, seja como fator subjetivo que mobilizou o sujeito a optar pelo SUS/PSF, seja como o elemento principal que torna possível a medicina de família e comunidade. Merhy e Franco (2003) enfatizam que o trabalho em saúde é sempre um trabalho vivo, em ato. Ou seja, é sempre relacional e imaterial, ele produz no momento mesmo em que está sendo produzido, seu produto é sempre a própria produção do cuidado. Implica o agir dos atores, a construção do vínculo e o retorno às tecnologias leves em oposição ao trabalho morto, aquele que se constitui pelo uso estrito de instrumentos e procedimentos.

A Política Nacional de Atenção Básica (Brasil, 2012) inclui o vínculo em suas orientações, junto à integralidade da atenção, à universalidade, à responsabilização, à humanização, enquanto dispositivo ético-político de uma outra proposta de fazer em saúde.

Essa referência conceitual se destacou nos relatos dos sujeitos de forma espontânea, na medida em que eles falavam sobre o trabalho, sobre a prática da medicina de família no SUS, com suas implicações, desejos e investimentos subjetivos. Observamos que, no PSF, o vínculo não se sustenta somente por ser uma diretriz. E percebemos quando isso acontece, na emergência de conflitos e na rotatividade de vários trabalhadores, sejam eles médicos ou não. Ou seja, vínculo não é uma norma fria, é um valor e não se forja.

Os sujeitos de nossa pesquisa relataram a busca por uma forma de trabalhar na qual o vínculo pode ser vivido, ao mesmo tempo em que é legitimado institucionalmente, favorecendo uma visão crítica e política acerca de práticas que não incluem o equilíbrio entre as "valises tecnológicas". Conforme alguns médicos relatam, eles não saberiam fazer medicina e se reconhecer no exercício do ofício de outra maneira.

Acréscita o vínculo, que é o principal. O conhecimento da família, da realidade, do momento daquela família, e... e o vínculo que você tem, né? A confiança que eles tem... isso... acho que isso é o que mais me segurou até nesse momento de querer me aposentar... então como é que eu vou viver sem esse retorno desse paciente? Porque é muito forte isso. (Márcia).

Eu entendo essa vinculação como realmente um benefício que tanto eu quanto o usuário temos, de poder conhecer ele como um todo, de conhecer a família, sabe? Eu sei onde que trabalha, o quê que faz, se tem um filho que é usuário de droga, que é traficante, então, assim, realmente tem uma proximidade, as pessoas me conhecem. (Pedro).

Os sujeitos ressaltam também o vínculo como facilitador de seu trabalho, um elemento essencial no exercício de um trabalho bem feito. Nesse sentido, Ricardo explica o sentido do vínculo em seu cotidiano:

O paciente vira seu, né? Cria uma... é... "meu médico", "meu paciente". Acho que essa questão da longitudinalidade é importantíssima. Tem várias questões, a gente lida com doenças crônicas, dengue, é conflito familiar, então quanto mais tempo você é referência daquilo, é... de certa forma você vai se sentindo mais responsável, você vai... você envolve, né? [...]Então se é um paciente mais frágil eu sei se é a mãe, se é o irmão que eu procuro, num momento de crise. É... fazer esse vínculo mesmo, a população começar a te respeitar, é uma história que você constrói junto com eles.

Importante observar no relato de Ricardo a percepção de que o vínculo passa por uma construção social, que envolve trabalhadores e comunidade. O vínculo não é dado, não é imposto, é construído a cada acolhimento, a cada encontro, na responsabilização e no interesse por uma outra vida que não a própria. José também fala da importância da longitudinalidade, do tempo necessário ao processo de construção com cada sujeito e cada família. Ele acrescenta,

Pois é, é... você acaba conhecendo todo mundo, né? Da... da região que é atendida no posto. E no PSF você acaba atendendo o pai, a mãe, o filho, o neto, o avô... você atende a família inteira. Realmente é médico da família. E o pessoal vai criando vínculo com a gente, de amizade, de carinho, de respeito, de confiança, e isso é gratificante. Eles reconhecem o trabalho que a gente faz e a boa vontade que a gente tem com eles, né? Então isso me gratifica muito. O vínculo pra mim é interessante, eu conhecer o paciente, eu conheço a história dele, é... de doenças, de predisposições. É... de fragilidades, né? De resistências também. Então a gente vai conhecendo a família inteira, e o pessoal acaba gostando muito da gente também.

De alguma forma, o vínculo é convocado no real a ocupar uma dimensão transformadora, seja para o usuário ou para o trabalhador, deixando de ser apenas uma norma prescrita para se inscrever na ordem dos afetos, uma experiência vivida e compartilhada:

Acho que é isso, assim, o vínculo é fazer a diferença não só de prescrever, é de poder ajudar, de ouvir, de às vezes dar conselho, de... de mudar mesmo a vida, porque prescrever ele é muito pequeno, não é... a pessoa adoecer não é só porque ela tem hipertensão, ela adoecer pela condição de vida que ela tá vivendo ali, e eu acho que isso é um fator adoeecedor muito maior do que a questão biológica. Às vezes só o fato de você escutar, de estar próximo, às vezes já ajuda, já é terapêutico por si só. E se você não tem esse vínculo, se você não conhece, você não consegue fazer isso, se você não consegue ver esse outro lado terapêutico, você só consegue prescrever. Às vezes a pessoa sente dor, dor, dor, e ninguém descobre a dor dela, vai saber lá se o filho foi morto, assassinado pelo tráfico? Às vezes a dor física é uma dor que tem muito mais por detrás disso. Acho que o vínculo tá muito ligado a isso, você poder tratar melhor, compreender melhor o contexto, e eu acho que você vê alguma diferença. (...) E isso é muito... é... é bom, né? Uma das coisas que te mantém, né? No trabalho... Se você não tem esse retorno aí, só o dinheiro não traz satisfação, né? (Luísa).

Se você não tiver vinculação, o quê que te segura aqui? Nada. Eu estou aqui muito por causa deste vínculo também, neste lugar, né? (João).

Então chega a mãe, a mulher: ah, meu marido não pôde vir, ele tá trabalhando hoje, você pode dar um pedido pra ele? Teoricamente não. Mas eu já conheço há quatro anos, eu sei que ele é diabético, eu sei que ele precisa fazer aquele exame, mas é claro! (Ana).

Outro aspecto abordado por alguns sujeitos refere-se à face paradoxal do vínculo: o envolvimento que causa sofrimento diante da história do outro, das perdas, da impotência diante da degradação social, da violência e da exclusão às quais "seu" paciente encontra-se submetido. Os sujeitos relatam sofrimento também diante da fragilidade do Sistema, uma vez que não conseguem, muitas vezes, dar continuidade à linha do cuidado, quando o usuário necessita recorrer a especialistas, à rede secundária, ou a outras instancias fora de sua margem de ação¹⁹.

Identificamos, nos relatos apresentados, a vivência do que Merhy (2006) compreende como vínculo: como uma relação tão próxima, em que a dor do outro não é indiferente, levando o trabalhador a responsabilizar-se pela vida e pela morte do paciente. Revela-se ainda o vínculo como uma força nos enfrentamentos diários, que sustenta o desejo dos trabalhadores e engendra práticas, discursos e resistências para que o SUS sobreviva.

¹⁹ Nessa questão, 100% dos sujeitos entrevistados revelaram a fragilidade da rede secundária de atenção, a ausência de contra-referência, a morosidade na marcação de consultas e exames, a impossibilidade de eles mesmos solicitarem exames específicos, mesmo com conhecimento e competência para essas ações. Enfim, limites impostos pela (des) organização do trabalho, pela hierarquização e fragmentação da rede, dentre outros fatores, que inviabilizam a integralidade do cuidado.

7 A RESISTÊNCIA NO TRABALHO DO MÉDICO DE FAMÍLIA

Nossas análises sobre os movimentos de resistência entre os médicos de PSF se desenvolveram no âmbito da micropolítica, definida por Cecílio (2009) como "o conjunto de relações que estabelecem entre si os vários atores organizacionais, formando uma rede complexa, móvel, mutante, mas com estabilidade suficiente para constituir uma determinada 'realidade organizacional' (p.547). Nesse campo, constituído por relações de poder, conflitos, pactos, entre a solidão e a solidariedade, desenvolvem-se diariamente as estratégias para dar conta da vida no trabalho, seja por meio do ato transformador ou de estratégias defensivas.

Numa perspectiva mais ampla, de uma macropolítica, na qual se inserem os movimentos sociais, com suas resistências coletivas e organizadas, em que se destaca o movimento sindical, a percepção não é a mesma, embora não seja este um fenômeno restrito à SMSA/BH. Ao longo dos últimos anos, no Brasil, com o processo de reestruturação produtiva, ocorreu o enfraquecimento das relações sindicais e a fragmentação dos coletivos de trabalho. Segundo Antunes (2010), houve o "aumento do abismo social no interior da própria classe trabalhadora" (p. 65), provocado pela dificuldade em convocar coletivamente trabalhadores, pela redução dos trabalhadores sindicalizados e das articulações em torno das mobilizações de classe.

Essa dificuldade na SMSA/BH é reforçada também pela diversidade de vínculos empregatícios, conforme se pode verificar, onde há trabalhadores sob contrato (precário), terceirizados, celetistas e estatutários. O contrato é uma forma de recrutamento amplo, através da seleção de currículos ou por indicação política, utilizado para preencher vagas provisórias, descobertas por falta de convocação aos candidatos aprovados em concurso público ou que não tenham ainda sido preenchidas quando da última convocação; ou vagas que ficam descobertas por licenças de saúde, licenças- maternidade, readaptações funcionais provisórias, exonerações ou aposentadorias²⁰. Ou seja, é uma forma de preencher vagas sem ter que esperar até que haja nova convocação de aprovados em concurso público. Os funcionários terceirizados são, em sua maioria, pessoas que ocupam funções administrativas ou de serviços gerais, portaria, manutenção. Os servidores celetistas são os ACE e ACS aprovados em processo de seleção pública. Embora seja um processo seletivo, nos moldes de uma prova de concurso público, a diferença é que os aprovados não são inseridos na rede como estatutários, mas sim regidos pela Consolidação das Leis do Trabalho (CLT). E, finalmente, os

²⁰ Esses contratos podem ser rescindidos a qualquer momento pela instituição, desde que não seja de seu interesse manter aquele trabalhador, ou caso um servidor efetivo requeira a vaga.

estatutários, que são aqueles aprovados em concurso público, sob regulação do estatuto do servidor, o que lhes confere alguns benefícios que não se estendem aos demais vínculos.

Não estenderemos nesse tema para não desviar o foco de nosso estudo, mas é importante ressaltar que, nesse cenário em que diferentes atores compartilham o mesmo espaço, porém em condições tão discrepantes, a necessidade de lutar para manter o próprio emprego fragiliza ainda mais os esforços por construir um projeto comum. Sob tal fragmentação, identificamos disputas e relações de poder oriundas das diferenças que conferem vulnerabilidade a uns e estabilidade a outros.

Assinalemos, ainda, a multiplicidade de sindicatos que nem sempre lutam pelas mesmas causas junto a diferentes categorias profissionais. Assim, o sindicato do servidor público e os demais sindicatos por categorias não se encontram efetivamente alinhados em seus objetivos e lutas, expondo desse modo a ausência de coesão de interesses do trabalhador do serviço público, reduzindo a força das resistências coletivas.

Observamos, em nosso campo de pesquisa e a partir da participação da pesquisadora em espaços de debate promovidos por trabalhadores, Sindicato dos Servidores Públicos e Conselho Municipal de Saúde, que o lugar ocupado pelos médicos ainda é marcado por ambiguidades. Ao mesmo tempo que há profissionais médicos de família engajados no projeto de uma política de saúde pública²¹, há momentos em que ainda são genericamente vistos como uma categoria privilegiada, centrada em interesses corporativos, à margem das lutas democráticas e emancipatórias. Certamente não haverá unanimidade no que concerne às posições políticas e ideológicas de qualquer categoria profissional, mesmo entre aqueles inseridos no SUS. A resistência, o conformismo ou a indiferença se fazem presentes nas sociedades, construindo ou desconstruindo outros sentidos para o trabalho.

Paradoxalmente, permanece a "luta de classes" institucionais em uma organização cuja proposta é de composição em rede. Não obstante todas as divergências, os movimentos de resistência persistem nas unidades de saúde, nas equipes ou no interior dos consultórios. Os desafios a superar e a crença política e assistencial na Atenção Primária, como estratégia viável e de direito, sugerem que não há projeto possível senão pela convergência de lutas e potencialidades subversivas.

²¹ O cargo de presidente do Conselho Municipal de Saúde de Belo Horizonte, gestão 2017/2018, é ocupado por um médico de Família.

7.1 A resistência como estratégia de ação e saúde

As condições de trabalho no SUS já foram apontadas por Feliciano et al (2011), como causa de *burnout* entre médicos de saúde da família. Segundo os autores, o trabalho no PSF pode desencadear novos adoecimentos ou agravar doenças e/ou transtornos pré-existent. Entre os sujeitos que participaram de nosso estudo, surgiram relatos de sintomas relacionados ao trabalho, tais como irritabilidade, cansaço, dores de cabeça, angústia, desânimo, crises de ansiedade e transtornos gastrointestinais, em decorrência da fadiga e do estresse, não de forma constante, mas episódica; outros afirmam terem contraído dengue na própria UBS, tuberculose, lombalgias ou mesmo desenvolvido um quadro hipertensivo, com possibilidade de estar associado ao trabalho. Ana afirma ter desenvolvido Síndrome de Pânico a partir de episódios de assédio moral e conflitos em unidades anteriores.

Com maior frequência emerge o sofrimento, que não chega a levá-los a licenças médicas prolongadas ou a desistir do SUS. Percebemos que, para alguns dos participantes da pesquisa, as resistências encontram-se fragilizadas e as relações de forças se apresentam desiguais, levando-os a desenvolverem estratégias defensivas. Alguns sujeitos chegam mesmo a se questionar se continuarão ainda neste lugar por muito tempo e em quais condições. A forma como expressam essa (in)disposição é influenciada, em certa medida, pelo momento em que a entrevista foi concedida. Por exemplo, Clara estava na véspera de entrar de férias quando concedeu sua entrevista:

Então eu gosto desse lugar, eu gosto desse trabalho, mas eu estou cansada. Eu estou cansada, né?

Ricardo, por sua vez, foi entrevistado uma semana após seu retorno de férias:

É... tem época que a gente tá mais cansado, talvez se você viesse... eu tirei férias agora, um mês, eu nunca fiz isso na minha vida, então tô muito zen.

Discutir a relação entre saúde e resistência nos remete ao debate anterior acerca da relação entre saúde e trabalho, reforçando que saúde não se reduz a ausência de doença. Corroborando Lhuillier (2009b), a saúde não significa estar submetido à normalidade social, mas sim abrir perspectivas de negociação com o meio, a fim de encontrar margens de manobra e equilíbrio que permitam ao sujeito criar seu contexto. É nessa leitura que inserimos a percepção de Joana:

Ainda que às vezes se mantenha como uma resistência, isso não é sem dor, isso não é sem sofrimento, sem adoecimento, sem conflitos, sem vontade às vezes de parar, de dizer não, de ir embora, né?[...] Se é difícil?É. Tem dia que eu me sinto como aquela música do Chico Buarque: “meio dia eu só penso em dizer não!” E não são poucos os dias, sabe? Eu tenho vontade de sair correndo!

A resistência, assim anunciada, não se traduz em uma saída isenta de peleja ou de sofrimento e, sobretudo, não se confunde com resiliência. Enquanto a resistência implica o ato transformador, o ato-poder, a resiliência diz respeito à habilidade regenerativa e adaptativa às situações adversas vivenciadas no trabalho, tais como pressões e estresse, cuja ênfase recai sobre a reação positiva e otimista do trabalhador diante das adversidades (Martins, 2015). A resiliência, portanto, não sugere um processo de subjetivação e de ação sobre o meio, mas pode funcionar, ainda que provisória, como uma defesa contra os constrangimentos e adversidades no trabalho.

Deste modo, a saúde está diretamente relacionada às possibilidades de enfrentamentos com o real da vida e do trabalho. É no encolhimento do poder de ação que percebemos em risco a condição de saúde do trabalhador. Joana confirma essa relação entre resistência e saúde a partir de sua própria vivência:

Quais são os fatores que te adoecem ou quais são os fatores que minam a resistência? Eu acho que são as impossibilidades, né? Você, assim, diante de muitas impossibilidades... você... a impotência.

Nessa direção, propomos o debate acerca dessas margens de manobra, se existentes ou não, de forma a destituir, restituir, ou sustentar no trabalhador a possibilidade de agir e transformar o seu contexto.

7.2 Modalidades de resistência

Se na UBS a assimetria das relações de força se confirma, as lutas pela liberdade de ser e de agir muitas vezes se esquivam pelos espaços onde se produz o cuidado: nas ruas, nas casas dos usuários, no interior dos consultórios, nas vilas, nas ocupações - configurando possibilidades múltiplas de resistência. Como afirma Proust (1998), "a resistência é minuciosamente calculista [...] ela mina com método o pesado edifício da dominação" (p. 1). Assim, nos interstícios das relações de poder, das pressões e imposições sobre a vida, lá encontra-se a resistência em sua potência de subversão e transformação.

Desenvolveremos a seguir algumas modalidades de resistência identificadas em nosso estudo, a saber: os compromissos mútuos e as solidariedades, a recusa deliberada, as

transgressões, a prática de discurso e a criatividade. Não se trata de estratégias independentes entre si, que se excluem, existindo uma ou outra. Ao contrário, não é raro que algumas, ou todas delas, se misturem, se complementem e se estruturem como ato de poder, de liberdade, que transforma a dor.

7.2.1 Os compromissos mútuos e as solidariedades

As interações e cooperações coletivas, quando acontecem, produzem-se basicamente entre os pares de uma mesma equipe, conforme discutido anteriormente. Foram relatadas pactuações, parcerias, construção e revisão conjunta de processos de trabalho, mais frequentemente dentro da própria EqSF, para tentar minimizar os desgastes em consequência das condições de trabalho. Quando há debate das estratégias de enfrentamento, essas se referem às formas de organizar a demanda do usuário, construir alternativas de acolhimento mais efetivas e priorizar a integralidade do cuidado. Melhor dizendo, os trabalhadores se debruçam sobre alternativas de pensar o trabalho, de cuidar da atividade. É uma forma de se apropriarem do fazer que lhes concerne, de abrir espaços de autonomia.

Jorge nos fala desses movimentos conjuntos de criar alternativas de cuidado, não apenas do cidadão, mas do trabalho:

A gente tem tentado, então a gente já mudou várias vezes a forma de fazer a escuta, já tentou receber o paciente de forma diferente. [...] A gente criou um email da equipe que ia começar a fazer marcação de consultas via email, marcação de consultas que o paciente não tá doente, obviamente, fazer consulta programada via email.

José também relata que, entre sua equipe, todos pensam formas de revisar aspectos do processo de trabalho e criar outras alternativas que podem trazer benefícios, não apenas para eles próprios, mas também para o usuário:

Por exemplo, a gente é... pensou uma maneira de aliviar o agendamento de consultas, a gente fez um grupo de renovação de receitas, de avaliação de resultado de exames, sem passar pelo agendamento. Um dia livre pra pessoa vir com isso, ele só quer renovar, tá tudo estável, cê faz uma avaliação breve dele ali e renova a receita, tá tudo bem, não tem queixa. Se ele tem queixa, a gente manda agendar.

Júnia, por exemplo, afirma recorrer sempre à discussão dos casos em equipe, evitando que tudo fique em suas mãos. Ângela recorre a esta mesma estratégia, afirmando que a responsabilidade da linha de cuidado, quando recai apenas para si, causa um efeito angustiante em seu cotidiano.

Outra forma de pactuação que apareceu entre alguns sujeitos diz respeito ao controle das agendas. Não foi possível identificar uma diretriz em relação a essa questão que seja da SMSA/BH. Percebemos que as unidades fazem a gestão das agendas cada qual da forma como é acordado coletivamente, ou definido pelo gestor. Sendo assim, encontramos sujeitos que não detêm nenhum controle sobre a sua agenda, o que os leva a um sentimento de frustração e de perda de autonomia; outros o compartilham com a equipe, em especial a(o) enfermeira(o), o que configura um processo mais participativo, em que as regras do ofício são construídas de forma coletiva; e outros, ainda, delegam totalmente esse controle para a (o) enfermeira (o), se abstendo de fazer essa gestão. Nos segundo e terceiro formatos, empreende-se certa afinidade na forma de trabalho. Alguns médicos revelaram, inclusive, que se sentem "protegidos de si mesmos" quando esse controle é exercido pela(o) enfermeira(o), pois, havendo entre eles a cooperação, a(o) enfermeira(o) atua como um filtro, como uma forma de colocar limite no número de consultas, o que o médico, sozinho, não conseguiria fazer por ter a tendência de ir atendendo sem recusar nenhum paciente a mais.

Dentre os 26 sujeitos entrevistados, 10 incluem seus gerentes imediatos nesse processo, o que contribui para criar um elo e estender a rede de cooperação para as demais equipes e trabalhadores da unidade. Nesses casos, eles se sentem mais fortalecidos na invenção de um percurso marginal ao instituído, a bem dizer, às prescrições das regionais e do nível central.

7.2.2 A recusa deliberada

Um outro modo de resistência e subjetivação se revela no ato de dizer "não" ao que contraria as regras do ofício e os valores singulares de cada trabalhador. Esta é uma das expressões de resistência mais presente no cotidiano dos sujeitos. Essa recusa deliberada pode ser endereçada ao gestor, a colegas de equipe, à instituição ou até mesmo ao usuário: resiste-se ao dizer "não" ao trabalho esvaziado de sentido.

Jorge, por exemplo, relata um momento em que seu posicionamento foi fundamental em sua decisão de permanecer no SUS:

Eu tive um certo momento em que eu bati o pé e falei que então tá, eu vou embora por causa disso [...]. Queria normatizar a forma de receber os pacientes, de uma forma que eu não queria. Queria cercear o acesso do paciente. E reclamavam que eu, ao não fazer o mesmo cerceamento, eu tava criando uma dupla porta no posto, eu tava desacostumando as pessoas... só que eles queriam obrigar os pacientes a seguir uma norma que nenhum dos meus

pacientes se encaixavam. E isso foi muito angustiante, muito.[...] Bate na porta, tem uma menina lá fora querendo receber anticoncepcional:

- Não, não, hoje não, é só amanhã.

Aí amanhã descobre que o dia melhor para tomar o remédio era naquele dia... ou então que ela queria era do dia seguinte que já tinha tido a relação e então que ela tava angustiada com outra coisa... não se escuta!

Sua recusa não foi simplesmente a seguir um determinado fluxo no processo de trabalho da UBS, o que seria uma análise superficial, e sim a um modo (precário) de acolher o usuário e cuidar de uma população, o que ia de encontro aos seus valores e à proposta da Atenção Primária. A resistência se impôs diante de um conflito na constituição das regras do ofício, em que este, muitas vezes, possui sentido diferente para cada ator. Observamos que a recusa é mais assertiva quanto mais forte se impõe a autonomia. Pedro se posiciona da seguinte forma:

Protocolos, eles são trilhas, eles não são trilhos, eu não me prendo aos protocolos, eu não deixo que me tirem a autonomia.

Geralda também fala sobre o "não", dessa vez ao usuário, por lhe ser inegociável a abordagem do cuidado com a qual se propõe a trabalhar:

Vai ter um dia que o paciente chega lá e fala assim:

- Ó, eu quero captopril.

- Mas eu não vou passar isso, que o sr. vai estragar seu rim.

- Mas eu quero.

- Mas eu não vou te dar.

- Você é uma vaca!

Aí eu volto pra casa... nossa mãe... aquilo ali no dia te ceifa as pernas! Sabe? [...] Então aquele dia é o dia de fúria!

Aqui não se discute apenas uma conduta médica, mas, a partir da análise de sua entrevista, identificamos a resistência à cultura da medicação e da saúde como mercado, a um fazer instrumental centrado no uso das tecnologias duras. Importante destacar que se trata de arbitragens e ações que determinam, em certa medida, a forma de viver o cotidiano de trabalho sem distanciar-se dos valores essenciais que a levaram a entrar e, sobretudo, permanecer no SUS²². Daí percebemos que, muitas vezes, o ato de resistir passa por uma dimensão infinitamente pequena aos olhos do outro, mas para o sujeito, o efeito pode ser de um movimento novo, que inventa outras formas de vida e muda o curso da história (Proust, 1998).

²² Sabe-se que, ao contrário de Geralda, para evitar conflitos, muitos médicos atendem os usuários em suas demandas, sejam elas adequadas ou não. Ressaltamos, inclusive, o fornecimento de atestados.

Efros e Schwartz (2009) levantam três questões constituintes das resistências que podem emergir nas situações de trabalho e que participam das alternativas de se criar outras formas de vida. São elas: onde estou? O que eu sou? A que serve o que eu faço? São três perguntas que integram a dimensão identitária do trabalhador à construção do sentido de seu fazer, do uso de si por si e pelo outro. Em certa medida, Geralda consegue respondê-las naturalmente, sem qualquer intencionalidade, revelando o sentido pelo qual ela constrói suas resistências, o sentido do que isso significa para ela enquanto médica de família:

Cuidar pra mim é... cuidado pra mim é... é... é... isso entendeu? É ouvir, é escutar, é amenizar. Eu amo cuidar. É... então muitas das vezes isso aí te dá um gás, se eu conseguir, de três ou quatro dizer que eu consegui aliviar uma dor, tá ótimo. Eu aliviei dor sem remédio nenhum!

Nesse relato, o sentido de seu trabalho se constrói na perspectiva do cuidado com o outro, do acolhimento, na ênfase sobre o uso das tecnologias leves. Na narrativa de sua história, Geralda descreve seu ofício a partir de uma mudança de lugar: ela se propõe a cuidar (e não simplesmente 'atender') se colocando ao lado do paciente, frente a frente com a dor que lhe é endereçada e sua própria capacidade de escuta, e não por trás de uma mesa, de um carimbo e um bloco de receita. E, nesse caso, a medicação é apenas uma das ferramentas de trabalho, eventualmente utilizada e raramente a mais efetiva. Nesse fragmento, identificamos a resistência não apenas a uma demanda do usuário, mas a toda uma construção ideológica dos usos e representações sociais da medicina: a resistência a um lugar de poder, à mercantilização da saúde, a um modo instrumental de exercer a profissão.

A recusa deliberada emergiu também no discurso de outros sujeitos entrevistados, não apenas em relação a processos de trabalho que consideram inadequados. Como exemplo, há relatos de pressões para fornecer atestados sem saber para quem, para trocar receitas sem examinar o paciente etc. Pressões às quais eles resistem pelo exercício de uma medicina ética e cuidadosa.

*Tanto é que, igual eu falei, a gerente pediu pra eu sair carimbando, eu falei assim:
- Não, isso eu não faço.
E é muita reclamação, eu já vi muito médico reclamando:
- Poxa, eu tenho que renovar receita sem ver o paciente!
Então, falando assim, na verdade, não existe isso de "eu tenho que". Então tem a questão do processo de trabalho que é muito massacrante, [...] mas tem a questão de não estabelecer regras, de aprender a falar não. (Paulo).*

Na recusa, delibera-se por outros posicionamentos e criam-se alternativas para fazer de outra forma, dada a impossibilidade de manter-se submisso.

Outra forma de resistência, porém, em nível macro, envolvendo a categoria, refere-se à recusa dos médicos em assinar o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ), instituído pela portaria nº1.654 GM/MS, de 19 de julho de 2011. Trata-se de uma avaliação da qualidade do trabalho da Atenção Básica, elaborada pelo Ministério da Saúde em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, cujo objetivo principal é ampliar o acesso e a qualidade do atendimento na Atenção Básica. Nesse processo, são pactuados resultados em relação às áreas estratégicas da AB, a saber: saúde da Criança, saúde da mulher, controle da Diabetes *Mellitus*, Hanseníase, Hipertensão Arterial Sistêmica, Tuberculose, saúde mental e saúde bucal, e a produção geral de cada equipe. O alcance das metas propostas deveria se converter em aumento de repasse de recursos da União aos municípios (Brasil, 2013).

Entretanto, de acordo com os relatos dos médicos, os repasses não chegam às unidades e não se traduzem em melhorias das condições de trabalho, conforme a expectativa dos profissionais. Diante da falta de respostas sobre o destino dos recursos, os médicos se recusam a assinar o programa e as equipes não participam do processo, ainda que sofram pressões da gestão. Esta vem sendo uma ação respaldada pelo sindicato dos médicos²³, segundo relato dos sujeitos de pesquisa. Clara fala um pouco sobre esse processo:

Por exemplo, agora a gente tá numa queda de braço com o PMAQ, que eu acho que é uma política muito louvável, interessante, de valorização, de qualificação, de melhoria da Atenção Primária, mas que nós, enquanto servidores, não vemos com transparência onde é investida essa verba que vem para o município, pra melhoria e qualificação do acesso à atenção primária. Então a gente está muito insatisfeito e optamos por não assinar o PMAQ. Então, essa minha postura: não vou assinar!

Outro questionamento levantado pelos médicos é que, na percepção deles, o PMAQ propõe uma forma de controle sobre o que eles sempre fizeram. Melhor dizendo, o PMAQ não instituiu nada além do que compõe o cotidiano de trabalho das equipes, que é a busca pela melhoria dos processos e condições que viabilizem o melhor cuidado da população.

Enfim, manifesta-se a recusa deliberada, que pode ser entendida também como uma forma de transgressão, como experiência de liberdade. Liberdade que insiste e não se curva às intransigências das formas de governo sobre os homens.

²³ Embora muitos médicos se recusem a assinar, não se pode considerar que a adesão seja de 100% da categoria.

7.2.3 As transgressões

Além do "não" explícito, desenvolvem-se outras formas de recusa menos visíveis a partir das transgressões. Não nos referimos às transgressões à conduta médica, mas à potência normativa da organização do trabalho, que visa cercear o agir em saúde. Transgressões às formas de controle que tendem, muitas vezes, a limitar a autonomia dos sujeitos, normatizar e enquadrar em regras e protocolos a atividade humana.

Segundo Efros e Schwartz (2009), transgredir significa criar outros modos de fazer, subverter regras e normas antecedentes que não dão conta de cumprir as demandas do ofício, que nunca respondem plenamente às necessidades do trabalho. É colocar em questão a racionalidade das tentativas de controle sobre a atividade a partir de recomposições de modos operatórios, rearranjos, astúcias e subversão de condutas. Mais que uma "indisciplina", a transgressão é o recurso necessário para que o trabalho seja possível.

João, por exemplo, relata estratégias que incidem positivamente sobre a sua saúde, construindo outras vias que transformam o que seria da ordem do invivível e, conseqüentemente, sustenta sua decisão de permanecer no PSF. Ele se refere a ações que têm efeito transformador, na medida em que ele próprio consegue se posicionar enquanto sujeito do trabalho. Nesse sentido, João insiste naquilo que para ele é inegociável: sua concepção de cuidado, o tempo de escuta, o acolhimento, mesmo que para isso ele tenha que quebrar protocolos, como por exemplo intervir com outras abordagens:

Mas de vez em quando, eu tô passando homeopatia pros meus pacientes²⁴. Isso também abre uma possibilidade, né? Eu posso fazer uma coisa diferente. Tem coisa que eu consigo abordar com a homeopatia que eu não consigo com a alopatria. Então eu vou sedar todo mundo? Isso eu não quero fazer.

Essa é uma decisão que também tem seu custo, uma vez que João estende o tempo de atendimento para além dos 20/15 minutos preconizados pela gestão, pois a consulta homeopática demanda por um tempo maior. Frequentemente, ele permanece na unidade além do horário, comprometendo em certa medida seu tempo de descanso. Além disso, essa escolha o expõe ao risco de vivenciar conflitos com usuários que o aguardam. Assim, ele defende o seu fazer em saúde, de forma que o trabalho não se torne invivível, mesmo não

²⁴ Embora João seja também homeopata, seu cargo na SMSA/BH, para o qual ele foi aprovado em concurso público, é de médico da saúde da família, o que restringe, administrativamente, suas possibilidades de atuar como homeopata.

conseguindo agir de forma totalmente autônoma, sem conseguir gerir integralmente o seu tempo:

Não, eu não acho que pode ser simplesmente fazer. [...]Se você automatizar, você perde... quando você tá no automático você tem a técnica, mas você não tem a arte, né? [...]E cada um que traz, que entra aqui dentro, cada paciente que entra aqui dentro é... é um universo diferente, que eu tento entender pra ver como é que eu vou ajudar. Às vezes eu tenho que correr porque o...o... urge uma quantidade de paciente lá fora, o pessoal vai perguntar: cê tá demorando, o que que tá acontecendo?

João refere-se ao seu trabalho como arte, como criação, irredutível à instrumentalização. Nas reticências de sua fala emerge uma parte da atividade que talvez seja impossível de ser posta em palavras. Ele resiste ao sustentar seu compromisso com um trabalho bem feito, com uma saúde pública de qualidade, fundamentada na construção de vínculos. A transgressão se insere, assim, na perspectiva da restauração identitária (Lhuillier, 2015), uma vez que fazendo dessa forma ou, melhor dizendo, da sua forma, é que João se reconhece no que faz, não se deixando conformar às determinações da organização do trabalho.

Em nome desses vínculos, João expõe a face ambígua e contraditória da resistência, quando se recusa a participar de greves:

Nunca... nunca fiz uma greve, tá? Porque... cê pensa bem: eu trabalho com uma população que eu entro dentro de casa. Compara as diferenças de condição: o indivíduo não pode vir aqui consultar... o menino está passando mal, não tem acesso, se vai pra UPA, tá superlotada, essa criança... eu atendi a todo mundo: cê conhece essa família que tá passando mal! Como é que eu paro, sabe? Ah... eu estou sendo contra a minha classe? Pode ser que sim. Mas o que é que é pior? Eu ir contra um monte de gente que tem mais condição, ou ir contra esse povo que às vezes não tem nada a ver com isso diretamente e que tá sofrendo?Então eu... eu opto por não fazer isto.

Optar por não fazer greve pode parecer alienação diante das reivindicações de sua categoria, mas, visto de outra forma, ele resiste às pressões corporativas de classe, ainda que legítimas, para não deixar sua população sem atendimento. Interpretamos essa escolha como um ato, uma sublevação, relação de afeto sustentada pelo ofício. Ofício que se constitui pela ação de cuidar e de se responsabilizar por uma população vulnerável, com a qual construiu uma relação de confiança. Daí a resistência em suas múltiplas faces: conservação e invenção, negação e afirmação, mobilidade e imobilidade (Proust, 1997).

Danilo define a sua margem de autonomia, reivindicando-a no ato de acolher, no vínculo com seus pacientes e nos esforços despendidos para resolver seus problemas, o que faz com que ele também "burle" alguns fluxos e normas internas da UBS:

Eu acho que isso é que me segura um pouco, porque às vezes, inconscientemente, a senhora viu: eu tô aqui, quando vê bate aqui um... quer dizer, é amigo, já deixou exame aqui. Isso tudo... que eu tenho meu movimento normal, isso tudo é fora do script. Então... é... é isso, eu acho que isso me atrai, sabe?

Ele vem aqui hoje, aí ele inicia [uma medicação], não deu certo, a pressão não baixou, ele vem aqui no outro dia. Eu atendo sem marcar, sem nada. Tem... a gente tem esse compromisso.

E assim, a gente tem muito carinho. Por exemplo, visita é só quarta-feira, mas eu tô cansado de fazer visita aqui fora de hora. Entendeu? Assim, no dia que não é. Às vezes dá uma brecha aqui cê corre lá.

Os consultórios se configuram, assim, como espaços protegidos onde os médicos subvertem as regras organizacionais quando elas entram em conflito com a referência identitária que os definem enquanto médicos de família e comunidade, inseridos no SUS. As transgressões surgem, dessa forma, em favor da vida e do cuidado, tanto do usuário quanto do trabalho. Ressaltamos que reconhecerem-se no que fazem e sustentar alguma margem de autonomia e liberdade são valores inegociáveis, pelo menos a partir do exposto pelos participantes deste estudo. A resistência se impõe à pura execução de tarefas em nome do trabalho humanizado, vivo, em ato.

Uma forma controversa de transgressão pode ser percebida nos debates acerca da implantação do protocolo de Manchester. O Protocolo de Manchester é um instrumento de triagem que tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de prioridade para o atendimento a partir de procedimentos pré-definidos²⁵. Segundo relatos de trabalhadores e gestores, a implantação arbitrária do Protocolo, tal como aconteceu em várias UBS²⁶, é radicalmente questionada por trabalhadores, causando insatisfação e sofrimento. Esse fato foi constatado pela pesquisadora durante as entrevistas e também em sua atividade de trabalho.

Por outro lado, não é raro que, diante da imposição, algumas unidades façam adaptações de forma a usar a ferramenta com uma configuração totalmente diferente. Assim, conseguem organizar um pouco a demanda, sem interferir no vínculo entre os profissionais e o paciente. No decorrer de nossa pesquisa, apenas um sujeito entrevistado se mostrou favorável ao seu uso na unidade onde atua. Os demais médicos, entre aqueles que já têm a ferramenta instalada em sua unidade, e mesmo os que não a têm, se posicionaram de forma contrária, apontando a inadequação de seu uso na Atenção Primária - exceto nas situações em que ela é reformulada pela própria equipe.

²⁵ Fonte: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_acolhimento_classificacao_risco.pdf.

²⁶ Atualmente, a implantação do Protocolo de Manchester nas demais UBS está suspensa.

A proposta do protocolo é organizar o atendimento dos pacientes segundo o critério de gravidade. Mas, conforme os sujeitos explicaram, quem passa pela triagem, ainda que não seja um caso de urgência e tenha que aguardar, será atendido no mesmo dia. Assim, o que ocorre com frequência é que, na expectativa do atendimento quase imediato, muitos usuários não se dirigem ao acolhimento do PSF, mas vão direto para a triagem, muitas vezes simulando sintomas para serem atendidos no mesmo dia. Alguns médicos relataram, inclusive, que alguns usuários já "aprenderam" a burlar o instrumento. Essa manobra contribui para a fragilização dos vínculos, acrescentando ainda, que muitas vezes, se for triado, o paciente será atendido por outro médico que não é a sua referência. Além disso, soma-se a sobrecarga para os enfermeiros, responsáveis pela triagem a ser feita em menos de cinco minutos por paciente, e também para os médicos, que terão que dar conta de toda demanda. Daí o impacto na EqSF, pois reduz ainda mais o tempo disponível para as atividades de PSF, reduz o vínculo e a escuta qualificada passa a ser o levantamento de dados clínicos classificados por um programa. Pedro e Luísa questionam:

O Manchester é quase o fim do PSF, tá? (Pedro).

O Manchester eu falo que é só uma ferramenta, que não é própria pra atenção primária, e não teve nenhuma adaptação pra AP. Porque ele coloca em horas, prazo em horas, e a gente fecha, a gente não funciona em 24 horas. Como é que cê coloca prazo em horas? Não tem jeito. (Luísa).

Clara aponta para a fragilidade também no que concerne à efetividade da ferramenta, posto que ela é limitada a dados clínicos, e a abordagem da Atenção Primária é muito mais ampla:

Mas nem todo sofrimento altera dado clínico, né? E aí? Entende? Então, se chegar uma pessoa deprimida, chorando, angustiada, surtada... a PA [pressão arterial] está boa, a frequência cardíaca está boa, a temperatura vai estar boa, a saturação vai estar boa, então ele vai ser liberado, nós não temos instrumentos pra medir o grau de sofrimento das pessoas, pra elas precisarem ser ouvidas e acolhidas naquele dia. E aí? Como é que faz? E aí, nessa mesma discussão, a gente traz a nossa crítica, como médica de família, do sistema de Manchester pra Atenção Primária, que a gente não concorda. (Clara).

7.2.4 A resistência enquanto prática de discurso

Destacamos a face política da resistência enquanto ação de desconstrução da hegemonia de práticas e discursos sociais que definem o SUS como um Sistema ruim, pobre, para pessoas pobres. De acordo com Chauí (2014),

a hegemonia não é apenas conjunto de representações nem doutrinação e manipulação. É um corpo de práticas e de expectativas sobre o todo social existente e sobre o todo da existência social: constitui e é constituída pela sociedade sob a forma de subordinação interiorizada e imperceptível." (p. 25).

E é nesse sentido que percebe-se a presença e a força do discurso que constrói a fragilidade e inoperância do SUS, quando sua desqualificação é manipulada e divulgada pelas vozes e poderes que constroem sua destituição e é interiorizada pelos próprios usuários, beneficiários do Sistema. A luta pela desconstrução desse discurso é diária e árdua para os sujeitos de pesquisa, e se institui como construção de outro discurso, contra-hegemônico, uma prática social de resistência e subversão.

Clara descreve o que acabamos de dizer:

Há todo... um, um, um... um discurso, uma lavagem nas pessoas pra que elas acreditem nisso, prá quando vem à tona: você quer o SUS ou não? Ah, se você pagar tal... melhora. Entende? Então eles vão minando de maneira bem sutil, em todas as esferas, pra que as pessoas comecem a achar que esse sistema não é o ideal, que é errado, que é pra pobre, entende? Então a gente sofre muito com isso no dia-a-dia, você pergunta: isso te impacta? Impacta e muito, porque eu tenho que perder um tempo além daquele que eu investiria trabalhando outras questões no meu paciente pra alertá-lo disso, pra falar, pra empoderá-lo, pra ele entender o que é que está por trás desse discurso. Porque aí, se você tem ele do seu lado, ele é mais um pra te ajudar na queda de braço. Só que isso aí gasta tempo, isso aí come o prazo da sua consulta... não é que não é importante, mas é porque o nosso tempo já é exíguo, por causa da demanda louca, desenfreada, né? Então eu tenho muito medo das pessoas acreditarem nesse discurso que eles tentam colocar, nesse sucateamento que eles estão tentando fazer do SUS. E aí, quanto mais sucateado, mais fácil de eles convencerem as pessoas que esse sistema faliu, entende? Então é essa a preocupação muito grande, gera uma angústia enorme, e essa angústia interfere sim no dia-a-dia, né? Não só da gente como profissional, mas como gente, eu Clara cidadã, eu Clara fora do consultório, fora do Posto, né? Na minha crença, na minha luta diária pelo que eu acredito, pra mim e pro meu país.

Ela ainda esclarece

Eu não faço política partidária no meu ambiente de trabalho, mas eu faço política de saúde.

O relato de Clara nos remete a Flahault (1978), quando o autor afirma que a linguagem comporta efeitos que vão muito além da transmissão de informações, há algo a ser reconhecido sobre aquilo que o enunciado dá a conhecer através do discurso. O discurso, então, não deve ser entendido como uma “fala” ou uma sequência de frases, assimilado em sua literalidade, mas como prática da linguagem e prática social, estruturado e estruturante - a partir de um contexto social, histórico, político, cultural - uma dinâmica de produção de sentidos.

Essa modalidade de resistência é vivida de diferentes formas, seja na interação com o usuário, nos diálogos, no corpo-a-corpo, como também no esforço da categoria em se qualificar cada vez mais e tentar dar o melhor de si, contrapondo-se à figura do médico do "postinho", ao discurso discriminatório já mencionado em nossas análises. A prática desse "contra-poder" é vivenciada de diferentes formas:

Eu valorizo o meu trabalho. E não deixo o paciente desvalorizar, porque paciente às vezes, com a sensação de menos valia que ele tem, ele desvaloriza. (Jorge).

A primeira estratégia muitas das vezes, é eu me capacitar para atender aqui. (Tiago).

Aí eu tô me sentindo assim, que eu tô fazendo uma medicina relativamente de ponta! (Paulo).

Tais narrativas se convertem em ação na medida em que se traduzem em gesto, em ato, no exercício de uma medicina de família de qualidade, em uma prática engajada em transformar a vida do outro e, por consequência, também a deles próprios. A resistência vai se infiltrando, assim, no cotidiano das pessoas, inserindo uma perspectiva crítica que problematiza as bases sobre as quais se constroem visões de mundo e se estabelecem as relações com a realidade social. Ela propõe modos alternativos de caminhar na vida, promovendo pontos de interseção entre a potência de cada um e as histórias que se cruzam no processo de trabalho em saúde.

Joana, por exemplo, diante da precarização do trabalho, reconhece a impotência de mudar os mundos: o mundo do trabalho, o mundo da desigualdade, os diferentes mundos sem acesso aos determinantes sociais de saúde. Mas, mesmo que a impotência seja por ela vista como adoecedora, ela não recobre toda a sua atividade de trabalho, há algo que escapa, inapreensível, possivelmente, da ordem do real da atividade. Talvez, por isso, ela não desiste de transformar, mesmo que em níveis mínimos, esses mundos.

Assim, Joana considera como fundamento da própria resistência, a resistência de seus pacientes às condições árduas de existência, sobre a qual ela dispõe ou constrói recursos próprios para dizer não ao que lhe é insuportável, ao que a levaria a não dar conta da vida e do trabalho no SUS:

Eu acho que não é só isso, mas também, é... acho que o cenário de vida, acho que eu tenho muita força na força das pessoas, na resistência das pessoas, eu acho que é uma inspiração grande pra mim, assim, entendeu? Eu acho que resignificar é uma coisa, mas não é o mais importante. Acho que o mais importante é o tanto que eu me inspiro naquelas pessoas, com recursos poucos, darem conta da vida, sabe? Apesar de muito pouco. [...] Enquanto trabalhadora eu tenho às vezes muito menos do que eu preciso, e assim, elas dão conta da vida em lugares... que se acha... que podia desistir. Então eu acho que isso aí é a minha

principal fonte de inspiração e de resistência. São os meus pacientes com a vida deles e como eles dão conta da vida em condições super inóspitas, entendeu? Não que eles tenham que se resignar com isso. Eu acho que tem que gritar, brigar e melhorar as condições de vida porque é direito, assim como a gente. Eu acho que assim, a gente tem que gritar, brigar, melhorar as condições de trabalho, condições de salário, as relações, eu acho que resistir não significa aceitar. Mas é isso que é a minha fonte de resistência. São essas pessoas e a vida delas.

Joana reconhece as dificuldades de seu dia-a-dia e o quanto impactam em sua saúde e qualidade de vida. Embora não promova uma transformação nas condições concretas de trabalho, ela consegue ressignificar o seu fazer, seu estar-ali, confirmando seus valores e o sentido do trabalho:

Eu acho que nada como um dia depois do outro, acho que tem dias muito difíceis, né? Mas tem dias que são muito reconfortantes também, né? Mas tem dias que eu acho que são leves, ou mesmo os que são pesados, que você faz a diferença na vida de alguém, eu acho que isso tudo é uma forma de se alimentar.

De repente, não vai chegar lá onde você quer, mas você vai chegar em algum lugar e na mesma direção, né? Não num lugar torto. Na mesma direção, que já faz a diferença pra aquela comunidade, pra aquela pessoa. Então já é algo, já é muito. Então, assim, mesmo que não seja o ideal, eu acho que, assim, saber que se faz a diferença, que ajuda a dar um pouquinho mais de saúde, de alegria, de esperança, isso já é o diferencial de manter o afã, de manter o ânimo, e também de, no dia-a-dia, ressignificar isso, apesar das limitações etc. e tudo, pode se chegar a algum lugar que é um lugar de significância, embora não seja o lugar que você idealizou e sonhou.

Diante daquilo que lhe causa indignação, Joana destaca a face política da resistência, que se revela na luta por melhores condições de vida e trabalho:

Então, embora tenha esse movimento de resistência e tudo, eu acho que a gente [trabalhador] também não tem que se conformar com isso. Como eles [comunidade] não têm que se conformar com a pobreza, com a distribuição de renda desigual, com a falta de escolas boas pros filhos deles, restando um único caminho de sobrevivência... o único não, mas às vezes um possível, não é o único, né? É o que eles veem mais próximo, o tráfico, como uma forma de ganhar dinheiro e respeitabilidade. Não é só dinheiro, é respeitabilidade, é pertencimento. É ser, no lugar, e quem mora na favela não é nada, né?

Pode-se considerar que estar junto a esta comunidade, prestando assistência à saúde com qualidade, levando escuta e respeito às suas histórias de vida, tão rechaçadas por um sistema de poderes políticos, sociais e econômicos dominantes, são atos de resistência. Atos que asseguram ao usuário o seu lugar de sujeito social e a UBS o espaço de cidadania, desconstruindo o exílio das comunidades de vilas e favelas ao não-lugar, à exclusão, à invisibilidade. Sílvia segue na mesma direção:

Assim, eu não consigo... se a gente vai marcar uma consulta no particular, no convênio, você liga, você olha a hora que você pode, que você não pode, quer dizer... o nosso paciente não vai marcar por telefone mas ele pode ter o mínimo de... sabe? De escolha, de... entendeu? Cê já imaginou que você não pode escolher nem o horário da consulta, sabe? Às vezes esse paciente tá aqui há horas e horas, ninguém fala assim:

- Oh, fulano, cê tá com fome? Cê quer ir em casa e comer e voltar? Ou cê quer voltar mais tarde? Cê quer esperar?

Sabe? Eu dou a escolha:

- Cê quer? Ó, vai demorar... ó, não vai demorar não, tem dois na sua frente, tem um na sua frente.

Eu converso com o paciente, eu vou lá na frente e converso com o paciente e tal. Eu acho que a gente tem que fazer isso, é um direito do paciente de saber, entendeu? Tem coisas mínimas, sabe? Que eu acho que não custa, não é porque o paciente tá aqui, porque é posto de saúde. Porque é SUS, o paciente não tem direito mínimo?

Tais posturas, tais atos, não recebem destaques, não são veiculados pelas mídias, mas se fazem presentes na cidade e no cotidiano de trabalho desses atores.

7.2.5 A criatividade

A atividade do médico de PSF, no SUS, solicita a capacidade de reinvenção e improvisação de fazeres de maneira permanente, já constituindo, por si mesma, um processo de resistência. Resistência às condições de trabalho, ao contexto sociopolítico, aos poderes hegemônicos (políticos, corporativos, econômicos), à intransigência das normas antecedentes. E, nesse sentido, podemos afirmar que resistir é criar condições para que a vida não seja somente repetição e execução de determinações pré-concebidas pelo sistema produtivo. Trata-se, dessa forma, de encontrar outras vias de agir no mundo, não apenas problematizando mas também transformando o que está posto em algo novo, por vezes inusitado. Dizendo de outra forma, é convocar a criatividade para que a vida não se torne invivível.

De acordo com Scherer e Menezes (2015), a criatividade é discutida, aqui, como um "processo social participativo" (p.92). Isso significa que não se trata de uma ação aleatória e individual, mas que ela se constitui a partir das necessidades locais e das potencialidades humanas dispostas a agir sobre esse contexto. Dessa maneira, embora muitas vezes o médico de família ocupe um lugar de protagonismo, esse lugar é compartilhado, as ações sempre incluem outros atores, rompendo o isolamento.

A criatividade aparece nas entrevistas de diferentes formas. Uma delas, na busca por possibilidades de tratamento adequadas a cada caso. Conforme um dos sujeitos afirmou, não adianta propor a melhor linha de tratamento, prescrever o melhor medicamento, solicitar os exames mais modernos. Ele tem que propor o que for melhor dentro das possibilidades de seu usuário e daquilo que ele terá acesso. Daí a necessidade de ser ainda mais criativo.

Alguns sujeitos relataram a importância de desenvolver ações que envolvam mais o usuário, favorecendo melhores resultados para o projeto terapêutico:

É... então faço muita coisa diferente, tudo assim... às vezes alguém fala assim:

- Ó, eu já fiz isso.

Eu falo:

- Ó, vamo experimentar fazer assim também?

[...] Então assim, umas coisas que quebram... E quebra esse negócio da saúde, né? De que tem que vir aqui, né? Vamo em outro ambiente, né? Falar de saúde em um outro ambiente... já fomos na escola, então, assim, gosto muito de diversificar, eu não fico fazendo uma coisa só. (Renata).

Então eu acho assim: se a gente ficar só no atendimento, eu receitando remédio para pressão, o povo não toma de jeito nenhum. Todo dia falando a mesma coisa: - fulana, não pode comer doce. Você é diabética... tem coisa que tem que repetir mesmo, umas duzentas vezes, mas você fazer uma coisa diferente... isso é que dá... ânimo pro seu trabalho. (Márcia).

A gente tem o clube da ginástica que eu faço a ginástica. Uma vez por semana eu ensino o pessoal ginástica mais pesada, aí a gente usa peso com cimento, com garrafa pet... (Gerson).

Diante de uma demanda cada vez maior de usuários e da ineficácia das prescrições formais, os médicos identificam a necessidade de pensar outras abordagens. De maneira mais ampla, o ato criativo não é endereçado apenas ao outro, ao usuário dos serviços. É uma ação que se volta para o próprio sujeito, no sentido de cuidar de seu ofício e exercê-lo de forma condizente aos seus valores e saberes: saberes que se expandem para além da medicina tradicional e dialogam com saberes de experiência, saberes psicossociais e multidisciplinares.

Nesse sentido, criar é um ato de resistência que ressignifica o trabalho, sustenta ou reconfigura o sentido de ser médico de família no SUS. João corrobora a relação entre o ato criativo e o sentido do trabalho:

Toda vez que a gente pode criar alguma coisa, pesquisar uma coisa, investigar alguma coisa, tendo, assim, esse espaço, eu acho que isso dá uma atenuada, porque a gente cresce com o trabalho. A gente descobre alguma coisa, né? Essa sensação que a gente tá crescendo com o trabalho, é... eu acho que ajuda muito a gente a permanecer aqui. Tem horas que se eu não puder fazer mais nada, não posso criar, não posso... que engessar demais, o quê que tá fazendo aqui? (João).

Outras alternativas se consubstanciam no formato de projetos de maior ou menor alcance, mas que vão ao encontro dos usuários, extrapolando as paredes dos consultórios e invadindo os espaços coletivos. São projetos voltados para temas relevantes no que concerne à saúde pública, como Ricardo exemplifica:

A gente tem uma demanda assistencial muito grande, né? Mas sempre dá pra fazer alguma coisa, então a gente... de montar mesmo ações educativas, às vezes em forma de mutirões... nada tão novo que a gente não esteja copiando, mas colocando em prática. Então às vezes a gente faz mutirões, por exemplo, de saúde da mulher, com foco em... às vezes abordar a saúde sexual, a prevenção de doenças, né? E... às vezes outros pequenos projetos, assim, cuidadores de idosos, é... trabalho com adolescentes em escolas.

Pedro fala de alguns projetos que já desenvolveu, mas na atual gestão da UBS em que atua essas ações perderam o espaço para o atendimento de casos agudos e demanda espontânea, limitando sua margem de ação e priorizando os limites do trabalho prescrito:

Quando a gente tava com os grupos de convívio social e caminhada, a demanda de agudos diminuiu muito. Entendeu? Lá a gente aferia a pressão todos os dias! Todo mundo que chegava, tinha uma equipe de pelo menos três, quatro pessoas pra aferir, e via a pressão de todo mundo. Até pra evitar que uma pessoa com pressão descompensada participe da atividade e passe mal, né? Acompanhava todo dia, esses usuários. Poxa, ninguém conhecia parque, a lagoa da Pampulha, o parque ecológico, a lagoa da Pampulha, moram aqui do lado, eles não conheciam, entendeu? O parque das Mangabeiras lá em cima, ninguém conhecia o parque das Mangabeiras! Então, assim, são pessoas muito humildes, carentes, em grande parte são pessoas sem nenhum nível de instrução, [...] Mas já foi mais bacana sim, já foi mais bacana. (Pedro).

Manter-se submetido ao controle irrestrito das prescrições taxativas pode levar Pedro ao sofrimento, seja ele o sofrimento que evolui para o adoecimento ou aquele que mobiliza a subjetividade para inventar outras formas de resistir. E aí que percebemos a solicitação de outras modalidades por onde a resistência escapa às injunções, por onde ela desliza e se infiltra no ato do ofício, seja pelos pequenos gestos, pelo discurso, pelas arbitragens.

Assim, a criatividade se manifesta na luta pela construção de modos alternativos de promover o cuidado, de tratar doenças crônicas ou agudas, de promover a cidadania e a luta pela conquista dos determinantes sociais de saúde. Várias ações incluem essa dimensão e foram relatadas nas entrevistas e também identificadas pela pesquisadora fora do contexto de pesquisa, como por exemplo:

1- Projeto de controle do peso: esse projeto, desenvolvido em uma UBS, tem um médico de PSF à frente, como idealizador, mas contando com a participação de outros atores da unidade. O objetivo é trabalhar com grupos a importância do controle do peso e de uma alimentação saudável. São grupos abertos, podendo ser constituídos por idosos, por pessoas com sobrepeso ou não. Eles promovem caminhadas, atividades de dança. Conseguiram, inclusive, patrocínio para confecção de blusas. O projeto inclui visitas domiciliares, em que o médico vai acompanhado de nutricionista e/ou fisioterapeuta, com as quais se busca conversar e orientar a pessoa responsável pelas compras e pela cozinha da família; o peso do usuário vai sendo controlado desde sua inserção no grupo. Criou-se, assim, uma forma de abordagem integral, envolvendo a família do paciente e equipe multidisciplinar da UBS.

2- Projeto "Meu filho é um pintinho": projeto de prevenção da gravidez na adolescência, em parceria com a escola da comunidade. Nesse projeto, o médico, em parceria também com outros colegas da unidade, propõe às alunas adolescentes que elas cuidem de um

pintinho por um período determinado, normalmente uma semana. Elas têm que alimentá-lo, antes de ir para a aula, e provê-lo de todos os cuidados necessários que um bebê precisa. Ao final do prazo, ele trabalha com elas a seguinte questão: e se fosse um filho?

3- Projeto "Brincar de viver": desenvolvido em uma unidade que fica numa região com muitos casos de violência contra a criança: abuso sexual, negligência, maus tratos e frequentes assassinatos de jovens pelo tráfico. Muitas crianças presenciaram o assassinato de seus pais. Esse projeto foi desenvolvido em parceria com equipes de psicologia e um médico da UBS que se veste de palhaço nos atendimentos, com o objetivo de trabalhar com as crianças, de uma maneira lúdica, o resgate da autoestima. Dentre suas atividades, eram desenvolvidas "palhestras" onde se trabalhava temas como luto, violência e outros.

Outras ações são desenvolvidas, nem sempre com a mesma conotação de um projeto. São estratégias do "caso a caso" para cuidar da comunidade e conquistar a confiança de sua população. Uma médica relata uma dessas estratégias, criada por ela para estabelecer vínculo com um usuário:

Nós temos acumuladores aqui, né? Síndrome de Diógenes. Que é dona Maria com Seu João. [...]Aí sempre a gente tá discutindo o caso dele, e tal, e eu descobri que ele gosta de mexer com jardinagem. O dia que ele veio consultar comigo, que ele tá até com sonda, que ele tirou um CA [câncer] de próstata agora, e tava o pessoal falando que ele não gosta de vir aqui no posto, que ele não gosta do pessoal aqui do posto, que o pessoal quando vai abordar ele, sempre aborda nesse negócio dele ser acumulador, de ter que limpar a casa... aquela questão toda. Ele e a esposa. Aí ele veio, comigo, aí ele veio já com a cara fechada:

- Ah, porque eu vim, porque eu num tô passando bem...

- Ô seu João, deixa eu falar com o senhor, é... tem uma árvore bonita lá na porta do senhor! Ele poda, ele faz aqueles trabalhos, sabe? Aquele trabalho de jardinagem mesmo, sabe? Que faz aquelas esculturas nas árvores, ele faz aquilo. Eu falei:

- Nó, eu passei em frente a casa do senhor, tinha umas árvores bonitas...

- Aquilo eu que faço, e tal...

- O senhor trabalha com aquilo?

Aí ele já ficou todo empolgado!

- Que eu já trabalhei lá no Belvedere, na casa de fulano, na casa de sicrano...

- Nossa, e eu adoro jardim, ah, não, quando o senhor sarar desse negócio aí o senhor vai lá na minha casa mexer no meu jardim pra mim.

A partir desse dia, ele chega aqui o pessoal fala:

- Nó, ele vem aqui com a cara boa agora, né?

Que nós não tamo abordando mais com essa questão de ser acumulador. Aí cê vê que teve o mutirão, ele deixou entrar no quintal dele, ele não deixou entrar dentro da casa, mas ele não deixava ninguém entrar dentro do quintal dele, não. Ninguém.

Vê-se, assim, como vão se criando alternativas, outras formas de aproximação e fortalecimento de vínculo, menos ameaçadoras e mais efetivas, permitindo que o médico e a equipe de saúde se aproximem dos usuários de forma menos hierarquizada, sem destituí-los do lugar de sujeitos, autores de um projeto de vida. Outras estratégias vão se fazendo

presentes no cotidiano, invenções de novas formas de cuidar, de transitar por outras vias que facilitem o acesso àqueles que necessitam do cuidado. Ações que implicam ir até onde a população está, seja em áreas de ocupações, áreas atingidas por enchentes, creches, asilos e escolas.

Uma médica relata uma ação desenvolvida por ela em conjunto com outras equipes do centro de saúde, em becos da comunidade:

A gente tem um beco aqui que era, os meninos... era um beco dominado pelo tráfico, então as crianças estavam infestadas de piolho. Então a escola... a gente tem uma parceria muito boa com a escola. A escola vinha e dizia:

- Ah, sua família está com piolho!

Então tratava e voltava de novo. Então, vamos lá neste beco. Aí a gente foi, fez um mutirão da beleza, aí foi o povo da zoonose, limparam tudo, aí nós fomos pra lá com batom, com shampoo, com creme. Aí a gente aplicava o remédio, lavava a cabeça deles, das mulheres... todo mundo tava com piolho, rsrsrs, e aí foi um barato. Aí arrumava o cabelo delas, maquiava... foram várias idas, aí depois a gente levou salgado, fez festa no beco, então assim, tem muita coisa legal sabe? Mas é muito bacana, é muito motivador.

Geralda, faz o seguinte relato:

Eu tenho foto de passeio que eu fiz em zoológico com idosos de 80, 90 anos, do grupo de hipertensos, diabéticos, população... cê passava na padaria:

- Aqui, eu preciso de três pacotes de pão de forma de doação pra gente fazer lanche pra hoje, a gente tá indo pra... pra pracinha lá... Aí você ia no Zequinha da esquina:

- Aqui, você me arranja umas latinhas de sardinha pra eu fazer um sanduíche natural?

O outro doava gelatina... Enfim, a prefeitura cedia o ônibus, a gente via lá o bilhete não sei de quê, e aí cê chegava lá, os idosos de 80 anos nunca viram um leão, nunca foram num zoológico... Ah, é uma coisa, assim, sabe? De outro mundo! Então fazia trabalhos de... de... exercício físico nos galpões da escola...

Passeios coletivos, saídas, encontros que promovem a socialização e a abordagem da saúde a partir de outra perspectiva que não a da doença são descritas como estratégias de saúde e cidadania para o usuário. Destaca-se que, em muitas dessas atividades, crianças, jovens de 15, 16 anos, assim como idosos, pessoas que nunca saíram de suas comunidades, encontram a possibilidade de conhecer e interagir com a cidade, de descobrir outros mundos. No atual contexto, muitas dessas ações ficaram reduzidas em função do aumento das demandas e da sobrecarga de trabalho. Mas isso não significa que a resistência tenha se exaurido, e sim que ela vai adquirindo outros formatos, disfarces variados, para que os sujeitos perseverem em seus embates cotidianos.

Enfim, das estratégias individuais às coletivas, os médicos vão reinventando seu fazer e reafirmando a saúde como direito de todos, ainda que o Estado venha se esquivando de seu dever.

7.3 Trabalhar com saúde: outras saídas possíveis

Embora a precariedade das condições de trabalho, anteriormente descrita, seja compartilhada por toda a rede, observamos aspectos que singularizam cada situação de trabalho e também a forma como cada sujeito os vivencia e constrói saídas para se fortalecer. Por exemplo, embora Maria cubra uma população de IVS de elevado risco, tanto quanto Josué, ela atende 2000 pessoas, enquanto ele atende 4000. Enquanto Luísa atende a aproximadamente 5000 pessoas de muito elevado risco, José atende 3000 de médio risco.

Além dessa questão quantitativa, associada ao risco de vulnerabilidade, acrescentamos as características próprias de cada território, de cada população. A UBS na qual Ana atende está localizada em um bairro de classe média, com ruas largas e tranquilas, pouco povoadas. A UBS de Júnior, ao contrário, está localizada em uma vila, numa instalação precária, em meio a ruas estreitas, povoadas por jovens sem ocupação, que não frequentam escola e que por ali se acomodam ao longo do dia, observando o entorno, conversando em pequenos grupos.

Além dessas e de várias outras especificidades de cada comunidade, incluímos as características de cada sujeito com suas histórias singulares. Muitos dos médicos entrevistados têm a resistência já inscrita em sua narrativa e já a trazem em seu próprio modo de caminhar na vida, incluindo a trajetória que os levou a se formarem em medicina. Outros, portadores de histórias com menos embates, muitas vezes acenam para as condições de adversidade e luta com mais distanciamento. Logo, não podemos ignorar a importância dos contextos sócio-históricos, tampouco as características de cada sujeito nas formas como a resistência, o conformismo ou mesmo as estratégias defensivas se manifestam, e em quê elas se ancoram.

A partir dessas características pessoais, absolutamente singulares, observamos a presença, mais ou menos evidente, de diferentes recursos de defesa que ajudam os trabalhadores a lidar com as dificuldades do dia-a-dia do trabalho e a se manterem em condição de saúde. São mecanismos conscientes que se situam no que podemos considerar um espaço intermediário, posto que não se configuram como ações transformadoras sobre a atividade, mas também não são estratégias defensivas, que tendem para a negação das reais

condições de trabalho. São movimentos que visam a proteção de si, o auto-cuidado, mas que não são alienantes nem negam a realidade e os riscos aos quais estão expostos.

Renata, por exemplo, descreve as seguintes saídas para lidar com as adversidades e não adoecer:

Eu faço muita piada das coisas, sabe? E brinco muito com os pacientes. [...] Então às vezes eu brinco com eles, eu rio com eles, eu choro com eles, eu me solidarizo com eles. Então eu acho que, com isso, eu vou lidando, né? Com essas questões, e tenho meus próprios filtros também, né? Eu tenho minha atividade física, que eu faço, que é regular; eu tenho um lugar de lazer de fim de semana, que eu vou toda semana; então eu... sabe, tenho uma família extremamente bem estruturada, tenho um casamento de quase 25 anos. Então uma família super estruturada, feliz, bem, sabe? Então, e assim, eu procuro, como eu te falei, eu procuro fazer o meu melhor todo dia.

Júnior desenvolveu a seguinte estratégia:

Eu preciso me desligar daqui, quando eu saio eu tenho que apagar a existência do CS. Eu acho que é o que não me adoeca, né? [...] Realmente eu apago, e aí eu tenho oito horas de trabalho, e o resto é por minha conta, eu cuido das minhas coisas, e tal, e eu acho que é o que me mantém com um pouquinho mais de saúde.

Raquel se ampara no prazer de fazer um trabalho bem feito e no suporte familiar:

Eu ainda consigo ver um resultado meu, sabe? Um bom controle, né? Das pessoas, dos idosos... Eu vejo ainda um bom controle das crianças que a gente consegue dar uma sequência... sabe? Ainda assim, apesar de muitas frustrações, ainda eu tenho algumas coisas boas que me satisfaz, sabe? Mas eu não tô nem aí, eu tô vindo e tô feliz, e tô tentando aproximar das pessoas, e tenho esse suporte familiar muito bom, né?

Lúcia consegue proteger-se de um possível estresse relacionado à quantidade de demanda da seguinte forma:

É... o que vier cê vai tentando manejar e isso eu acredito, vai chegando eu vou atendendo, e tentar não pensar muito na frente. Que eu vejo muito de angústia aqui é pensar: não, amanhã vai ter um monte de gente! Aí a pessoa começa a ficar aflita e angustiada porque PODE²⁷ ter isso, PODE ter... então eu tento não pensar muito nisso.

No caso de Josué, a ênfase de sua narrativa recai sobre a impossibilidade, sobre a impotência. Ele fala que não consegue fazer o PSF como gostaria e da dificuldade em ser criativo em seu trabalho:

A gente consegue sair muito pouco do dia a dia, do que é o agendamento. Por exemplo, grupo, eu não tenho tempo pra fazer grupo. Eu acho que seria bacana, eu gosto disso, mas eu... mesmo fora da epidemia de dengue, a gente não consegue. Talvez, assim, o que a gente não faz é por causa da demanda. Se a demanda fosse menor, a gente poderia usar de diversos outros meios pra poder estar trabalhando. Aqui é eminentemente atendimento de agenda. A gente faz visitas domiciliares, mas não tem tempo... a gente não consegue.

²⁷ Ênfase do sujeito.

Quanto às estratégias que utiliza para se proteger, ele menciona a fé em Deus e uma família que o acolhe e lhe dá sustentação afetiva. Para evitar o desgaste, Josué fala de um trabalho mental, o qual descreve como um esforço de pensar que essa é sua escolha, que tem o lado positivo de estar trabalhando perto de casa, e de pensar a importância de seu papel diante dessa população, ou seja, ele se ampara nos aspectos positivos de estar nesse lugar. Ele desenvolve, assim, essas estratégias pessoais para lidar com as fragilidades do sistema, as quais ele denuncia.

Observamos em Josué uma aparente passividade ante sua condição de trabalho. Por exemplo, ele se queixou da configuração de seu consultório, da cadeira defeituosa que utiliza ao longo de sua jornada de trabalho de 40 horas semanais, que lhe causa dores lombares, mas não acrescentou nenhum movimento para mudar essa condição. Ao contrário de João que, por sua vez, intervém em seu espaço físico para tornar seu local de trabalho mais adequado:

Eu acho que eu não pensei na resistência mas eu pensei nos meus mecanismos de estar melhor comigo mesmo, aqui, né? A forma de arrumar a sala, de... eu já pensei em modificar de novo, eu já penso: o quê que eu vou fazer pra melhorar essa sala? Porque vai melhorar minha dinâmica enquanto eu trabalho, a forma como eu levanto, né?

Por outro lado, apesar dos relatos de Josué expressarem ressentimento, frustração e uma aparente passividade, conforme assinalamos acima, eles confirmam sua convicção de que é no SUS que quer atuar. Ele reitera a todo momento que, apesar das dificuldades, acredita na Atenção Primária, que espera mudanças e que uma de suas formas de lidar com as carências é dar o melhor de si. Percebemos que diferentes posicionamentos definem suas condutas, ora aumentando, ora restringindo o poder de seus atos sobre o trabalho. Isso nos leva a pensar que ele não apenas se defende, ele também resiste.

7.4 A resistência na "corda-bamba e de sombrinha"

Os movimentos de resistência, assim, tomam forma a partir de posicionamentos ético-políticos de sujeitos singulares, seja enquanto ações individuais - que sempre reverberam no outro - como também de ações que encontram ressonância e parceria entre pares, equipes, usuários e gestores. De práticas discursivas ao ato técnico, a resistência vem mantendo esses trabalhadores no SUS na luta pela sobrevivência de um projeto político de saúde pública.

Mesmo fora do contexto de pesquisa e das entrevistas desenvolvidas com os sujeitos participantes, a atividade de trabalho da pesquisadora permite que ela circule pelas demais

unidades e espaços de trabalho do SUS/BH, ampliando sua visão da rede e dos modos de funcionamento dos sujeitos, singulares e coletivos, muito além do que foi proposto no nosso percurso metodológico.

Assim, inseridos no campo, percebemos a abrangência da resistência e da criatividade no trabalho e o quanto se expandem em movimentos que transformam a vida dos usuários dos serviços e dos trabalhadores. São movimentos muitas vezes discretos, exceto nos territórios onde acontecem e, frequentemente, pouco reconhecidos pela própria instituição.

Relatamos aqui o caso de uma UBS na qual a resistência e o ato criativo dos trabalhadores - e aí não incluímos apenas os médicos de PSF, ainda que eles tenham um papel de referência e uma representação muito forte no coletivo, mas também as outras categorias profissionais²⁸ - além de promoverem saúde, cidadania e visibilidade às pessoas do território, se traduzem também como ações coletivas de cuidado sobre o próprio trabalho, tornando-o defensável por aqueles que o executam.

As EqSF dessa UBS são responsáveis por populações de quatro mil a quatro mil e quinhentas pessoas, em uma comunidade classificada como de elevado risco. Entretanto, de acordo com o conhecimento do território pelos trabalhadores, se fossem reavaliar e atualizar as informações, ela se enquadraria, na realidade, em muito elevado risco. É uma comunidade em que as pessoas são totalmente SUS-dependentes, com elevado índice de violência e sob influência de um forte poder paralelo do tráfico local.

O coletivo da UBS entende que há um "respeito" desse poder ao centro de saúde, porque eles reconhecem a importância do serviço para a comunidade e, por isso, não há interferência ou ameaça aos trabalhadores. Percebemos que é uma comunidade de trabalho em que as complexas variáveis do "viver junto" coexistem com o desafio de cuidar da população. Ou seja, é um espaço de trabalho em que as relações são atravessadas por controvérsias: há conflitos, fofocas, antipatias e simpatias, competição e cumplicidades entre trabalhadores e mesmo entre trabalhadores e usuários. Mas não é por isso que a cooperação no trabalho deixa de existir, as diferenças são debatidas - nem sempre chega-se a algum consenso - e, sendo assim, não há margem para uma idealização enganosa, relativa à coesão da equipe. Não obstante, percebemos que há um eixo comum, em torno do qual se sustentam a solidariedade e o coletivo, que é o ofício. Ressaltamos que esse coletivo abarca grande parte dos trabalhadores da unidade, mas não é sua totalidade.

²⁸ Nos referimos aqui, nesta unidade, aos ACE, ACS, técnicos de enfermagem, enfermeiros e equipes de saúde bucal.

Outro ponto a destacar é que esse modo de agir não foi sempre assim. Alguns fatores foram marcantes nesse processo: a mudança do gestor local e a presença de valores compartilhados pelos médicos de saúde da família, que possibilitaram a cada um e coletivamente, construir com sua equipe uma linha de trabalho centrada no paciente e nas diretrizes do SUS e da Política Nacional de Humanização. Reiteramos, ainda, que os dissensos e conflitos aí se fazem presentes em vários momentos.

Uma forma de funcionamento que se destaca entre as EqSF é a busca pela horizontalidade de lugares e poderes: não há ali exclusão ou desprezo por categorias profissionais que não sejam de nível de universitário. Não apenas os ACE, como os ACS e os auxiliares de enfermagem, são integrados ao coletivo e considerados como fundamentais no reconhecimento das necessidades do território, no acesso e identificação dos problemas, enfim, no processo de trabalho em saúde. Assistimos a um empoderamento diário desses atores através do respeito ao seu lugar de fala, da valorização e solicitação de seus saberes na conduta cotidiana e no desenvolvimento de novos projetos. Os médicos expressam a importância do trabalho dos outros membros da equipe como parte essencial no desenvolvimento do seu próprio trabalho, por isso caminham juntos, compartilhando o cuidado e o conhecimento²⁹.

Outro dado importante é o consenso, entre a maioria dos trabalhadores, de que a população, já tão sofrida, precisa ser atendida, o que os leva a fazer o possível para que nenhum paciente fique sem atendimento. Independentemente da divisão em equipes, os médicos não se recusam e nem tomam como um "favor" ou "abuso" atender algum usuário que não seja cadastrado em sua equipe. Preferencialmente, ele deverá ser atendido pelo seu médico, mas diante de qualquer imprevisto ou dificuldade, será atendido por outro, sem que isso se transforme em querelas de quem atende mais ou que um "empurra" paciente para outro. Da mesma forma, eles incluem as populações de ocupações, pessoas ainda sem um "endereço" formal, são acolhidas na UBS, mesmo sem pertencer a alguma das equipes. Esse é o princípio básico desse coletivo: todos são acolhidos, seja na vulnerabilidade física quanto na psicossocial.

E, fundamentando o trabalho nesse princípio, um dos trabalhadores aponta para a incompatibilidade do uso do protocolo Manchester com a forma de trabalho da unidade:

²⁹ Esse modo de funcionamento foi testemunhado pela pesquisadora durante sua própria atividade de trabalho, fora do contexto da pesquisa.

O Manchester é um bom instrumento de triagem, pra urgência, onde você vai ter um atendimento focal, pontual, daquilo ali que tem que atender naquele momento. Mas na atenção primária como é que eu... uma mulher que acabou de ser espancada pelo marido, chega aí chorando, onde é que o Manchester vai triar esta mulher, onde é que ela entra? Onde é que ela entra? E por aí vai. Eu tenho um exemplo... tenho vários... outro dia chegou uma adolescente de quatorze anos que o pai espancou com fio de luz, a menina tava toda marcada de fio de luz, veio trazida por duas amiguinhas adolescentes, porque a menina fugiu pra casa delas. Onde que isso passa na triagem de Manchester? Então, assim, essa é outra coisa que a gente não é de acordo pra atenção primária, tem que ter um instrumento sim, mas a gente crê que não é dessa forma, né? Não é pondo termômetro, medindo a pressão, contando frequência cardíaca que você vai conseguir separar quem é que entra, quem é que não entra, né?

Essa UBS possui uma organização do trabalho própria, construída ao longo dos últimos anos pelos trabalhadores, lembrando que o gestor local, gerente da unidade, é integrado a esse coletivo, ocupando um lugar de gestão e, sobretudo, de parceria. Essa proposta de co-gestão torna possíveis os espaços deliberativos, fortalecendo a potência criativa e a construção de um patrimônio comum. E nesse aspecto, identificamos as margens de ação que são promotoras da saúde do trabalhador, criando assim condições de cuidar da saúde ao mesmo tempo em que cuidam do trabalho, em que são protagonistas de um desejo tenaz de fazer um trabalho bem feito.

Assim, as controvérsias sobre o trabalho se convertem em ações em prol de uma comunidade a cuidar, de uma história a construir e histórias de vida a se ressignificar. Os projetos desenvolvidos por esses trabalhadores exemplificam, por eles mesmos, o que acabamos de dizer.

Dentre vários projetos, destacam-se o trabalho com idosos, com os quais fazem passeios a áreas próximas da cidade, tal como anteriormente foi identificado em outras unidades, por exemplo, a lagoa da Pampulha. Embora a UBS seja próxima a esse ponto, muitos idosos não conheciam a lagoa e só a conheceram em passeio com os trabalhadores; há projetos com as mães para incentivar e orientar no aleitamento materno; projeto de apoio à mulher com depressão na gravidez; criação de horta comunitária em um espaço da UBS, na qual os moradores podem colher, plantar, trocar mudas; há grupos de meditação, escalda-pés, bingo etc. Para que esses projetos sejam possíveis, os trabalhadores organizam um bazar interno, no qual arrecadam fundos para financiar passeios, brindes para o bingo, lanches para os usuários, transporte e qualquer outro gasto necessário para concretizar as ações. Conquistaram também, com o apoio da gerência, a autonomia para abrir um dia da agenda da unidade para atendimento em homeopatia.

Recentemente, uma ACS da unidade identificou uma comunidade de haitianos imigrantes e logo se propôs a acolhê-los, orientar nos cuidados de saúde, levando-os à

unidade e vinculando-os às EqSF. Chegaram, inclusive, a auxiliá-los a tirar carteira de trabalho e organizar documentos. Como a ACS não conhecia a língua nem os Haitianos falavam português, procuraram contato com uma ONG que acolhe esses imigrantes para que pudesse orientá-los na forma de abordar. Esse acolhimento foi uma iniciativa de uma ACS, mas foi prontamente absorvido pelas equipes. Há pouco tempo, com a publicação de um artigo, a gerente da unidade foi convidada a apresentar o projeto na Universidade de Brasília, UnB, em um Congresso Internacional. Foram para o congresso a Gerente, a médica de família e a ACS, mentora do projeto. Coerentes com a ideia do empoderamento, gerente e médica não reivindicaram para si a autoria, mas auxiliaram a colega a preparar a apresentação e a própria ACS a apresentou numa mesa junto a convidados nacionais e internacionais.

Outro projeto desenvolvido nessa UBS, ainda em fase inicial, tem como foco cuidar dos adolescentes que não frequentam a escola e nem o centro de saúde. São jovens que vivem pelas ruas e becos da comunidade, sem ocupação formal e sem vínculos. Os trabalhadores construíram uma estratégia de abordagem para se aproximar desses jovens e oferecer a eles os cuidados em saúde - saúde e cidadania.

Observamos, nas ações desenvolvidas por esse trabalhadores, o poder do ato de transformar o cotidiano da UBS e, em certa medida, conferir aos usuários a assistência à saúde que lhes é de direito, assim como o espaço de cidadania. Ainda que os trabalhadores convivam com todas as carências já descritas em nosso estudo, o engajamento coletivo mobiliza forças e contraforças, numa recusa ao conformismo e à submissão a um modelo de sociedade em que prevalece a exclusão e a indiferença com uma população que sobrevive à margem dos direitos sociais.

Tal movimento nos leva a concluir que, nessa UBS, as precárias condições de trabalho não têm primazia sobre a *práxis*. E se não o têm, é porque a vulnerabilidade e as histórias de vida que invadem seus atendimentos e escutas provoca a indignação e a recusa a restringir a atividade a uma mera execução de tarefas, potencializando a resistência ativa, criativa, para trabalhar de uma outra maneira. Ressaltamos que trata-se da resistência ativa, que contém a força e a alegria da invenção de algo novo, agindo com obstinação e tenacidade a fim de não recuar diante das forças que visam derrotá-la, para que o estado das coisas não se torne intolerável.

Entretanto, essa aposta não se faz sem riscos. Os trabalhadores se angustiam diante de uma demanda cada vez maior, devido às alterações no censo demográfico, causadas por ocupações e mobilidade urbana, sem que o número de trabalhadores acompanhe essas mudanças - ou melhor, a tendência é de redução de servidores por motivos diversos, como

afastamentos, férias, transferências, aposentadorias, além da morosidade nos processos de reposição, quando esta ocorre. Outro fator que leva ao aumento da população é a qualidade do atendimento prestado, fazendo com que outros cidadãos, não residentes na área de abrangência, por vezes parentes de moradores, vindos de outros bairros ou até municípios, desenvolvam pequenas artimanhas para serem atendidos ali. Em certo sentido, é o próprio trabalho que se volta contra (ou a favor?) o trabalhador.

A tônica do sofrimento anunciado desses trabalhadores recai sobre a insegurança de não conseguirem sustentar essas ações por muito tempo e pelo medo de não darem conta de exercer a medicina com foco no paciente, conforme vêm conseguindo até então. Por mais que se imponha a autonomia, o poder de ação e a liberdade de fazer de uma outra forma, falamos aqui do limite físico e psíquico diante da sobrecarga de trabalho.

Observa-se que, quanto mais fortes são os valores do cuidado em saúde, quanto mais se prioriza o uso cotidiano das tecnologias leves, sem no entanto, haver um equilíbrio na relação oferta/demanda, mais se faz presente o risco do cansaço, do esgotamento ou do adoecimento. Lembramos Gernet e Dejours (2011), quando afirmam que os que mais se envolvem com o trabalho e mais investem subjetivamente são também os mais vulneráveis.

A questão que se coloca, e também já foi posta pelos trabalhadores, é que eles próprios têm receio de se fragilizarem em função do esgotamento e da fadiga que já apontam seus sinais. Eles não se queixam do trabalho, o qual consideram sua escolha. A reivindicação recai, principalmente, sobre a composição de uma nova EqSF. Médicos, ACS e técnicos de enfermagem chegam a verbalizar que não sabem se conseguirão trabalhar de outra forma após todo esse percurso, caso esgotem suas capacidades. Eles expressam com clareza que o trabalho destituído do sentido por eles construído, destituído dos valores que os sustentam, será adoecedor.

Até quando será possível trabalhar em tais condições, mesmo que se reconheçam na atividade e que sustentem um trabalho bem feito, sob a ética da liberdade e da autonomia? Quais as forças que sustentam a capacidade de resistência? Ainda que abordemos a resistência sob uma perspectiva ontológica, interna e imanente ao ser (Proust, 1997), e por mais que ela se potencialize na luta pelos valores que estão sendo defendidos, não sabemos qual o limite e se há limites para as resistências. O desconhecimento acerca dessa questão, no sentido do não-querer-saber, por parte da organização, poderá colocar em risco a continuidade das ações do cuidado nessa UBS, assim como a saúde desses trabalhadores.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo de toda a trajetória deste estudo, não foi possível circunscrever as análises ao campo delimitado pela proposta metodológica. A coleta de dados, por meio das entrevistas, observações e registros, aconteceu ao mesmo tempo em que a atividade de trabalho da pesquisadora se desenvolvia, com atendimentos individuais, intervenções coletivas em UBS e observações de todas as categorias, incluindo médicos de família. Porém, esse trabalho que acontecia fora do contexto de pesquisa, ele ocorria com servidores que, em sua maioria, se encontravam em situação de enfraquecimento das forças de resistência ou de ruptura dos mecanismos de defesa. Inevitavelmente, emergiram conteúdos que não tinham como ser desconsiderados.

Lembramos que a pesquisadora se encontra imersa no campo, na condição de servidora pública da SMSA/BH, desenvolvendo suas próprias resistências nos embates cotidianos pela defesa do SUS, da saúde do trabalhador e de um projeto de democracia, equidade e cidadania. A respeito dessa possível implicação, constatamos a afirmação de Amado (2006) que, na pesquisa (ou intervenção) em psicossociologia, não apenas a subjetividade dos sujeitos investigados é colocada em campo, mas também a do próprio pesquisador. O autor chama a atenção para uma relação intersubjetiva, asseverando que o objeto nunca é exterior ao sujeito e nenhuma das partes sai indiferente a essa relação.

Tomando como referência essa imersão no campo, vimos que não há um "perfil" dos médicos do PSF. Na atividade de trabalho da pesquisadora, escutamos médicos de família afirmarem que o SUS é realmente ruim, que deve acabar, e que existe uma "hegemonia natural do médico". Médicos que procuram se esquivar de sua população, que não se envolvem nem criam vínculos. São profissionais que atribuem o sentido de seu trabalho à estabilidade do emprego público e ao salário, aparentemente, não acrescentando a esse sentido valores do cuidado ou mesmo uma postura ético-política em relação à saúde pública. De forma geral, se mantém aferrados às queixas sobre as condições de trabalho e proferem discursos de âmbito político partidário. Lembramos aqui a afirmação de Lhuillier (2014), de que o sentido do trabalho não é algo prescritível, ele não é imposto nem determinado por outros, ele é construído pela singularidade ou pelos desejos inconscientes, em relação ao contexto social, seja com suas validações ou interrogações.

A questão da implicação provoca aqui uma controvérsia, uma vez que cabe à pesquisadora manter o afastamento necessário para não se misturar completamente à complexidade do campo e perder-se em meio à realidade a ser desvelada; e, ao mesmo tempo,

manter-se suficientemente próxima, a fim de enxergar além da opacidade que inicialmente se lhe apresenta (Amado, 2006). Essas reflexões estiveram presentes ao longo de todo o processo de coleta e análise de dados, visando não negar a implicação, mas dela se aproximar e dialogar com as ressonâncias da relação pesquisadora/pesquisado. Daí que, no registro subjetivo, um novo sentido foi tomando forma ao longo da pesquisa, que é tirar da invisibilidade aqueles que lutam e se dedicam à sobrevivência do SUS, agindo em consonância com os princípios e valores solidários da Reforma Sanitária.

Quem são, assim, os sujeitos sobre os quais fundamentamos nosso estudo? Eles não são exatamente personalidades que têm visibilidade pública ou política, não são grandes líderes - ainda que exerçam alguma liderança em seu meio - nem ocupam cargos políticos. São pessoas comuns, aprovadas em concurso público, que se dedicam arduamente a um projeto de saúde pública e de justiça social. São sujeitos que atuam com paixão, com afeto, que sofrem, adoecem, pensam em desistir, se exaurem, mas também se renovam a cada dia. São, sobretudo, cidadãos que desenvolvem contraforças diariamente, que não se resignam a situações de desigualdade e exclusão.

Conforme dito anteriormente, os sujeitos que participaram das entrevistas apresentam motivações diferentes para estar nesse lugar: seja por um engajamento voltado para as questões sociais, pelo sentimento de uma dívida social; seja por sentirem-se "escolhidos" pelo PSF e já não conseguirem trabalhar de outra forma; ou, ainda, por uma história de vida sofrida que, dentre tantas dificuldades vividas, relatam noites na fila do antigo INAMPS, junto aos seus pais, porque não tinham outro acesso à assistência. Agora, formados em medicina, continuam engajados e lutando por um projeto de saúde universal, equânime e integral. Enfim, são vários os caminhos que trouxeram esses sujeitos ao PSF/SUS, condizentes com seus valores e ideologias. Por outro lado, eles não são apenas expressão de idealismo, altruísmo e utopia. São trabalhadores que querem estabilidade, uma boa remuneração fixa com direito a férias, 13º salário, abonos, horário de trabalho relativamente determinado, condições dignas de trabalho etc. São profissionais que se ressentem com a percepção de descaso político, econômico e social, ao mesmo tempo em que se nutrem do vínculo e do sentimento de fazer a diferença na vida do outro.

Percebemos, ao longo da pesquisa e de nossas práticas profissionais, que resistir inclui também negociar até o limite do negociável. Nos recuos da resistência, emergem outras formas de se proteger do "invivível", como no caso de Josué e tantos outros que, embora aparentemente submissos, se reconhecem no ofício e encontram prazer em seu cotidiano, mesmo com as condições de trabalho apresentadas e com o sofrimento que daí pode advir.

Lembramos Brant e Minayo-Gomes (2004), quando afirmam que "é possível detectar estratégias de resistência, mesmo em situações em que o trabalhador se encontra fragilizado" (p.22). Isso nos faz pensar que os sujeitos não são apenas resistência encarnada, pois talvez não seja possível exercer o poder de agir todo o tempo, o que não significa optar pela obscuridade do subsolo (Enriquez, 2009). Se os médicos permanecem forjando as margens de ação mais ou menos elásticas, não há que se pensar em resignação.

As entrevistas, assim como as observações, evidenciaram que a recusa ao que fere os valores dos sujeitos, frente às injunções da organização do trabalho e de algumas formas de gestão, não é uma recusa ao trabalho nem uma desobediência esvaziada de sentido. Ao contrário, é apoiando-se nas resistências que mais o ofício se impõe, estimulando o prazer e o desejo de fazer bem feito, na relação com o outro, no ato do trabalho vivo, intersubjetivo.

Observamos também que as resistências identificadas no nosso percurso não se configuram de forma reativa. Elas podem, em alguns momentos, apresentar uma parte de reatividade, seja quando os sujeitos discutem com o usuário, gestor ou colega, ou mesmo quando saem do trabalho desgastados, convictos de não mais voltar. Também não identificamos a resistência à resistência, mesmo que ela nem sempre tenha força suficiente para convocar coletivos e promover transformações mais visíveis e permanentes. Se há um discurso fundador para esses sujeitos, é o discurso democrático da RSB, do qual resistem a abrir mão, por ser ele portador dos valores que os sustentam em seus desafios diários.

O consentimento com as determinações organizacionais, às vezes, pode fazer-se presente, mas quando é necessário para impedir danos maiores ao trabalho ou ao trabalhador. Quando provisório, não será sinônimo de indiferença, conformismo ou covardia, mas uma estratégia de enfrentamento mais ou menos eficaz. Ao contrário, e tal como afirma Proust (1997), a resistência é astuciosa e perspicaz. Ela se manifesta nos momentos favoráveis, mas recua nos momentos em que seus resultados estão em risco; ao mesmo tempo que resistir é dar prova de prudência, é também imprudência e loucura, é paciência e impaciência. Podemos afirmar que ela é, sobretudo, humana em seus dualismos, ambiguidades, fragilidades e potência. Tal como o humano, que tem a dinâmica da existência sempre instável, ora é frágil, se acomoda e retrai; ora é forte, invade e se lança à luta.

Assim, é preciso destacar, desde o início, certa fluidez do conceito de resistência, a partir da análise das experiências concretas do trabalho do médico de PSF. Fluidez no sentido de uma epistemologia em movimento, pois no momento mesmo em que se pensa capturá-lo no real, ele escapa, se transmuta, se disfarça e nos revela o caráter escorregadio de um conceito ambíguo e polissêmico, sem entretanto perder sua consistência e cientificidade.

Tratar-se ou não de um ato transformador diz respeito muito mais ao sentido e poder atribuídos pelo sujeito ao ato que à conveniência teórica.

Nesse ponto, podemos inferir que o ato que transforma a dor nem sempre é o que se espelha em grandes movimentos políticos ou sociais, em grandes revoluções; não são atos grandiosos e heroicos com *performance* midiática, que ficariam nos registros históricos do SUS. Ao contrário, são discretos, atos subversivos e criativos que ficam registrados nas vidas e nas histórias de sujeitos comuns, no corpo-a-corpo com a realidade das vilas, das comunidades, nas ruas, morros e becos da cidade. No processo de escuta, de tentar captar nos sujeitos possíveis movimentos de resistência, em alguns momentos nos deparamos com o desamparo, mesmo numa categoria profissional bem situada no âmbito social, e ao mesmo tempo com a coragem de liberdade.

A resistência, como uma força obstinada, mesmo quando parece inerte, atravessa a atividade de trabalho em suas diferentes dimensões, seja no que concerne às condições, às arbitrariedades e relações de poder, assim como nas interlocuções entre trabalho e subjetividade. Dessa maneira, ao mesmo tempo em que os sujeitos apontavam as injunções, os impasses e desafios, em grande parte os relatos já vinham seguidos das formas de enfrentamento, seja por uma recusa deliberada, uma transgressão, quaisquer que fossem as modalidades e alternativas encontradas para recriar o contexto. Daí a força, motor e consequência da resistência: a não renúncia ao trabalho bem feito, ao poder de ação, ao poder sobre o ato. Não há renúncia porque há resistência. Resiste-se porque a renúncia não é tolerável.

Se nenhum gesto, nenhuma ação ou escolha são neutros, eles estão sempre a encobrir valores, ideologias e usos de si, sempre a dialogar com as condições sociais em que eles se desenvolvem. Sustentar esse diálogo, proporcionando a afirmação de si e a experiência da liberdade de agir, se configura como condição essencial para que os médicos de família não adoçam e permaneçam protagonistas da própria história e do fazer em saúde.

Tomamos de empréstimo a questão colocada por Efros e Schwartz (2009): a quem resistem os homens? Se a resistência, em seu sentido imediato, é ao invivível, os autores se perguntam como defini-lo. A busca por essa resposta nos remete a um caso, atendido pela pesquisadora, de um profissional que, devido à intensidade da dedicação e do envolvimento subjetivo, combinados à sobrecarga e outros aspectos da organização do trabalho, optou por tentar inserir-se em um sistema de plano de saúde privado. E no momento em que faz essa transição, o sofrimento se aproxima do intolerável.

Esse sujeito traz a narrativa de uma história de vida árdua, com dificuldades financeiras e sociais, que nutriram o sonho de ser médico para atuar no SUS, na Atenção Primária. Abrir mão de seu projeto de vida e dos valores que o sustentam acabou por levá-lo ao uso de antidepressivos.

Embora, nesse outro contexto de atendimento, algumas das condições de trabalho efetivamente superem as do SUS - os consultórios são ergonômicos, as instalações são modernas e há toda uma estrutura que garante o seu funcionamento e a celeridade nos encaminhamentos - o resultado sobre sua saúde foi mais avassalador que toda a sobrecarga inerente a uma UBS. Dentre as discrepâncias mais marcantes entre o sistema privado e o público, esse profissional relata a diferença na relação com os usuários, em que o vínculo solidário e a diferença que se faz na vida do outro são substituídos pela relação cliente-consumidor. Outro ponto que o impactou, e talvez mais o tenha fragilizado, foi participar de uma reunião em que estavam presentes apenas médicos e advogados, e o foco da discussão eram números e riscos de judicialização. O profissional se recorda que, na UBS, as reuniões de equipes são discussões coletivas, multidisciplinares, sobre vidas inseridas em um projeto de cuidado.

A partir deste caso, entendemos que o invivível pode adquirir várias faces: da submissão, da impotência, do bloqueio às margens de ação e de viver criativamente, da ruptura com um projeto de vida e trabalho. Ele vai além das determinações, das prescrições e da racionalidade, invadindo a subjetividade e o corpo. Mas como o essencial, na atividade de trabalho, não é visível (Schwartz, 2011), talvez o seu negativo, o rechaçável, também não o seja totalmente. No sofrimento vivido desse profissional que se depara com a radicalidade que marca a diferença entre o SUS e o plano de saúde privado, há algo que não foi dito, no sentido de situar para onde aponta sua resistência ou seu fracasso. Como afirma Lhuillier (2009a), "aquilo sobre o que o homem se apoia para resistir, não poderá jamais ser completamente enunciado" (p. 16).

Por mais que haja uma tentativa de nomear e definir o invivível que ampara a resistência no trabalho, haverá uma lacuna que denuncia o limite da atividade linguageira e interpretativa. Se, por um lado, ele se manifesta no ato ou na dor, por outro é no vazio que também se faz presente, nas análises da pesquisa.

E no que concerne ao que desencadeia a resistência, não se trata de um fator, mas de fatores, pontos móveis e múltiplos que se reforçam uns nos outros, constituindo uma trama que sustenta o trabalho vivo em saúde. Chamamos de trama ao conjunto de microdecisões, de arbitragens, de encontros possíveis que formam uma rede de sustentação a um projeto de

civilização democrática e humanitária. Melhor dizendo, resiste-se ao que vai de encontro aos valores, às forças e poderes que minam uma história que é coletiva, que não foi imposta por um decreto ou portaria: foi construída por diversos atores, sujeitos sociais que não dissociam um projeto de saúde de um projeto de sociedade. Não se trata de valores instrumentais, formais, constituídos e assimilados unicamente por um protocolo ou por uma diretriz política. Os valores são construídos e reconstruídos a partir das contradições do mundo concreto, dos debates de normas e das histórias de vida que os engendram.

Assim, as análises desenvolvidas neste estudo apresentam a dor e o sofrimento no trabalho dos médicos que atuam na ESF e, sobretudo, revelam a capacidade de resistência e a escolha pelo ato que, por inteiro, articula a expertise técnica e os afetos em favor do ofício e da luta pela preservação dos valores comprometidos com a defesa da vida e da dignidade humana.

Nesse sentido, as reflexões aqui propostas abrem perspectivas para se pensar as margens de ação que podem ser apropriadas pelos médicos da ESF, que poderiam bem ser estendidas às demais categorias e que confirmam a relação direta entre a capacidade de resistir criativamente e a saúde do trabalhador. É certo que, nas situações em que é possível preservar a autonomia, a inventividade, a renormalização e a possibilidade de fazer um trabalho bem feito, prevalece a condição de saúde. Entretanto, pode haver aí uma contradição, pois ao mesmo tempo em que a experiência de vulnerabilidade das condições de trabalho e da carência de investimento político fazem emergir as ações de resistência, elas podem, igualmente, minar essas forças. Trata-se da possibilidade de descontinuidade dos movimentos de resistência se não inserirmos no cuidado com o trabalho também o cuidado com as condições em que ele se exerce, pois, ao contrário, corremos o risco de que ela não consiga se equilibrar, sempre na corda bamba, por tempo indefinido.

Assim, de qual resistência falamos? Certamente não há apenas uma resposta que esgote essa questão, mas ao escutar o médico de saúde da família, claramente percebe-se que os movimentos de resistência se opõem às formas de impessoalidade, indiferença e distanciamento dos princípios e diretrizes do SUS, sob a perspectiva do cuidado enquanto gesto, ação política e humanitária. Cuidar, ou promover saúde, envolve o desenvolvimento de uma série de articulações que fazem com que o trabalho aconteça a partir de pontos de interseção entre sujeitos, gerados no viver junto, nas negociações intersubjetivas e agenciadoras de um pensamento crítico que fazem do SUS um projeto vivo e possível.

Enfim, resiste-se à reificação da vida a ser cuidada, à fragmentação e à solidão do ato. A resistência, como processo de subjetivação, revela-se na liberdade de criar outras formas de vida e de trabalho.

Certamente, a investigação sobre as resistências no trabalho não se esgota neste estudo, tampouco em um recorte sobre uma única categoria profissional. A atividade de trabalho da pesquisadora se apresenta, de alguma forma, como um trabalho permanente de estudo acerca da saúde do trabalhador do SUS e de suas resistências, o que faz desta tese apenas o início de um longo percurso.

Lembramos ainda que o trabalho em saúde é complexo e multidisciplinar. Além dos médicos de saúde da família, vários atores constroem e reconstroem essa história, diariamente. Abrem-se, assim, inúmeras possibilidades para novas pesquisas que possam contribuir para a construção de saberes sobre o trabalho e sobre os trabalhadores que acreditam e lutam por um projeto político e emancipatório de saúde pública.

REFERÊNCIAS

- Amado, G. (2006). Implication. In J. Barus-Michel, E. Enriquez e A. Lévy (Orgs). *Vocabulaire de Psychosociologie: positions et references*. (pp. 367-374). Ramonville Saint-Agne: Ed Érès.
- Amado, G. (2015, mars). Aux intimes de la mètis: espace potentiel, psychosocialité, résilience. In *Éducation Permanente*, 202, Revue publiée en partenariat avec le CNAM. pp.17-32.
- Antunes, R. (2010). *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho*. (14ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Araújo, J.N.G. de (2006). Relações sociais: as trocas e os mitos de um mundo sem trocas. In *Psicologia USP*, 17(1), pp. 155-179. Recuperado a partir de:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642006000100010>
- Araújo, J.N.G. de (2014, junho). Figuras de resistência. In *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*. São Paulo, 17. pp. 33-42.
Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v17ispe1p33-42>
- Arouca, S. (2003, setembro). Entrevista: Sérgio Arouca. *Trabalho, Educação e Saúde*. Rio de Janeiro, 1(2), pp. 355-361. Recuperado a partir de:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462003000200010>
- Ayres, J. R.C.M. (2004, setembro/dezembro). O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, 13 (3), pp.16-29. Recuperado a partir de:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000300003>
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. (2ª ed.). L.A. Reto e A. Pinheiro (Trad.). São Paulo: 70.
- Barros, R.B., & Barros, M.E.B.de. (2009). Da dor ao prazer no trabalho. In M.E.B. Barros e S.B. Santos Filho (orgs). *Trabalhador da saúde: muito prazer! protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. (pp. 61-71). Ijuí, RS: Unijuí.. (Coleção Saúde coletiva)
- Barus-Michel, J. (2004). *O sujeito social*. E.D. Galery e V. M. Machado (Trad.). Belo Horizonte: Editora PUC Minas.
- Batalha, E. (2016, dezembro). Especialidade em ascensão, a Medicina de Família e Comunidade se diferencia por cuidar de forma integrada dos pacientes a partir de seu contexto social. In *Radis Comunicação e Saúde*. Rio de Janeiro, nº 171. pp. 22-25. Recuperado a partir de: <http://www6.ensp.fiocruz.br/radis/revista-radis/171/reportagens/atencao-pessoas>.
- Bendassolli P. F., & Soboll, L.A.P. (Orgs) (2011). Introdução às clínicas do trabalho: aportes teóricos, pressupostos e aplicações. In P.F. Bendassolli e L.A.P. Soboll (Orgs). *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. (pp.3-21). São Paulo: Atlas.

Bendassolli, P. F., & Gondin, S.M.G. (2014). Projeto de cientificidade das clínicas do trabalho e seus desafios no campo da Psicologia Organizacional e do Trabalho. In P.F. Bendassolli e L.A.P. Soboll (Orgs). *Métodos de pesquisa e intervenção em Psicologia do Trabalho*. (pp.3-31). São Paulo, SP: Atlas.

Benevides, R., & Passos, E. (2005). A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 10 (3), pp. 561-571. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232005000300014>

Borges, L.O., Falcão, J.T.R., Alves Filho, A. & Costa, M.T.P. (2015). Condições de trabalho. In P. F. Bendassolli & J.E. Borges-Andrade (orgs). *Dicionário de Psicologia do Trabalho e das Organizações*. (pp. 227-236). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Brant, L.C. & Minayo-Gomes, C. (2004). A transformação do sofrimento em adoecimento: do nascimento da clínica à psicodinâmica do trabalho. In *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 9 (1). pp. 213-223. Recuperado a partir de:

<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000100021>

Brasil (1986). Relatório final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. In *Conferência Nacional de Saúde, 8*. Brasília, DF. Recuperado a partir de: http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf

Brasil. (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Promulgada em 05 de outubro de 1988. Brasília, DF: Senado.

Brasil. (1990a). Lei orgânica de Saúde nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília.

Brasil (1990b). Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília.

Brasil. (1997). Ministério da Saúde. *Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial*. Brasília. Recuperado a partir de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd09_16.pdf

Brasil. (2003). Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde; Departamento de Atenção Básica; Coordenação de acompanhamento e avaliação da Atenção Básica. *Documento Final da Comissão de Avaliação da Atenção Básica*. Brasília. Outubro. Recuperado a partir de: http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/artigos/atencao_basica_bibliografias/Documento_Final_da_Comissao_de_Avaliacao_Atencao_Basica.pdf

Brasil (2004). *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização - a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS* / Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado a partir de: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf

Brasil (2007). Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde/ Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Coleção Progestores - para entender a gestão do SUS - 1. Brasília: CONASS. Recuperado a partir de:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/colecao_progestores_livro1.pdf

Brasil (s.d.). Ministério da Saúde. *GUIA PRÁTICO DO PSF* - Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado a partir de:
http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/partes/guia_psf1.pdf

Brasil. (2012). Ministério da Saúde. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série E. Legislação em Saúde). Recuperado a partir de:
<http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/pnab>

Brasil (2013). Ministério da Saúde. *PMAQ - Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade: Manual instrutivo*. Recuperado a partir de:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/manual_instrutivo_PMAQ_AB2013.pdf

Brasil. (2016). *Proposta de Emenda à Constituição nº 241 de 2016*. Altera o Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, para instituir o Novo Regime Fiscal. Brasília. Recuperado a partir de
<http://www.camara.gov.br/proposicoesWeb/fichadetramitacao?idProposicao=2088351>

Bravo, M.I.S. (2000). Política de Saúde no Brasil. In *CFESS/CEAD*. Capacitação em Serviço Social e Política Social. Módulo III: Política Social. Brasília: UnB- CEAD/ CFESS e “A Política de Saúde no Brasil: trajetória histórica”. In: *Capacitação para Conselheiros de Saúde - textos de apoio*. Rio de Janeiro: UERJ/DEPEXT/NAPE, 2001. Recuperado a partir de:
http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/Politica_de_Saude_no_Brasil_Ines_Bravo.pdf

Brito, J.C. de.; Neves, M.Y.; Oliveira, S.S. & Rotemberg, L. (2012). Saúde, subjetividade e trabalho: o enfoque clínico e de gênero. In *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional (RBSO)*. São Paulo. 37 (126). pp. 316-329.

Campos, G.W.S. (2007). O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. In *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12 (sup). pp. 1865-1874. Recuperado a partir de:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000700009>

Campos, G.W.S. (2010, agosto). Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. In *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro. 15 (5). p. 2337- 2344. Recuperado a partir de:
<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500009>.

Canguilhem, G. (2005). *Escritos sobre a medicina*. V. A. Ribeiro (trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Canguilhem, G. (2007). *O normal e o patológico*. (6ª ed.). M.T.R. C. Barrocas (Trad.). Rio de Janeiro: Forense..

Cecílio, L.C.O. (2007, maio/agosto). O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. In *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu: São Paulo, 11 (22), pp. 345-363. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200012>

Cecílio, L.C.O. (2009) A morte de Ivan Ilitch, de Leon Tolstoi: elementos para se pensar as múltiplas dimensões da gestão do cuidado. In *Interface - Comunicação, saúde, educação*. Botucatu: São Paulo, 13 (1), pp. 545-555. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500007>.

Chauí, M. (2014). *Conformismo e Resistência*. In H. Santiago (org.). Coleção Escritos de Marilena Chauí, 4. Belo Horizonte: Autêntica Editora; São Paulo: Editora Fundação Perseu Abramo.

Chiavegato Filho, L.G. (2017, janeiro/março). A prática médica no Sistema Único de Saúde: quando uma atividade de trabalho pede socorro. In *Estudos de Psicologia*. Campinas: São Paulo. 34 (1). pp. 63-73. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-02752017000100007>

Clot, Y. (2001, mars). Clínica do trabalho, clínica do real. Texto publicado no *Le journal des psychologues*. 185. K. Santorum e S.L. Barker (Trad.). Recuperado a partir de: <http://www.pqv.unifesp.br/clotClindotrab-tradkslb.pdf>

Clot, Y. (2007). *A função psicológica do trabalho*. A. Sobral (trad.). Petrópolis, R.J.: Vozes. 222p.

Clot, Y. (2010). *Trabalho e poder de agir*. G.J. de Freitas e M.M.Z. Viana (Trad.). Belo Horizonte: Fabrefactum.

Clot, Y. (2011). Clínica do trabalho e clínica da atividade. In P.F. Bendassolli e L.A.P. Soboll (Orgs). *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. (pp.71-83). São Paulo: Atlas.

Cohn, A. (2016, 11 de junho). A ofensiva raivosa no desmonte do SUS. *Plataforma Política Social*, Retrieved in 06, 28, 2016 from <http://plataformapoliticasocial.com.br/artigo-15-a-ofensiva-raivosa-no-desmonte-do-sus/>

Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. (1978). *Declaração de Alma Ata*. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Recuperado a partir de: <http://cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/2011/07/Declara%C3%A7%C3%A3o-Alma-Ata.pdf>

Costa, G.D., Cotta, R.M.M., Ferreira, M.L.S.M., Reis, J.R. & Franceschini, S.C.C. (2009, Janeiro/Fevereiro). Saúde da família: desafios no processo de reorientação do modelo assistencial. In *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília, 62 (10), pp. 113-118. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672009000100017>

Cunha, J.P.P., & Cunha, R.E. (2001). Sistema Único de Saúde: princípios. In *Gestão Municipal de saúde: textos básicos*. Recuperado a partir de:

http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/gestao_municipal_de_saude.pdf.

Cunha, D.M. (2007). *Notas conceituais sobre atividade e corpo-si na abordagem ergológica do trabalho*. GT: Trabalho e Educação / n.09 Agência Financiadora: CNPq / FAPEMIG. Recuperado a partir de: <http://www.anped.org.br/sites/default/files/gt09-3586-int.pdf>

Dejours, C. & Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In Dejours, C., Abdoucheli, E. & Jaïet, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuição da Escola Dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. (pp.119-145). São Paulo: Atlas. Recuperado a partir de: <https://pt.scribd.com/document/139343276/DEJOURS-Itinerario-Teorico-Em-Psicopatologia>

Dejours, C. (2004, Set./Dez.). Trabalho, subjetividade e ação. In *Revista Produção*, São Paulo, 14 (3), pp. 27-34.

Dejours, C. (2008). Addendum - da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In S. Lancman e L.I. Sznclwar (Orgs). *Christophe Dejours: da Psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. (2ª ed.). (pp. 49-106). F. Soudant (Trad.). Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz; Brasília: Paralelo 15.

Dejours, C. (2009, printemps). Résistance et défense (entretien avec Dominique Lhuillier). In D. Lhuillier e P. Roche (Orgs). *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, n°7. (pp. 225-234). Toulouse: Érès.

Deslandes, S.F. (2010). O projeto de pesquisa como exercício científico e artesanato intelectual. In M.C.S. Minayo (org.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. (pp.31-60). Petrópolis, RJ: Vozes.

Deslauriers, J-P. & Kèrisit, M. (2014). O delineamento de pesquisa qualitativa. In Poupart, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. (pp. 127-153). A.C.A. Nasser (trad.). Petrópolis (R.J.): Editora Vozes.

Dollé, F. (2007). As técnicas e a experiência dos humanos. In Y. Schwartz & L. Durrive (Orgs). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. (pp.111-129). Niterói, RJ: EdUFF.

Duc, M. (2007). Técnicas e competências. In Y. Schwartz e L. Durrive (Orgs). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. (pp.85-102). J. Brito, M. Athayde et al (trads.). Niterói, RJ: EdUFF.

Efros, D., & Schwartz, Y. (2009, printemps). Résistances, transgressions et transformations: l'impossible invivable dans les situations de travail. In D. Lhuillier & P. Roche (Orgs.). *Nouvelle Revue de Psychologie*, (pp. 33-48), n°7, Toulouse: Érès.

Enriquez, E. (1997). *A organização em análise*. F. da Rocha Filho (Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Enriquez, E. (2009, printemps). La résistance: une souveraineté sans sacrifice et sans espérance. In D. Lhuillier & P. Roche (Orgs.). *Nouvelle Revue de Psychologie*, pp. 187-198, n° 7, Toulouse: Érès.

Farias, L. (2016a, 21 de fevereiro). Raio-x da saúde suplementar. *Le Monde Diplomatique*, Retrieved in 02, 26, 2016, from <http://www.diplomatique.org.br/acervo.php?id=3181>

Felder, A. (2009). Les activités de demandeurs d'asile au service de la résistance à l'assignation. In D. Lhuillier & P. Roche (orgs.). *Nouvelle Revue de Psychologie*, pp. 119-136. n° 7, Toulouse: Érès.

Feliciano, K.V.O., Kovacs, M.H. & Sarinho, S.W. (2011). Burnout entre médicos da Saúde da Família: os desafios da transformação do trabalho. In *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 16 (8), pp. 3373-3382. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000900004>.

Ferreira Neto, J.L. & Araújo, J.N.G. (2014, set./dez.). Gestão e subjetividade no SUS: o enfrentamento de impasses em tempos neoliberais. In *Psicologia & Sociedade*: 26 (3), pp. 675-684. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-71822014000300016>

Flahaut, F. (1978). *La parole intermédiaire*. Paris: Éditions du seuil.

Fleury, S. (2009). Reforma Sanitária brasileira: dilemas entre o instituinte e o instituído. In *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 14 (3), pp. 743-752. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232009000300010>

Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. (13ª ed). M.T.C. Albuquerque e J.A.G. Albuquerque (Trads). Rio de Janeiro: Ed Graal..

Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In P. Rabinow & H. Dreyfus. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*. (pp. 231-249). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (1999). Aula de 7 de janeiro de 1976. In Foucault, M. *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. (pp. 3-26). M.E. Galvão (Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Freud, S. (1976). O mal-estar na civilização. In J. Strachey (ed), J. Salomão (Trad.), *Obras Completas*. (3ªed.). Vol. 21, (pp 75-171). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1930).

Gaulejac, V. de (2007). *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. I. Storniolo (Trad.). Aparecida, S.P.: Ideias & letras.

Gaulejac, V. de (2009, janvier). Gestion de crise ou crise de la gestion? In *Les cahiers psychologie politique*. N° 14. Recuperado a partir de: <http://odel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=329>

Gaulejac, V. de (2011). A NGP: a Nova Gestão Paradoxal. In P.F. Bendassolli, e L.A.P. Soboll (Orgs). *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. (pp 84-98). São Paulo: Atlas

Gernet, I. (2011). Psicodinâmica do reconhecimento. In Mendes, A.M. (org.). *Psicodinâmica e clínica do trabalho: temas, interfaces e casos brasileiros*. (pp. 61-76). Curitiba: Juruá.

Gernet, I., & Dejours, C. (2011). Avaliação do trabalho e reconhecimento. In P. F. Bendassolli e L.A.P. Soboll (Orgs). *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. (pp.61-70). São Paulo: Atlas.

Giovanella, L., & Mendonça, M.H.M. (2012). *Atenção Primária à Saúde: seletiva ou coordenadora dos cuidados?* Rio de Janeiro: CEBES. Recuperado a partir de: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/9ATEN%C3%87%C3%83O-PRIM%C3%81RIA-%C3%80-SA%C3%9ADE.pdf>

Gomes, M.C.P.A., & Pinheiro, R. (2005, março/agosto). Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. In *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu: São Paulo. 9(17). pp. 287-301. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000200006>.

Gonçalves, R.J., Soares, R.A., Troll, T. & Cyrino, E.G. (2009). Ser médico no PSF: formação acadêmica, perspectivas e trabalho cotidiano. In *Revista Brasileira de Educação Médica*. Rio de Janeiro, 33 (3). pp. 393-403. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300009>

Gonçalves, J. (2017). *Sucateamento do SUS coloca em risco a expansão da Medicina de Família e Comunidade, avalia médico de família*. Recuperado a partir de: <https://saude-popular.org/2017/05/sucateamento-do-sus-coloca-em-risco-a-expansao-da-medicina-de-familia-e-comunidade-avalia-medico-de-familia/>

Goussard, L.(2008, mai). Le consentement limité au travail: résistances et consentements des salariés dans l'ingénierie automobile. In *Revue de Sciences*. N° 14. pp. 175-194. Recuperado a partir de: <http://traces.revues.org/385> ; DOI : 10.4000/traces.385

Guérin, f., Laville, A., Daniellou, F., Duraffourg, J. & Kerguelen, A. (2004). *Compreender o trabalho para transformá-lo*. G.M.J Ingratta e M. Maffei (trads.). São Paulo: Edgard Blucher: Fundação Vanzolini.

Hennington, E.A. (2011). Entre o criativo e o precário: reflexões sobre constrangimentos e possibilidades do trabalhador da saúde em tempos líquidos. In C.M. Gomez, J.M.H. Machado, P.G.L. Pena (orgs). *Saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea*. (pp. 433-452). Rio de janeiro: Ed. Fiocruz.

Jobert, G. (2015, mars). Travail et Créativité: catachrèse et vicariance. In *Éducation Permanente*, n° 202, pp.9-15. Revue publiée en partenariat avec le CNAM.

La Boétie, E. de. (1548). *O discurso da servidão voluntária*. Recuperado a partir de: <https://pt.scribd.com/document/360635219/Discurso-da-Servidao-Voluntaria-por-Etienne-de-la-Boetie-pdf>

Lacaz, F.A.C. (2007, abril). O campo saúde do trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre as relações trabalho-saúde. In *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 23 (4). pp. 757-766. Recuperado a partir de:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2007000400003>

Lanzoni, G.M.M. & Meirelles, B.H.S. (2012). A rede de relações e interações da equipe de saúde na Atenção Básica e implicações para a enfermagem. In *Acta Paulista de Enfermagem*. São Paulo, 25(3), pp. 464-70. Recuperado a partir de:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002012000300023>.

Laperrière, A. (2014). Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. In Poupart, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. (4ª ed.), (pp. 410-435). A.C.A. Nasser (trad.). Petrópolis (R.J.): Editora Vozes.

Lhuillier, D. (2006). Travail. In J. Barus-Michel, E. Enriquez e A. Lévy (Orgs). *Vocabulaire de Psychosociologie: positions et references*. pp. 275-286. Ramonville Saint-Agne: Ed Érès.

Lhuillier, D. & Roche, P. (2009a, printemps). Introduction. In D. Lhuillier e P. Roche (Orgs.). *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, pp. 7-18, n° 7, Toulouse: Éres.

Lhuillier, D. (2009b/1). Travail, management et santé psychique. In *Connexions*. N° 91, pp. 85-101. Recuperado a partir de: : www.cairn.info/revue-connexions-2009-1-page-85.htm DOI : 10.3917/cnx.091.0085.

Lhuillier, D. (2010). Les « risques psychosociaux » : entre rémanence et méconnaissance. In Lhuillier, D. Giust-Desprairies, F. & Litin, M. (orgs). *Nouvelle Revue de Psychosociologie*. 10 (2) , pp. 11-28. Doi:10.3917/nrp.010.0011.

Lhuillier, D. (2011). Filiações teóricas das clínicas do trabalho. In P. F. Bendassolli e L.A.P. Soboll (Orgs). *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. (pp.22-58). São Paulo: Atlas.

Lhuillier, D. (2012, Janeiro/abril). A invisibilidade do trabalho real e a opacidade das relações saúde-trabalho. In *Trabalho & Educação*. ISSN 1516-9537. Belo Horizonte, 21 (1), pp. 13-38. Recuperado a partir de:
<http://www.portal.fae.ufmg.br/revistas/index.php/trabedu/article/view/991>

Lhuillier, D. (2014, Junho). Introdução à Psicossociologia do Trabalho. In *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho: psicossociologia do trabalho*. (pp. 5-19). Centro de Psicologia Social Aplicada ao Trabalho (CPAT) do Departamento de Psicologia Social e do Trabalho do Instituto de psicologia da Universidade de São Paulo. 17 (1). São Paulo: Instituto de Psicologia da USP.

Lhuillier, D. (mars, 2015). Puissance normative et créative de la vulnérabilité. In *Éducation Permanente*, n° 202, pp. 101-116. Revue publiée en partenariat avec le CNAM.

Maciel Jr. A. (2014). Resistência e prática de si em Foucault. In *Trivium - estudos interdisciplinares*. Rio de Janeiro, 6 (1), pp. 01-08. Recuperado a partir de:
<http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-i-ano-vi/artigos-tematicos/artigo-tematico-1.pdf>

Martins, M.C. F. (2015). Resiliência no trabalho. (pp. 581-587). In P. F. Bendassolli & J.E. Borges-Andrade (orgs). *Dicionário de Psicologia do Trabalho e das Organizações*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mauss, M. (2003). Ensaio sobre a dádiva. (pp. 183-314). In *Sociologia e Antropologia*. (4ª ed.). P. Neves (Trad.). São Paulo: Cosacnaify.

Mello, G.A., Matos, A.T.R., Souto, B.G.A., Fontanella, B.J.B. & Demarzo, M.M.P. (2009). Médico de família: ser ou não ser? Dilemas envolvidos na escolha desta carreira. In *Revista Brasileira de Educação Médica*. (on line). 33 (3). pp. 475-482. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-55022009000300017>.

Mendel, G. (2006). Acte. In J. Barus-Michel, E. Enriquez e A. Lévy (Orgs). *Vocabulaire de Psychosociologie: positions et references*. (pp. 25-35). Ramonville Saint-Agne: Ed Érès.

Mendes, E.V. (1995). As políticas de saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção do projeto neoliberal. In: E. V. Mendes (Org.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. (3ª ed.). (pp. 19-91). São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco.

Meneses e Rocha, A.A.R. (março/agosto 2005). A trajetória profissional de cinco médicos do Programa Saúde da Família: os desafios de construção de uma nova prática. In *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. Botucatu: São Paulo. 9 (17). pp. 303-316. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832005000200007>.

Menicucci, T.M.G. (2006, maio-agosto). Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In *Saúde e Sociedade*. Rio de Janeiro, 15 (2), pp.72-87. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902006000200008>.

Mercure, D. (2003). Logique du capital et vulnérabilités sociales: les effets de l'impartition flexible. In V. Châtel, & M.H. Soulet (orgs). *Agir en situation de vulnérabilité*. (pp. 29-50). Québec, Les Presses de l'Université Laval.

Merhy, E. E. (1997). Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em ato, em saúde. In Merhy, E., Onocko, R. & Testa, M. *O agir em saúde: um desafio para o público*. (2ª ed.). (pp. 71-112). São Paulo: Hucitec.

Merhy, E. E. (2002). Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: fazendo um exercício sobre a reestruturação produtiva na produção do cuidado. In *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. (pp. 93-112). São Paulo: Hucitec.

Merhy, E.E. & Franco, T.B. (2003, setembro/dezembro). Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. In *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro. Ano XXVII, 27 (65).

Merhy, E. E. (2004). O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. *Ver-SUS Brasil: caderno de textos*, pp. 108-137. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Recuperado a partir de: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/registo/O_ato_de_cuidar__a_alma_dos_servicos_de_saude/59

Merhy, E. E. (2006). 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*. (3ª ed.). (pp.117-160). São Paulo: Ed. Hucitec.

Minas Gerais. (2009). Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. *Oficinas de Qualificação da Atenção primária à Saúde em Belo Horizonte. Oficina I: Análise da Atenção Primária à Saúde*. Escola de Saúde Pública do Estado de Minas Gerais. Belo Horizonte: ESPMG. 112 p. Guia do tutor. Recuperado a partir de: http://www.esp.mg.gov.br/wp-content/uploads/2010/01/PDAPS_oficina-1_PBH_facilitador.pdf

Minayo, M.C.S. (2010a). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (12ª ed.). São Paulo, SP: Hucitec.

Minayo, M.C.S. (2010b). O desafio da pesquisa social. In M.C.S. Minayo, S.F. Deslandes & R. Gomes (Orgs.). *Pesquisa Social: teoria, método e criatividade*. (29ª ed.). (pp.9-29). Petrópolis, RJ: Vozes.

Moraes, R.D.de. (2011). As estratégias de defesa e o enfrentamento do sofrimento no trabalho com automação no Polo Industrial de Manaus. In Ferreira, M.C. et al (orgs.). *Dominação e resistência no contexto trabalho-saúde*. (pp. 101-120). São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie.

Neffa, J. C. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio*. Buenos Aires: Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajo. Centro de Innovación para los Trabajadores. Libro digital, PDF.

Ney, M.S. & Rodrigues, P.H.A. (2012). Fatores críticos para a fixação do médico na Estratégia Saúde da Família. In *Physis (on line) Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 22 (4). pp. 1293-1311.

Noronha, J.C. & Soares, L.T. (2001). A política de Saúde no Brasil nos anos 90. In *Ciência e Saúde Coletiva*, São Paulo, 6(2), pp 445-450. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232001000200013>

Paim, J.S. (2007). *Reforma Sanitária Brasileira: contribuições para a compreensão e crítica*. (Tese de Doutorado, Universidade Federal da Bahia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva). Recuperado a partir de: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/10376/1/5555555555.pdf>

Paim, J.S. (2009, janeiro/abril). Uma análise sobre o processo da Reforma Sanitária brasileira. In *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 33 (81), pp. 27-37. Recuperado a partir de: <http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/bitstream/ri/5978/1/Paim%20JS%202009.%20Artigo2.pdf>

Paim, J.S. (2016, 21 de fevereiro). Seguridade Social, financiamento e crise do Sistema Único de Saúde. *Plataforma Política Social*. Retrieved in 05, 19, 2016 from

<http://plataformapoliticasocial.com.br/seguridade-social-financiamento-e-crise-do-sistema-unico-de-saude-sus/>

Prades, J-L. (2015). L'imagination participative, empowerment, pouvoir d'agir et actepouvoir. In *SAS - Sciences et Actions Sociales*. N° 2. pp. 1-19. Recuperado a partir de: <http://www.sas-revue.org/index.php/17-varia/43-l-imagination-participative-empowerment-pouvoir-d-agir-et-actepouvoir>

Proust, F. (1997). *De la résistance*. Paris, França: Éditions du Cerf.

Proust, F. (1998). *Résister à l'irrésistible - entretien avec Daniel Bensaid*. Recuperado a partir de <http://danielbensaid.org/Resister-a-l-irresistible?lang=fr>

Rates, S.M.M., Teixeira, M.G., Almeida, M.C.M., Silva, H., Gomes, D.H.P., Alves, G.M.P., ... Pitchon, A. (2012). Projeto para implantação de Equipes de Saúde da Família para a população vulnerável não coberta com a Estratégia do programa de Saúde da Família - Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte. In M.G. Teixeira, S.M.M. Rates, J.M. Ferreira (orgs). *O coletivo de uma construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte*. (pp. 68-74). Vol.1. Belo Horizonte: Rona.

Rodrigues, P.H.A., Ney, M.S., Paiva, C.H.A. & Souza, L.M.B.M. (2013). Regulação do trabalho médico no Brasil: impactos na Estratégia Saúde da Família. In *Physis (on line) Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 23 (4). pp. 1147-1166. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312013000400007>.

Rosenfield, C.L. (2003, julho-dezembro). Autonomia outorgada e relação com o trabalho: liberdade e resistência na indústria de processo. In *Sociologias*. Porto Alegre, ano 5, nº10. pp. 350-378.

Santos, B.S. (1988, maio/agosto). Um discurso sobre as ciências na transição para uma ciência pós-moderna. In *Estudos Avançados*. São Paulo, 2 (2), pp. 46-71. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-40141988000200007>

Santos, N.R. (2012). *SUS, Política Pública de Estado: seu desenvolvimento instituído e instituinte, o Direito Sanitário, a Governabilidade e a busca de saídas*. Rio de Janeiro: Cebes. Recuperado a partir de: <http://cebes.org.br/site/wp-content/uploads/2015/02/6SUSPOL%C3%8DTICA-P%C3%9ABLICA.pdf>

Santos, L. (2016). *A saga do direito à saúde: 28 anos de construção e desconstrução*. Recuperado a partir de: <http://cebes.org.br/2016/12/a-saga-do-direito-a-saude-28-anos-de-construcao-e-desconstrucao/>

Scherer, M. & Menezes, E. de. (2015, março). Un espace potentiel de créativité: les soins primaires de santé. In *Éducation Permanente*, nº 202, pp. 91-100. Revue publiée en partenariat avec le CNAM.

Schwartz, Y., & Durrive, L. (Orgs). (2007). *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana*. J. Brito e M. Athayde et al (Trad.). EdUFF, Niterói: RJ.

Schwartz, Y. & Echternacht, E. (2009, mars). Le corps-soi dans les milieux de travail: comment se spécifie sa compétence à vivre? In Coutarel, F. & Andrieu, B. (orgs). *Corps/*

revue interdisciplinaire - corps au travail. 6 (1). p.31-37. Ed: Dilecta. doi: 10.3917/corp.006.0031.

Schwartz, Y. (2011). Manifesto por um ergoengajamento. In P. F. Bendassolli & L.A.P. Soboll, L.A.P. (orgs). *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. (pp.132-166). São Paulo: Ed Atlas, S.A.

Secretaria Municipal de Saúde. (2009, Junho). *SUS-BH: Cidade Saudável*. Plano macro-estratégico; Secretaria Municipal de Saúde; Belo Horizonte. 2009-2012. Recuperado a partir de: <http://docslide.com.br/documents/sus-bh-cidade-saudavel-plano-macro-estrategico-secretaria-municipal-de-saude.html>

Silva, C.O., Barros, M. E.B., & Louzada, A.P.F. (2011). Clínica da atividade: dos conceitos às apropriações no Brasil. In P. F. Bendassolli & L.A.P. Soboll (Orgs) *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. (pp.188-207). São Paulo: Atlas.

Sznelwar, L. I. (2015). *Quando trabalhar é ser protagonista e o protagonismo do trabalho*. [Livro eletrônico]. São Paulo: Editora Edgard Blücher Ltda. ISBN: 978-85-8039-095-7.

Starfield, B. (2002). *Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde. Recuperado a partir de: <http://www.dominiopublico.gov.br/download/texto/ue000039.pdf>

Tostes, M. L. F., Reis, J. C. & Pitchon, A. (2012). A coordenação do cuidado pela Atenção Primária no SUS-BH. In: Teixeira, M. G.; Rates, S. M. M. Rates; Ferreira, J. M. (orgs.). *O coletivo de uma construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte*. (pp. 148-156). Vol. 1. Belo Horizonte: Rona.

Tostes, M. L. F., Almeida, V., Lazari, M.G.T.de, Gomes, D.H.P. & Coimbra, J. (2012). Avanços da Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte. In: Teixeira, M. G.; Rates, S. M. M. Rates; Ferreira, J. M. (orgs.). *O coletivo de uma construção: o Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte*. (pp. 107-119). Vol. 1. Belo Horizonte: Rona.

Trinquet, P. (2010). Entrevista: Pierre Trinquet e o ponto de vista da atividade em formação profissional e segurança do trabalho. Entrevista concedida a Maria Elisa Siqueira Borges e Paulo César Zambroni de Souza. In *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, São Paulo, 13 (1), pp. 149-157. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.11606/issn.1981-0490.v13i1p149-157>.

Vasconcelos, F.G.A. & Zamboni, M.R.G. (2011). Dificuldades do trabalho médico no PSF. In *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 16 (1), pp.1497-1504. Recuperado a partir de: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000700085>.

Védrine, C. (2009, printemps). De la résistance désacralisante à la résistance à la désacralisation: le cas des ouvriers Michelin à Clermont-Ferrand. In D. Lhuillier & P. Roche. *Nouvelle Revue de Psychologie*, n° 7, Toulouse: Érès. pp. 101-118.

Viegas, S. *Trabalho e Vida*. (1989, julho). Palestra proferida no Centro de Reabilitação Profissional do INSS, Belo Horizonte, 12 de julho de 1989. Recuperado a partir de:

<http://docslide.com.br/documents/sonia-viegas-trabalho-e-vida.html>.

Vieira, F.S., & Benevides, R.P.S. (2016, setembro). *Nota Técnica: os impactos do novo regime fiscal para o financiamento do Sistema Único de Saúde e para a efetivação do direito à saúde no Brasil*. Brasília: IPEA/Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. Nº 28. Recuperado a partir de:
http://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/nota_tecnica/160920_nt_28_disoc.pdf

Villa, E.A., Aranha, A.V.S., Silva, L.L.T. & Flôr, C.R. (2015, outubro/dezembro). As relações de poder no trabalho da Estratégia Saúde da Família. In *Saúde em Debate*, Rio de Janeiro, 39 (107). pp. 1044-1052.

Winnicott, D. W. (1970). Vivir creativamente - Fusión de dos borradores de una conferencia preparada por la Liga Progresista. (pp.1644-1650). In Donald Winnicott Obras Completas. Psikolibros. Arquivo digital.

Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. J.O. A Abreu e V. Nobre (Trad.). Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.

APÊNDICE A - roteiro de entrevista

1ª PARTE: dados de identificação

- Nome; idade; estado civil.
- Tempo que atua no SUS e tempo que atua no PSF.

2ª PARTE:

Após a identificação, era feita a seguinte proposta:

- Eu gostaria de convidar-lhe a falar sobre sua história no SUS. Porque trabalhar na saúde pública, porque PSF? Como se deu a escolha de estar nesse lugar?

Em seguida, a partir de sua narrativa, eram colocadas algumas questões norteadoras que não tivessem surgido inicialmente, como por exemplo:

- O que significa, para você, ser médico de família no SUS?
- Como são as relações no seu cotidiano de trabalho, com a comunidade, com os pares, com os gestores?
- Fale sobre a realidade de seu dia-a-dia de trabalho, sobre as atividades desenvolvidas, sobre sua forma de trabalhar.
- Como você percebe as suas condições de trabalho? Essas condições impactam você de alguma forma? Como?
- Quais as maiores dificuldades e/ou impasses vivenciados no exercício do trabalho? Quais as estratégias que você desenvolve para dar conta de lidar com essas questões?
- O que mantém você no SUS/PSF?
- Você tem outro trabalho além da UBS?
- Você já adoeceu em consequência do trabalho?
- Você se sente reconhecido no trabalho?
- É possível criar outras formas de trabalhar?
- É possível ser criativo em seu trabalho?

Cada uma destas questões se desdobravam em novas narrativas e outras perguntas, que possibilitavam maiores aprofundamentos da realidade e dos enfrentamentos específicos de cada sujeito no seu local de trabalho. Observamos que, na maioria das entrevistas, muitas dessas questões emergiam espontaneamente nos relatos, necessitando apenas de algumas pontuações que melhor esclarecessem os detalhes.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE MINAS GERAIS

Pró-Reitoria de Pesquisa e de Pós-graduação
Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

CAAE: 37709714.7.0000.5137

“Trabalho e Resistência: estratégias de ação e saúde entre os trabalhadores do SUS de Belo Horizonte”

Responsável pela pesquisa: Crisane Costa Rossetti

Prezado(a) Senhor(a),

Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar. Antes de decidir se deseja participar, de livre e espontânea vontade, você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A pesquisadora responsável por este estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa que procura identificar os mecanismos de resistência desenvolvidos pelos servidores do SUS, especificamente médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem das Unidades de Pronto Atendimento e pelos médicos de PSF da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, a partir das condições e da organização do trabalho e das implicações sociais e subjetivas que afetam sua saúde. Você foi selecionado porque corresponde ao público que será estudado: servidor efetivo da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte, integrante da categoria médico (de PSF ou urgência), enfermeiro, ou auxiliar de enfermagem de urgência.

Sua participação é voluntária, o que significa que você poderá desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento, sem que isso lhe traga nenhum prejuízo ou penalidade, bastando para isso entrar em contato com a pesquisadora responsável. Você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo e não há despesa prevista. Se você tiver algum gasto que seja devido à sua participação na pesquisa, você será ressarcido, caso solicite. Em qualquer momento, se você sofrer algum dano comprovadamente decorrente desta pesquisa, você terá direito à indenização.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido(a) ao(s) seguinte(s) procedimentos: lhe será solicitada uma entrevista semi-dirigida, onde você será convidado a falar sobre seu trabalho e o exercício concreto de suas atividades. Será convidado a falar também sobre sua história no SUS e suas expectativas. As entrevistas poderão ser gravadas, com sua autorização. Deverão ser feitas algumas observações em campo sobre a situação de trabalho pela pesquisadora, mediante sua autorização e da gerência da unidade, para melhor entendimento de sua narrativa. Você poderá se recusar a participar ou a responder alguma das questões a qualquer momento, não havendo nenhum prejuízo pessoal se esta for a sua decisão.

Entendemos que esse estudo nos possibilitará trazer contribuições relevantes para a saúde do servidor na medida em que amplia a perspectiva de análise da realidade concreta vivenciada pelos trabalhadores do SUS e as estratégias de defesa e resistência que lhes mantém em condições de saúde. Você poderá contribuir também para novas proposições de melhoria dos processos envolvidos na organização do trabalho que possam estar impactando negativamente na saúde do trabalhador.

Os riscos envolvidos com sua participação poderão ser algum tipo de tensão, mal-estar ou desconforto, que serão minimizados através das seguintes providências: interrupção da entrevista a qualquer momento e, se necessário, encaminhamento para suporte psicológico na clínica da PUC Minas. Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisa realizá-lo.

Sua participação trará benefícios para você e demais profissionais de sua categoria, ao ampliar o conhecimento sobre as estratégias de enfrentamento das condições de trabalho na rede SUS e, com isso, trazer mais subsídios para intervir em prol da saúde do servidor.

Todas as informações obtidas serão sigilosas. De acordo com a resolução 466/2102, todo material com as suas informações (gravações, entrevistas, entre outras) ficará guardado em local seguro sob a responsabilidade da pesquisadora com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade, por cinco anos após a conclusão da pesquisa. Ao término deste prazo, todo material será destruído. A divulgação dos resultados será feita de forma a não identificar os voluntários. Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade. Não há qualquer possibilidade de divulgação de dados confidenciais e de identificação dos participantes.

Você ficará com uma cópia deste Termo e toda a dúvida que você tiver a respeito desta pesquisa, poderá perguntar diretamente para a pesquisadora Crisane Costa Rossetti, Av. Itaú nº 525, bairro Dom Cabral, BH, MG, CEP 30535-012, ou pelo telefone (31) 9861 1967, ou ainda pelo email crisanec@hotmail.com.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, coordenado pela Prof^a Cristiana Leite Carvalho, que poderá ser contatado em caso de questões éticas, pelo telefone (31) 3319 4517 ou email cep.proppg@pucminas.br. Foi aprovado também pelo Comitê de ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde.

Obrigada pela sua colaboração e por merecer sua confiança.

Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que fui devidamente informado e esclarecido pelo pesquisador sobre a pesquisa “Trabalho e Resistência: estratégias de ação e saúde entre os trabalhadores do SUS de Belo Horizonte”, dos procedimentos nela envolvidos, assim como dos possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isso me traga prejuízo ou penalidade.

Participante:

Assinatura, nome e CPF

Pesquisador responsável:

Nome (em letra de forma) e assinatura, nome e CPF

Belo Horizonte, de de 201__