



Universidade Federal Fluminense

**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
DOUTORADO EM PSICOLOGIA**

ANDRÉA MOREIRA CHAGAS

**MICROPOLÍTICA DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA APOSTA NA INDISSOCIABILIDADE ENTRE CLÍNICA
E GESTÃO**

**Niterói
Junho de 2018**

**Universidade Federal Fluminense
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

ANDRÉA MOREIRA CHAGAS

**MICROPOLÍTICA DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA APOSTA NA INDISSOCIABILIDADE ENTRE CLÍNICA
E GESTÃO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal Fluminense, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Psicologia.

Área de concentração: Estudos da Subjetividade.

Linha de Pesquisa: Políticas Públicas e Exclusão Social.

**ORIENTADORA: Profa. Dra. CLÁUDIA ELIZABETH ABBÊS BAETA
NEVES**

CO-ORIENTADOR: Prof. Dr. HÉLDER PORDEUS MUNIZ

ANDRÉA MOREIRA CHAGAS

**MICROPOLÍTICA DO TRABALHO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA
FAMÍLIA: UMA APOSTA NA INDISSOCIABILIDADE ENTRE CLÍNICA
E GESTÃO**

BANCA EXAMINADORA

Dra. Cláudia Elizabeth Abbês Baeta Neves-UFF

Dr. Hélder Pordeus Muniz - UFF

Dra. Cristina Mair Barros Rauter -UFF

Dr. Eduardo Passos- UFF

Dra. Maria Elizabeth Barros de Barros - UFES

Dra. Raquel Siqueira da Silva - UFESB

Ficha catalográfica automática - SDC/BCG

C426m Chagas, Andréa Moreira
Micropolítica do Trabalho na Estratégia de Saúde da
Família: Uma Aposta na Indissociabilidade entre Clínica e
Gestão / Andréa Moreira Chagas ; Cláudia Elizabeth
Abbês Baeta Neves, orientador ; Hélder Pordeus Muniz,
coorientador. Niterói, 2018.
269 f.

Tese (doutorado)-Universidade Federal Fluminense, Niterói,
2018.

DOI: <http://dx.doi.org/10.22409/PPGP.2018.d.01406859796>

1. Atenção Básica. 2. Estratégia de Saúde da Família.
3. Clínica. 4. Gestão. 5. Produção intelectual. I. Título
II. Abbês Baeta Neves, Cláudia Elizabeth , orientador. III.
Pordeus Muniz, Hélder , coorientador. IV. Universidade
Federal Fluminense. Instituto de Psicologia.

CDD -

Bibliotecária responsável: Angela Albuquerque de Insfrán - CRB7/2318

Este trabalho é dedicado ao Kito pelo amor, pela ética existencial do cuidado e pela vida tão intensa na minha vida.

Este trabalho também é dedicado à Marielle Franco e a todas as mulheres que vivem e morrem na luta por equidade.

AGRADECIMENTOS

Muita gratidão à vida pela oportunidade de ser mãe da Anna Carolina. Ela chegou no segundo semestre da graduação na UERJ e seguiu comigo por lá durante os seis primeiros anos de vida. Minha filha possibilitou uma nova escrita da minha vida e da tese de doutorado, da qual foi revisora. O tempo mostra nosso crescimento em todos os aspectos e transborda a alegria de celebrar as reinvenções compartilhadas e os desafios vividos. Anna Carolina é minha maior experiência de amor. Ela partilha intensamente comigo a aventura de viver uma vida implicada com muitas vidas, com *a dor e a delícia* que isso quer dizer. Muito obrigada minha filha, meu maior amor. Te amo mais!

Agradeço a minha orientadora Cláudia Abbês que em todos os encontros, ao longo desses anos, afirmou que a tese estava no meu corpo e que precisava escrevê-la. Muito obrigada por acreditar e segurar a minha mão com amor, em meio aos muitos desafios desse processo. Agradeço a vida por ter permitido o nosso encontro. Muito obrigada pela força, insistência, generosidade, coragem, e pela alegria que vive e inspira na vida e nas invenções de linguagem, cuidadosamente desenvolvidas ao longo desse processo, que me ensinaram tanto. Adelante!

Agradeço ao co-orientador querido Hélder Muniz pelo acolhimento, pela dedicação, pela disponibilidade, por me apresentar e por me contagiar com a ergologia. Agradeço também por afirmar que, durante o processo de construção da tese, eu teria “pai e mãe”, e por transformar isso em prática de modo tão potente e repleto de significado para mim. Muito obrigada!

Aos professores do curso da Pós-Graduação de Psicologia da UFF agradeço pela generosidade e pelo entusiasmo com que exercem suas práticas. Com vocês construí uma dissertação e uma tese entre muitas vidas que foram criadas nesse percurso. Muito obrigada querid@s.

Agradeço aos companheiros do grupo de pesquisa Bruno Gama, Éverson Rach e Miguel Maia pela escuta e partilha.

Agradeço também aos trabalhadores dos SUS pela resistência, alegria e força das parcerias construídas ao longo desses 21 anos. Para todas as equipes da Estratégia de Saúde da Família meu carinho e respeito. Agradeço aos gerentes da

Estratégia de Saúde da Família pela confiança em partilhar suas práticas e incentivo da construção da tese. Agradeço aos queridos companheiros de trabalho da Vila Olímpica da Mangueira Bárbara Machado, Cláudia Graça e Samuel Belarmino. Agradeço a Leonardo de Oliveira El-Warrak pela confiança e apoio ao trabalho na gestão. Agradeço especialmente a equipe da Clínica da Família Dona Zica. A possibilidade de construção de trabalho com essa equipe foi um dos maiores presentes que a vida poderia ter me ofertado. Muito obrigada Ane Monteiro que com sua alma Aladim construía um tapete mágico de amor e ética cotidianamente. Muito obrigada meus querid@s!

Agradeço a minha família querida pela torcida incondicional em todas as minhas apostas de vida. A possibilidade de ter crescido numa casa de santo, com o coração que tinha a tia Didi, apresentou-me desde muito cedo a força do acolhimento. Agradeço a minha mãe pela coragem, alegria e amor afirmados em cada momento da minha vida. Muito obrigada Pablete por se juntar ao grupo expandindo o amor. O que desejo é que o caminho do estudo e da Universidade, em todos os seus níveis, seja um caminho natural para as próximas gerações. Agora, nós todos sabemos que é legítimo e possível.

Agradeço ao meu mestre da vida Daisaku Ikeda pela dedicação e confiança na grandiosidade das nossas vidas. Nam Myoho Rengue Kyo! E ao grupo de psicólogos Flor de lótus da BSGI.

Três pessoas que vibraram comigo na entrada para o doutorado finalizaram suas existências antes da conclusão. A primeira delas foi Nazareth Solino, meu grande amor de muitas vidas. Naza segue comigo na tese e na vida lembrando da importância da dignidade da vida, do amor, da beleza e do sentido das nossas práticas. A segunda foi minha avó querida que nunca entendeu para que ser doutora para subir morro, mas me amava e deixava isso muito claro, ela se divertia com meu amor pela Mangueira e com a corrida da psicóloga em cada carnaval em busca da fantasia. O terceiro foi José Marmo, com ele aprendi mais do que me dei conta ao longo da vida. Marmo inventava um jeito de acolher os jovens de Vigário Geral, levava para casa, para rua, para o mundo, acolhia com a vida dele. Levou-me para Vigário Geral e lá comecei a fazer assim também, com ele acolhimento e cuidado

eram inventados numa prática implicada e com alegria. Marmo deixou na sua família e nos seus amigos a certeza dos "caminhos abertos", sobretudo, por nós mesmos.

Agradeço aos meus amigos. Que gente mais linda que estava exatamente no local que precisava no momento da minha necessidade. Agradeço aos amigos que vieram dos encontros do mundo da formação e do trabalho para minha vida com amor, escuta e muita partilha, alguns viraram irmãos, o que nessa vida é o maior tesouro. Muito obrigada, Adriana Soares, Ana Brum, Cinthia Maia, Eve Damour's, Flávia Corpas, Marcela Mendoza, Hildeberto Martins, Etienne Petrauskas, Lannia Simão Belizze (B), Louise Silva, Luciana Borges, Luciana Janeiro, Ludmila Souto, Regina Ferro, Sílvia Carvalho, Susana de Deus, Sonia Marinho, Raphael Rodrigues, Raquel Siqueira, Rose Oliveira, Veronique Fortin e Wannia Cidade.

Agradeço a minha irmã da vida Virgínia Montojos pelo acompanhamento diário da tese, um tema tão distante da sua vida e que, por saber da importância para mim, compartilhou e cuidou com amor e atenção. Muito obrigada também por ter trazido mais amor para a nossas vidas com a chegada da Valentina.

Elberth Teixeira é um presente da vida. Meu amigo e gerente recebia mensagens com fotos de pedaços do texto para avaliar se fazia sentido e respondia com comentários em meio a intensidade de trabalho que experimenta na gerência. Para Elberth, meu amor e agradecimento.

Agradeço a Rafael Luis Castillo Duranza pelo companheirismo ao longo dos anos de construção da tese. Agradeço a escuta e partilha das tomadas de decisões, entre elas, a mais difícil que foi a de me afastar da CF Dona Zica. Agradeço às problematizações em relação a vida e ao trabalho na Estratégia de Saúde da Família. Agradeço ao acompanhamento diário sobre o ritmo da produção textual realizado em grande parte desse processo e por tentar construir, do seu modo, um clima de incentivo à conclusão do Doutorado, muito obrigada!

Agradeço a Luly pela paciência em ouvir muitas conversas sobre a tese, por me levar para brincar de massinha e construir, entre um cup cake e outro, um sabor encantado, como só as crianças são capazes de criar.

Finalizo, desculpando-me por possíveis omissões e dedicando a todos os amigos e parceiros a citação de abertura desta tese. Muito obrigada!

*O mar vagueia onduloso sob os meus pensamentos
A memória bravia lança o leme:
Recordar é preciso.*

*O movimento vaivém nas águas-lembranças
dos meus marejados olhos transborda-me a vida, salgando-me o rosto e o
gosto.*

*Sou eternamente naufraga,
mas os fundos oceanos não me amedrontam
e nem me imobilizam.*

*Uma paixão profunda é a bóia que me emerge.
Sei que o mistério subsiste além das águas.*

Conceição Evaristo, 1992.

RESUMO

O presente trabalho apresenta uma aposta na indissociabilidade entre clínica e gestão na Atenção Básica, especificamente na Estratégia de Saúde da Família. O tema foi construído através das experiências no campo do trabalho e na gerência em Unidades de Saúde da Família pela autora, que nesta pesquisa traz como campo privilegiado o trabalho desenvolvido na Clínica da Família Dona Zica na Mangueira, de 2014 a 2016. A pesquisa foi desenvolvida num período em que a cidade do Rio de Janeiro experimentava a maior expansão registrada nos serviços da Atenção Básica: a Reforma dos Cuidados da Atenção Básica (RCAPS), iniciada no ano de 2009 e que registrou um crescimento ascendente até o ano de 2016, quando encerrou o período do mandato do prefeito que apoiava este projeto de gestão em saúde pública. Nesta aposta de trabalho, problematiza-se os modos de gerir o cuidado em saúde na Estratégia de Saúde da Família na contemporaneidade, em meio as prescrições e normatizações impostas para os serviços e o crescimento de uma orientação com o viés estrito administrativo para a Atenção Básica, que se caracteriza pela complexidade e singularidade, que fazem desse um campo desafiador e fértil para as invenções no desenvolvimento da prática clínica.

Palavras-chave: Atenção Básica; Estratégia de Saúde da Família; Clínica e Gestão.

RÉSUMÉ

Le présent ouvrage présente un pari sur l'indissociabilité entre clinique et gestion en soins primaires, plus particulièrement dans la stratégie de santé familiale.

Un thème construit sur les expériences dans le domaine du travail et la gestion dans les unités de santé familiale par l'auteur et qui dans cette recherche apporte comme un domaine privilégié le travail développé dans la Clinique familiale Dona Zica à Mangueira, de 2014 à 2016. La recherche a été développée dans une période où la ville de Rio de Janeiro a enregistré la plus grande expansion dans les services de base, la Réforme des soins de la (RCAPS), initiée en 2009, qui a connu une croissance ascendante jusqu'en 2016, lorsque c'est terminé le mandat du maire qui a soutenu ce projet de gestion de la santé publique. Dans ce travail, nous discutons des moyens de gérer les soins de santé dans la stratégie de santé familiale dans les normes et règlements imposés par les services et la croissance avec le biais administratif strict pour les soins de base caractérisé par la complexité et l'unicité, qui en font un champ stimulant et fertile pour les inventions dans le développement de la pratique clinique.

Mots-clés: Soins primaires, Stratégie de santé familiale, Clinique et gestion.

SIGLAS

AB- Atenção Básica.

ACS- Agente Comunitário de Saúde.

APS- Atenção Primária a Saúde.

AP- Área Programática.

CAP- Coordenação de Área Programática da cidade do Rio de Janeiro.

CF- Clínica da Família.

CIEP - Centros Integrados de Educação Pública.

COFINS- Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social

CMS- Centro Municipal de Saúde

CTA- Comissão Técnica de Avaliação

ESF- Estratégia de Saúde da Família

LGBT- Lésbicas, Gays, Bissexuais e Transexuais.

MS – Ministério da Saúde

IAPs - Institutos de Aposentadoria e Pensões

INPS- Instituto Nacional de Previdência Social

INSS- Instituto Nacional de Seguro Social

ONG - Organização Não governamental

OSs- Organização Social

PACS- Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PEP- Prontuário Eletrônico

PIB- Produto Interno Bruto

PS- Posto de Saúde

RCAPS - Reforma do Cuidado da Atenção Primária na Saúde.

SES- Secretaria Estadual de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

SMS- Secretaria Municipal de Saúde

VD- Visita Domiciliar

Sumário:

Introdução	17
Do Problema e seu Campo Problemático	22
Os Caminhos que se Fizeram na Cartografia do Processo de Pesquisar: metodologia	29

CAPÍTULO I: Linhas Histórico-Políticas Constituintes da Atenção Básica no Brasil

1.1 Atenção Primária (AP) - Algumas Modulações para a Construção da Atenção Básica no Brasil	34
1.2. Conferência de ALMA-ATA: novo cenário global	38
1.3. Reforma Sanitária Brasileira (RSB) – Sistema Único de Saúde (SUS)	42
1.4. A VIII Conferência Nacional de Saúde	45
1.5. Atenção Básica (AB) e Estratégia de Saúde da Família (ESF)	50
1.5.1. A Singularidade do Trabalho do ACS na ESF	54
1.6. Desafios da Expansão da AB: hibridismo estatal-político-gerencial na privatização do SUS	57

CAPÍTULO II: A expansão da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro: História, rumos e desafios

2.1 Alguns dados Geo-histórico-políticos do Município do Rio de Janeiro e suas Influências no desenho da saúde e da Atenção Básica no Município.	66
2.1.2. Alguns vetores histórico-institucionais	67
2.1.3. Município do Rio de Janeiro (Estado da Guanabara) como capital do Brasil	67
2.1.4. Divisão territorial Estado do Rio de Janeiro e Estado da Guanabara (atual município do Rio de Janeiro):pré-fusão..	69
2.1.5. Período pós-fusão e anterior ao início da implementação do SUS no município do Rio de Janeiro(1975-1988)..	72
2.1.6. Linhas gerais da AB no Município do Rio de Janeiro no período dos anos 1991 a 2008-	76
2.1.6.1. Sopros de Utopia	80
.2.1.6.2. A Volta do que não partiu	84

2.2. A Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS): Programa Sempre Presente no Município do Rio de Janeiro-	87
2.2.1. Da Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS)	91
2.2.2. Divisão Territorial por Áreas Programáticas e Clínicas da Família (CF)	97
2.2.2.1. Clínicas da Família- CF	99
2.3. Clínicas da Família Dona Zica- Mangueira.A.P.1.0	103
2.3.1. De quando as Rosas Falam e Exalam Verde e Rosa	104
2.4. A RCAPS no Trabalho Cotidiano como Gerente da CF D. Zica: efeitos e caminhos por entre as pedras	113
2.5. As Delicadezas do Trabalho com a ESF	121
2.6. Buscando Alguns Afetos e Ressonâncias para Pensar o Lugar de Gerente	129

CAPÍTULO III-Trabalho, Gerência e Gestão:Estratégia de Saúde da Família

3.1 A Perspectiva da Ergologia	134
3.2 O Debate de Normas nas Práticas de Visitas Domiciliares envolvendo a Estratégia da Saúde da Família	137
3.3 O Debate de Normas, o Dimensionamento de Valores e os Fluxos de Trabalho das linhas de cuidado	145
3.4- O Vazio de Normas e a Invenção de Novas Normas para o Trabalho em Saúde em Contexto de Violência e Ameaça à vida dos Usuários e dos Profissionais	148
3.5 Os Desafios da Atividade dos Usuários para os Trabalhadores do Serviço e Saúde	156
3.6. Uma Gerência Suficientemente Boa na Estratégia de Saúde da Família	162
3.7 O Trabalhador como Colaborador e a Equipe como Família: armadilhas gerenciais capitalistas	173
3.8 As Dramáticas da Atividade Gerencial: O que fazer? O que cabe fazer? Como construir nas vicissitudes do cotidiano?	178
3.8.1 O Regimento Interno e os Usos de Si	179
3.8.2 A Ficha de Cadastro, o Prontuário Eletrônico e o Brincar	181
3.8. A Gerente Ritmista: no ritmo das atividades	187
3.8.9- A Avaliação do Trabalho e as Metas Gerenciais: a desconsideração da atividade	195

CAPÍTULO IV- Clínica e Gestão: Uma Conversa com Muitas Vozes

4.1. Acolhimento em Verde e Rosa-	202
4.2. Estratégia de Saúde da Família, Interferências e Cotidiano	208
4.3. Pensando a Clínica e o Território - A Clínica com o Território	213

4.4. Gerir entre as Práticas de Biopoder e as Interferências no Cuidado em Saúde	221
4.5. Uma Experiência na Zica Dia: “não faltou ninguém”	225
4.6. 5 Anos da CF Dona Zica: em ritmo de cuidado e samba	233
4.7. Dados para que? De quando Contar Vira Conta	235

Considerações Finais

Não Deixe o Samba Morrer Não Deixe o Samba Acabar	250
---	-----

Referências Bibliográficas	254
-----------------------------------	------------

INTRODUÇÃO:

*As palavras proferidas pelo coração não têm
língua que as articule, retém-nas um nó na
garganta e só nos olhos é que se podem ler.*

(José Saramago, 1991)

Nessa pesquisa, propõe-se problematizar a gestão do cuidado na Estratégia de Saúde da Família (ESF), uma questão temática construída a partir das vivências no território do trabalho. As experiências no campo, em diversas Unidades de Saúde, vivenciadas pela trabalhadora e pesquisadora, produziram a busca/necessidade da construção de diálogos e ressonâncias para o trabalho do cuidado em saúde e, nos últimos sete anos, um olhar para a questão que envolve a indissociabilidade entre clínica e gestão.

Em 1997, iniciei o trabalho em Comunidades Populares¹ na cidade do Rio de Janeiro como psicóloga, respectivamente em: Mangueira, Vigário Geral, Complexo da Maré e Complexo do Alemão. As experiências nesses territórios, ocupando os inúmeros fazeres das práxis psi, produziram as metodologias de trabalho que sustentam os modos de intervenção clínica, pesquisa e gestão. A atividade de gerente nas Unidades de Saúde da Família oportunizou a emergência das reflexões sobre o exercício dessa prática junto aos trabalhadores da saúde, população e território.

As inúmeras situações e complexidades encontradas ao longo dos vinte anos do trabalho em saúde nas Comunidades Populares mostrou como a vida insiste,

¹ A escolha por nomear o território como Comunidades Populares se refere a uma continuidade da opção escolhida na pesquisa de mestrado. Durante a pesquisa de mestrado em consulta com o grupo de mulheres do grupo “Toque de Mão”, que é formado por mulheres negras artesãs moradoras das comunidades do bairro de Sta. Teresa, no centro do Rio de Janeiro, elas escolheram por nomear o território de moradia como Comunidades Populares e não como favelas por valorizarem a importância de escapar de uma nomenclatura associada a falta e a violência, não se tratava de negar as dificuldades, mas de afirmar outras potencialidades do território. Esta prática também evidencia a escolha metodológica nas duas pesquisas em relacionar teoria e prática, desta forma dando melhor visibilidade e compreensão ao trabalho desenvolvido.

resiste e muitas vezes se reinventa repleta de beleza e sentido. Então, escrever em imanência com essas experiências não foi uma atividade menos intensa do que o trabalho realizado no campo. Em muitos momentos as palavras não deram conta de traduzir a multiplicidade de afetos experimentados nas práticas cotidianas. Algumas vezes tentei, sem sucesso, descrever a metodologia na qual se pautava o trabalho da gestão, que me parecia tão explícita numa foto onde a gerente estava com um médico pulando num pula-pula (cama elástica), na quadra da Mangueira, com as crianças; ou em outra imagem na qual uma profissional transexual pulava corda com uma Agente Comunitária de Saúde e as crianças moradoras de uma ocupação conhecida como “IBGE” (por ter sido um prédio onde funcionou o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística até o início dos anos 90).

Tomo de empréstimo o conceito de escrevivência, da escritora Conceição Evaristo, pela identificação com uma produção de trabalho que se inscreve em primeiro plano no corpo de quem escreve. Evaristo (2017) traduz como escrevivência a experiência de construir uma produção textual tecida na “pele-memória-história passada, presente e futura” e continua:

Vem de uma teimosia, quase insana, de uma insistência que nos marca e que não nos deixa perecer, apesar de. Pois entre a dor, a dor e a dor, é ali que insiste a esperança (p.1)

É a partir do reconhecimento desse lugar de pertencimento da trabalhadora/pesquisadora, que encontra no curso de pós-graduação de psicologia da Universidade Federal Fluminense ressonância e acolhimento para as experiências que foram vividas no campo do trabalho em saúde que urdimos essa tese. Entendemos os dispositivos de saúde - e nesta pesquisa em especial as especificidades do modelo assistencial de base territorial da Estratégia de Saúde da Família - como um espaço potente para interferir diretamente na produção de encontros que favoreçam a construção de relações éticas que afirmem a dignidade de todas as vidas que compõem o espaço do trabalho nas relações de cuidado em saúde. Éticas porque dizem respeito à afirmação de modos de vida em sua potência criadora, na agonística entre a produção de uma micropolítica reativa do cuidado e

da gestão que ganha força em reacionarismos e moralismos travestidos de justiça, direitos e cuidado, e a produção de resistências micropolíticas ativas no acolhimento dos combates à colonização dos modos de viver, sentir e produzir a gestão do cuidado (ROLNIK, 1997).

Ao longo das experiências de partilha com os trabalhadores nas unidades de Saúde Pública e com pesquisadores desse campo, foi possível identificar a importância da afirmação do caráter relacional da saúde em sua agonística com o território, com os modos de vida das populações e das prescrições do trabalho. A lógica vertical como herança no desenvolvimento de práticas em saúde ainda se faz muito presente, a qual se reproduz práticas a partir de um entendimento hierárquico e de relações binarizantes entre profissionais de saúde e usuários, em oposição a um espaço relacional inclusivo de direito legítimo.

Em acordo com Fleury (2015), um dos desafios dos serviços de saúde pública é romper a lógica de assujeitamento em prol da construção de relações ético-clínico-políticas. Seguindo com esta compreensão, encontramos ressonância em Winnicott (1975) quando diz que “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” (p.95). A produção potente do cuidado em saúde, diversa de uma ótica de submissão, também contempla à necessidade de construção de modos de comunicação nos serviços que interfira na produção de escuta e linguagem acolhedoras.

Em algumas situações no serviço, era comum ouvir falas de usuários, ou entre colegas profissionais, após a experiência de acesso à Unidade fazendo referência a determinado profissional como muito humano(a), bonzinho ou gentil. A naturalização destes ‘elogios’ chamava a atenção e elucidava a experiência de exceção em situações que estavam relacionadas ao acesso aos serviços. O acesso comparecia nestas falas como um favor, uma benesse, e não o atendimento a um direito legítimo ou uma atenção efetivamente digna de ser recebida. Alguns recortes do cotidiano expressam as situações que estamos pontuando.

A experiência em ocupar o cargo de gerente em Unidades de Saúde da Família, no período concomitante ao início do processo de mudança de planejamento e gestão na rede primária de atenção na cidade do Rio de Janeiro, produziu inquietações, impasses e questões que se agudizaram nas vivências como

gerente na Clínica de Família D. Zica. Este espaço é nomeado como Unidade A, por funcionar exclusivamente com o modelo da Estratégia de Saúde da Família, e responsável pelo atendimento da população moradora da Comunidade da Mangueira, inscrita na Área Programática 1.0 (AP 1.0) do município do Rio de Janeiro. A pesquisa que se desdobrou nesta tese, tendo esta unidade como campo privilegiado de pesquisa, foi o continente destas inquietudes e impasses, ganhando tradução nas questões que emergiram em meio à complexa experiência de transversalização da escrita entre a trabalhadora-pesquisadora e a pesquisadora-trabalhadora.

No ano de 2009, especificamente a partir do mês de maio, a Secretaria Municipal de Saúde/ RJ deu início ao projeto nomeado como: Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS). Projeto este que integrava o programa Saúde Presente² e trazia como diretrizes: a territorialização, a ampliação, a qualificação e a garantia do acesso aos serviços de saúde pública. A implementação do Programa Saúde Presente tinha o objetivo de expandir a assistência à saúde na cidade que, após quatorze anos da implantação da primeira equipe de ESF, dispunha de 3,5%(SMS,2009) de cobertura da Estratégia de Saúde da Família.

A baixa cobertura da atenção básica era um dos reflexos do desinvestimento nas políticas de saúde pública enfrentados ao longo dos anos pela cidade do Rio de Janeiro. Uma das estratégias iniciais no processo da expansão foi a organização territorial, visando enfrentar a baixa oferta de serviços e a busca desorganizada (sem responsabilização longitudinal do cuidado) que fazia dos usuários andarilhos em busca de atendimento pela cidade. As inúmeras dificuldades para obter acesso e acolhimento na rede produziam vários obstáculos. Entre eles, era prática comum a condicionalidade de senhas para o atendimento, que obrigava os usuários a madrugarem nas portas dos serviços para conseguir o acesso ao serviço que necessitavam.

Neste cenário, o programa Saúde Presente foi apresentado como projeto que iria viabilizar a transformação do cuidado em saúde, trazendo para o centro dessa intervenção a Estratégia de Saúde da Família. Desde que foi proposta como modelo

² <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeConteudo?id=162538>

de assistência em saúde, na conferência de Alma Ata (1978), a Atenção Primária foi descrita através das características de alta resolutividade, eficiência e com custo exequível para os países. Partindo desta compreensão, escolher a Atenção Primária como estratégia de reorientação do sistema de saúde deveria pressupor o entendimento ampliado da saúde como direito social. Conforme Giovanella; Mendonça et al (2009), “para desenhar novas políticas e reorientar os sistemas de saúde pela APS é necessário analisar os primeiros atributos de uma atenção primária à saúde abrangente” (p.583).

A gestão financeira da operacionalização do Programa Saúde Presente estava diretamente vinculada aos contratos com as Organizações Sociais (OSs). Esta era uma relação contratual que se soma às experiências híbridas de contratos de gestão junto à Secretaria Municipal de Saúde. Embora já houvesse contratos de serviços com outros entes privados, a partir do ano de 2009 essa modalidade ganha velocidade e extensividade. Antes desse período, a Secretaria Municipal de Saúde dispunha de contratos diversos com as Organizações não Governamentais (ONGs), Associação de Moradores e mesmo com empresas privadas de plano de saúde, conforme operava o contrato com o Posto de Saúde Mangueira até o ano 2000.

A questão que envolve o financiamento para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde é uma pauta permanente de discussão. Nesta pesquisa, entendemos que a gestão financeira nomeada como cogestão entre a Secretaria Municipal de Saúde e as Organizações Sociais produz modulações significativas no modo de gerir e cuidar no trabalho em saúde pública e deve estar sobre análise. Uma das modalidades trazidas com esse modo de gestão foi a inserção de metas de desenvolvimento do trabalho e, como veremos ao longo da pesquisa, metas que não são pactuadas de modo a incluir as necessidades e especificidades dos territórios, inviabilizando em algumas situações o exercício do princípio de equidade. Pois, na busca por cumprir as metas pactuadas na carteira de serviços, outras questões emergentes que estão fora do cardápio de ofertas ficam desassistidas. Este modo de pactuação está presente nos diferentes níveis da gestão dos serviços.

Os contratos de gestão entre as OSS e a SMS para o desenvolvimento do projeto Saúde Presente trazia como meta o alcance de 35% de cobertura da Estratégia de Saúde da Família (ESF) até o ano 2012 (PENNA, PINTO, SORANZ,

2016), que seria o ano do término do mandato do prefeito Eduardo Paes, que assumiu o desenvolvimento dessa política em saúde. No final desse período, o prefeito foi reeleito, dando continuidade ao Programa Saúde Presente até o ano de 2016, época de encerramento desse processo de expansão, no qual a cidade contava com uma cobertura de 70% da ESF e com cento e quinze Clínicas de Saúde da Família.

Do Problema e seu Campo Problemático

A expansão da atenção primária no município do Rio de Janeiro, por meio do projeto nomeado como Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS), tinha como slogan principal a transformação dos indicadores sanitários da cidade. Por meio do programa Saúde Presente³, ancorava suas diretrizes fundamentais na territorialização, na ampliação e qualificação da oferta, na responsabilização e na garantia do acesso aos serviços de saúde pública, fazendo da AB/ESF a porta de entrada do sistema de saúde do município.

O investimento na expansão da AB marcava uma mudança do paradigma da atenção à saúde pública realizada na cidade. O Rio de Janeiro historicamente obteve maior investimento político e financeiro dedicado aos hospitais de grande porte e aos atendimentos realizados por especialidades no âmbito dos centros municipais de saúde (CMS), em ambos os casos, estavam disponíveis nas áreas centrais da cidade. A escolha pela expansão da AB marcava além da capilarização do acesso a descentralização dos equipamentos (SAFFER, 2017). Em consonância com este paradigma, outro investimento importante observado neste período foi o fortalecimento recrudescente dos programas de residência de medicina de família e comunidade, residência de enfermagem e das residências multiprofissionais, visando que a expansão da AB imprimisse novos modos de cuidado.

Um dos fatores importantes na compreensão do país e do trabalho em saúde pública é o reconhecimento do baixo nível de escolaridade e do analfabetismo funcional que ainda atingem o Brasil na contemporaneidade - mesmo nas áreas urbanas. A população que mais acessa o SUS está inserida neste grupo de

³ <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeConteudo?id=162538>

brasileiros. Esse fato é um agravo a ser acolhido no manejo da gestão no que diz respeito à formação para o cuidado em saúde. Muitos dos profissionais que atuam na Estratégia de Saúde da Família possuem uma formação técnica limitada para o trabalho com /no território, ou mesmo para lidar com as questões subjetivas relacionadas com outras situações de saúde.

A escolaridade é um fator que interfere diretamente na relação das pessoas com o mundo, nos seus aspectos mais complexos de inserção na sociedade e nas práticas cotidianas aparentemente simples, como a compreensão de uma prescrição (horários para administração de medicamentos, efeitos, entre outros) ou o entendimento de uma orientação. Não é incomum o uso de indicações realizadas numa linguagem desidentificada (WINNICOTT, 2000), ou seja, numa linguagem técnica, que solicita o uso de recursos linguísticos e subjetivos que, muitas vezes, a população não dispõe.

Os trabalhadores nas relações de cuidado, comumente, respondem aos problemas principalmente a partir de impressões, saberes e práticas construídos ao longo de suas histórias de vida e no decorrer da experiência em serviço, contudo, estas respostas podem também ser operadoras de descuido e destrato ao afirmar racionalidades excludentes e normalizadoras. Segundo Foucault (2003a):

A racionalidade é o que programa e orienta o conjunto da conduta humana. Há uma lógica tanto nas instituições quanto na conduta dos indivíduos e nas relações políticas. Há uma racionalidade mesmo nas formas as mais violentas. O mais perigoso, na violência, é a sua racionalidade. É claro que a violência é, nela mesma, terrível. Mas a violência encontra sua ancoragem mais profunda e extrai sua permanência na forma de racionalidade que utilizamos. Pretendeu-se que, se vivêssemos em um mundo de razão, poderíamos nos livrar da violência. Isso é inteiramente falso. Entre a violência e a racionalidade não há incompatibilidade (p. 298).

O acesso e a resolutividade das necessidades de saúde são pontos nodais, entre outros, para pensarmos a relação do serviço de saúde com a população, e se afirmam como um dos grandes desafios desde os primórdios nas disputas teórico-

políticas internacionais (anos 20 do século passado), na Conferência de Alma-Ata (1978) e no âmbito da reforma sanitária brasileira.

A defesa da Atenção Primária (AP), como norteadora de um processo permanente de assistência sanitária, ocupava grande relevância para os países que a adotaram como modelo de implantação da política de saúde. Além de ter sido referida pelas características tecnológicas e de custo efetivo, chamava atenção a qualidade das relações de cuidado que poderiam ser construídas no âmbito da APS. Muitas experiências de países desenvolvidos e em desenvolvimento apontavam para o fato de que a APS apresentava impactos positivos nos indicadores de saúde da população, bem como influência efetiva no acesso a serviços essenciais preventivos e promocionais de saúde (ANDRADE, BARRETO e BEZERRA, 2006).

Contudo, a APS se insere num campo de disputas de sentidos e direcionamentos políticos para o cuidado e a gestão, pois diversos foram os modelos de organização e ofertas de serviços de saúde que utilizavam a denominação APS. No guarda-chuva da defesa da APS como modelo de organização do sistema de saúde temos diferentes enfoques, quais sejam: uma oferta de cesta seletiva dos serviços voltada para os pobres; enfoque na porta de entrada do serviço; enfoque ampliado e integrado, que inclui elementos como participação comunitária, coordenação intersetorial (Alma-Ata) e enfoque na saúde e direitos humanos. (VUORI,1985 apud ANDRADE; BARRETO; BEZERRA, 2006). Estes diferentes modelos organizativos coexistem, comparecem no dia-a-dia dos serviços e se encontram em permanente disputa.

A Estratégia Saúde da Família já atinge a maioria da população brasileira, chegando a 62,41% dos habitantes do país, aproximadamente 128 milhões de pessoas em 5.442 municípios⁴ (BRASIL, 2017). Este modelo segue em expansão e se fixa como uma política de estado, atravessando diversos governos e seus diferentes interesses na composição da ESF em suas agendas políticas.

De acordo com NEVES (2011):

A experimentação da Estratégia de Saúde da Família no Brasil, em mais de vinte anos, tem possibilitado importantes avanços do ponto de vista da ampliação do acesso; da qualificação do cuidado; na

⁴ Dados referentes a maio de 2017.

reconfiguração das demandas por serviços, nos modos de produzir cuidado em saúde no território, nos tensionamentos produzidos nos processos de formação em saúde calcados numa lógica biomédica e centrada nas especialidades. Entretanto, nos vemos ainda muito distantes de termos a atenção básica como ethos na estratégia de (re)organização da rede de cuidados, funções e ações no sistema de saúde ⁷. A baixa cobertura e eficácia da rede de atenção básica, o baixo grau de articulação entre os diferentes níveis de atenção, a insuficiência dos financiamentos, a ausência de investimentos numa política de pessoal que diminua a rotatividade de profissionais nas equipes e atue na desprecarização vigente das formas de contratação e dos regimes de trabalho, persistem e compõem os desafios do trabalho na atenção básica. (p.817)

O município do Rio de Janeiro inaugura na expansão da AB uma especificidade nesta modalidade de parceria com relação aos outros municípios brasileiros, qual seja: 99% da gestão de equipes da ESF são realizadas por OSs. Segundo Castro (2015), no resto do Brasil 88% dos estabelecimentos de atenção primária são de administração estatal direta. Este dado é bem elucidativo de um cenário de inversão que determina participação complementar do sistema privado (Lei nº 8080/90).

Com o início do projeto da RCAPS, os contratos com as OSs se multiplicam, já que a expansão está diretamente atrelada a esses contratos. O objetivo era o de cumprir a cobertura de todas as áreas programáticas do município, e para tal, dá-se início nesse período a uma série de contratos de licitação da qual participam diferentes OSs. As OSs habilitadas, após sua seleção, dão início ao desenvolvimento de estratégias entre si para “conquistar” o profissional para o trabalho no SUS. Dentre algumas das estratégias no mínimo questionáveis para promover o vínculo dos profissionais médicos nas equipes, destacamos a oferta de “bônus” diferenciados por performance, pagamento de combustível, entre outros. O modo de governança e suporte administrativo segue os Planos Municipais de Saúde (2009), no qual o modelo de gestão teve como foco instrumentos de planejamento e rigoroso acompanhamento de metas, sustentado sob forte disciplina de execução e meritocracia (OLIVEIRA, 2015).

Uma estratégia de gestão do processo de trabalho que explicitava um modo de gerir modulado pela natureza competitiva e lucrativa está em jogo nesse campo. Além disso, essa dá indícios sobre o entendimento da relação com o trabalhador

nesta engrenagem. Aliás, uma das características das OSs é nomear os trabalhadores como colaboradores, visando modular as definições constantes no artigo 3º da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)⁵ e suas obrigações trabalhistas. Esta terminologia é utilizada de forma acrítica nos serviços, e se refere a uma forma contemporânea de despotencialização do trabalho, associando sua atividade ao campo da colaboração ou da ajuda, que nos remete ao entendimento de uma lógica perversa de apropriação da força de trabalho. Não há ingenuidade quando se escolhe pelo uso dessa nomenclatura. Concordando com Sólito (2011) entendemos que:

A condição de colaborador pretende, na verdade, que o empregado olhe para a relação empregado/empregador sob uma ótica diferente daquela desenhada por embates que, ao longo da história, consolidaram conquistas e direitos, enquanto em momento alguns conceitos como a mais valia sofrem qualquer tipo de modificação. Discursos alienantes que definem a empresa como uma família, ou o famoso slogan “vestir a camiseta”, buscam desenhar um novo modelo de relação, sem que a essência da relação capital/trabalho se modifique (p.10).

Nos serviços da ESF, frequentemente há uma associação das equipes como uma “família”, o que pode explicitar uma relação afetuosa entre os profissionais, mas também existem os perigos que esse modelo de instituição afirma como modo de lidar com os conflitos relacionais, neutralizando-os e pessoalizando-os, numa estratégia que visa o controle. Acresce-se a isso os perigos de cooptação deste afeto nas subjetivações modulatórias do neoliberalismo vigente em nossa sociedade. Uma das estratégias do capital é justamente interferir na pertença de classe dos trabalhadores, apropriando-se dos discursos de que *a empresa é a sua “casa”* e que eles devem vincular o seu êxito pessoal ao êxito da empresa. Como afirmam Netto e Braz (2006), “não por acaso, os capitalistas já não se referem a eles como “operários” ou “empregados” – agora são “colaboradores”, “cooperadores”, “associados” entre outros (p. 217).

⁵ CLT - Decreto Lei nº 5.452 de 01 de Maio de 1943. Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Art. 3º - Considera-se empregado toda pessoa física que prestar serviços de natureza não eventual a empregador, sob a dependência deste e mediante salário. Parágrafo único - Não haverá distinções relativas à espécie de emprego e à condição de trabalhador, nem entre o trabalho intelectual, técnico e manual.

Em relação ao desenvolvimento do trabalho de gerência no território das Unidades de Saúde, uma das consequências observadas desse modelo de gestão tem sido o fortalecimento de uma lógica de gestão verticalizada. Heckert e Neves (2007); Brito; Muniz; Santorum e Raminger (2011) apontam para os riscos de um processo de gestão verticalizado e fortalecedor da dissociação entre modelos de cuidar e modelos de gestão, afirmando que tal separação corrobora para o desenvolvimento de práticas que entendam a gestão reduzida à administração e centrada no gestor. Essas articulações explicitam algumas das composições contemporâneas do cenário do desenvolvimento da ESF, sendo nosso interesse problematizá-las a partir da nossa aposta na indissociabilidade entre gestão e clínica.

No delineamento histórico-político das diferentes linhas que construímos para urdir o campo problemático da pesquisa, reafirmamos uma aposta que nele/e com ele queremos fazer: o entendimento paradoxal de que é no 'chão do básico', em meio a sua complexidade, que produzimos os processos de promoção e produção de saúde, orientados por práticas de integralidade, equidade, acesso à saúde para todos e 'qualquer um'. É neste plano paradoxal, nada trivial e complexo que insistimos na experimentação de práticas que possibilitem fazer aparecer visibilidades de experiências de cuidado e gestão que apostem na dimensão pública e coletiva das políticas de saúde. Esta dimensão denomina-se como ético-política, pois se refere à aposta de acolher e potencializar a dignidade de todas as vidas que compõem o território do trabalho em saúde.

Entendemos que produzir práticas de cuidado, cuja textura inclua os múltiplos saberes e que incentive uma maior autonomia dos usuários faz-se indissociado, porque há uma estrita relação entre os modos de gestão e o desenho das políticas públicas. Esta indissociabilidade entre cuidado e gestão, no desenho das políticas públicas, produz os espaços de cuidado, a forma como se dá o acesso dos usuários a esses, quem são e como agem os trabalhadores contratados, quais os processos de formação que se engendram e quais são seus diferentes graus de escuta e abertura às vicissitudes do território e à 'vida que o anima' (SANTOS, 1996). Concordamos com Saffer (2017), quando afirma que:

Quando há uma gestão que escuta o profissional da ponta, há uma tendência dele fazer o mesmo com os usuários; ou organizações com funcionamento interno mais horizontal podem contagiar as relações de cuidado para que elas também se horizontalizem. E claro, o contrário também é verdadeiro. Assim como escuta pode gerar escuta, surdez pode gerar surdez e hierarquia pode gerar hierarquia (p.38).

Acessar este campo, em suas disputas e tensões, ajuda-nos a pensar sobre os avanços, riscos e perigos que atravessam a expansão da atenção básica no município do Rio de Janeiro. Ainda que reconheçamos que, no que diz respeito a um acesso mais equitativo e a um maior índice de resolutividade, há uma efetiva qualificação do sistema de saúde brasileiro a partir dessa opção consideramos fundamental problematizar em acordo com Saffer (2017):

Em que direção essa ampliação e qualificação da rede de saúde operam? O que e como produz? Que tipo de saúde constrói? Como modifica sua atuação ao longo do tempo a partir da transformação das comunidades, das condições de vida do brasileiro? Como podemos ver os traços democráticos de constituição do SUS e as contribuições da saúde coletiva brasileira operando nesse desenho? (p. 42)

Acrescentaríamos a estas outras questões como: Como transformar a Clínica da Família Dona Zica num território? Como é fazer dela um território? Como desenvolver uma clínica *no* e *com* o território? Como desenvolver um trabalho de gestão horizontalizado, com participação ativa da equipe, em meio às cobranças e tensões geradas pelo alcance de metas pactuadas entre Secretaria Municipal de Saúde e Organizações Sociais? Como ativar na expansão da ESF no município do Rio de Janeiro seu caráter de política pública e não de uma política de governo?

Não há aqui a pretensão de encontrar respostas para essas questões, mas de abrir simultaneamente um campo problemático e nele encontrar pistas e modos de interferir que sirvam de apoio a pesquisadores e trabalhadores, sobretudo na lida com os desafios práticos da gestão na ESF. Em acordo com Neves (2002), entende-se por interferências:

Uma relação ou um conjunto de forças que incidem, de maneira casual ou intencional, sobre outra relação ou outro conjunto de relações de forças. Isto quer dizer, nos termos de certas filosofias contemporâneas da diferença, que interferir é estar presente num jogo de forças e, portanto, num complexo jogo de poderes, entendendo que poder implica sempre em correlações plurais de forças (p.134).

Os Caminhos que se Fizeram na Cartografia do Processo de Pesquisar: metodologia

*Território é antes de tudo lugar de passagem.
(DELEUZE; GUATTARI, 2010)*

Investigar os modos contemporâneos da gestão do cuidado na ESF a partir das escrevivências no trabalho em saúde foi uma possibilidade de unir e transversalizar os saberes do campo e da academia, ampliando seus graus de diálogo e interlocução, o que entendemos como parte fundamental para interferir e sustentar as práticas do cuidado em saúde. Em nossa aposta na indissociabilidade entre clínica e gestão utilizamos como metodologia da tese as narrativas das 'escrevivências' no campo do trabalho, urdidas nos diários de campo e relatórios realizados na função de gerente das Clínicas de Família no município do Rio de Janeiro, mais especificamente na CF D. Zica no período de 2014 ao ano de 2016. Nesta aposta metodológica temos como referência a dignidade da vida⁶ e afirmamos nossas interferências em suas incompletudes, acertos e erros, entendendo que: “a vida não é o que se passa apenas em cada um dos sujeitos, mas principalmente o que se passa entre os sujeitos, nas redes que são construídas como potência de afetar e ser afetado” (BRASIL, 2006a, p. 8).

⁶ No artigo 1 da Declaração Universal dos Direitos Humanos consta: “Todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e em direitos”. Tomamos como referência a definição de Daisaku Ikeda sobre Dignidade da Vida na qual defende que cada ser humano deve ser valorizado e respeitado para despertar o seu potencial de vida. “A dignidade humana só pode ser conquistada no campo da ética, e o progresso ético é medido pelo grau em que nossos atos são pautados pela compaixão e amor, e não pela cobiça e agressividade” Daisaku Ikeda (1976, p. 346)

Alguns recortes do cotidiano de trabalho expressam as questões que estamos pontuando e traduzem a agonística em meio a qual se afirma a indissociabilidade entre gestão e clínica no trabalho de gerente da Estratégia de Saúde da Família. Esses recortes foram a ferramenta utilizada para trazer as observações e escrevivências do campo do trabalho ao longo da pesquisa em seus revezamentos teórico-práticos.

Produzir esta tese implicou fazer recortes, cortes, costuras que testemunham uma experiência, que narra percursos, percalços e trilhas. O que se (re)corta neste dizer? O que escolhemos narrar? Quais memórias acessar na construção deste texto e de seu contexto? De pronto podemos dizer que a memória aqui ativada é uma memória intensiva que, ao apresentar fatos e dados experimentados, sobretudo narrará esta memória a partir de lugares, de coisas encarnadas, de cronologias precisas e imprecisas, e de apostas tecidas a muitas mãos.

A narrativa afirma uma política de escrita e pesquisa na qual não se busca “a certeza de um experimento, mas a irrequieta e incômoda passagem política e metodológica de uma experiência.” (MIZOGUCHI, 2015,p. 202). Não há uma neutralidade na arte de narrar, ou seja, nelas “ficam impressas as marcas do narrador como os vestígios nas mãos do oleiro no vaso de argila” (BENJAMIN, 1989, p.107). A força desindividualizadora e ao mesmo tempo singular desta experiência mostrou-se um importante recurso metodológico para o mergulho na análise das experiências de gerência que nos vimos convocadas a narrar. Pois, ainda que as narrativas tragam as marcas de quem a experimentou e é dela o narrador, faz, também, ver e dizer de processos coletivos, de sua composição em meio a vetores múltiplos que em seu ‘fazer- dizer’ e ‘dizer do fazer’ transversalizam territórios, vozes, rostos anônimos fazendo co-emergir, no entre, as relações sujeito - objeto.

A narrativa não se refere a um diário íntimo que contém nossas impressões pessoais, elas são algo que está para além das experiências individuais. Ou seja, com a narrativa o que se pretende trazer é a memória intensiva das forças que compõem e se embatem na narrativa da experiência. Como aponta Rodrigues (2006), a narrativa é:

[...] uma proposta política, sem dúvida, que convida a existência a ser narrada, a ser incompleta. Incompleta porque ela se constrói no

percorrer, nas passagens infinitas, de uma história a outra. Não é cópia, não é derivada, e também não é manifestação de um modelo de existência verdadeira; tampouco sua positividade é apenas possível em referência a esta verdade (p.61).

A narrativa foge ao tempo e à verdade, embaralhando passado, presente e o porvir (BLANCHOT, 1984). Não se trata, portanto, de procurar nela o relato do verdadeiro, de uma verdade a ser enunciada. Quando a experimentamos – e talvez esta tenha sido uma grande dificuldade enfrentada na escrita deste trabalho – experimentamos a imprevisibilidade da criação, que não está no presente nem no passado, mas que se interpõe entre um e outro, transformando-os. Olhar para este percurso e narrar como foi experimentado nos convoca a tocar no caráter indomado da memória, a dizer que sempre podemos escovar as histórias tecidas a contrapelo, como sugeriu Walter Benjamin (1985).

No percurso de construção metodológica dessa prática, a cartografia (Deleuze; Guattari,1995) foi uma ferramenta aliada, por permitir e valorizar as experimentações e a intuição, um ‘caminho errante’.

Uma concepção cartográfica é muito distinta da concepção arqueológica da psicanálise. Essa última vincula profundamente o inconsciente e a memória; é uma concepção memorial, comemorativa e monumental, que incide sobre pessoas e objetos, sendo os meios apenas terrenos capazes de conservá-los, identificá-los, autenticá-los. Desse ponto de vista, a superposição de camadas é necessariamente atravessada por uma flecha que vai de cima para baixo, trata-se sempre de afundar-se nos mapas. Os mapas ao contrário se superpõem de tal maneira que cada um encontra no seguinte um remanejamento, em vez de encontrar nos precedentes uma origem: de um mapa a outro, não se trata da busca da origem, mas de uma avaliação dos deslocamentos. Cada mapa é uma distribuição de impasses e aberturas, de limiares e clausuras, que necessariamente vai de baixo para cima, não é só uma inversão de sentidos, mas uma diferença de natureza: o inconsciente já não lida com pessoas e objetos, mas com trajetos e devires: já não é um inconsciente de comemoração, porém de mobilização, cujos objetos, mais do que permanecerem afundados na terra levantam vôo (Deleuze,1997, p.75.)

A cartografia como um método coloca sob suspeita uma definição de passos pensados a priori e afirma um fazer que se faz por uma espécie de “desfazimento”, de desconstrução, no investimento em construir uma fina sintonia com os percursos processuais que emergem no território da pesquisa. No entanto, assim como a intuição⁷ como método se apresenta como um rigoroso procedimento filosófico, a cartografia também exige um rigoroso cuidado do pesquisador (CHAGAS,2010). Em acordo com Alvarez e Passos (2009):

O método da cartografia não opõe teoria e prática, pesquisa e intervenção, produção de conhecimento e produção de realidade. O ato cognitivo-base experimental de toda atividade de investigação não pode ser considerado, nesta perspectiva, como desencarnado ou como exercício de abstração sobre dada realidade. Conhecer não é tão somente representar o objeto ou processar informações acerca de um mundo supostamente já constituído, mas pressupõe implicar-se com o mundo, comprometer-se com sua produção.(...) É preciso, então considerar que o trabalho da cartografia não pode se fazer como sobrevoo conceitual sobre a realidade investigada. Diferentemente, é sempre pelo compartilhamento de um território existencial que sujeito e objeto da pesquisa se relacionam e se codeterminam (p.131).

No compartilhamento destas memórias intensivas, batuques e cores ritmaram e compuseram a sonoridade dos modos de vida da população que no território da Unidade, a Mangueira, produzem outras notas na composição da cultura verde e rosa. No primeiro capítulo, “Linhas Histórico-Políticas Constituintes da Atenção Básica no Brasil”, analisamos as linhas principais da política de Atenção Básica(AB) no Brasil em imanência com as linhas principais que urdiram a reforma sanitária brasileira e o que, em suas inflexões, veio a se configurar como política de expansão da Atenção Básica por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF). Na análise destas linhas histórico-políticas, pensadas junto a pesquisadores que as afirmam a contrapelo da história monumental do SUS, analisamos os desafios e as singularidades do desenvolvimento desse modelo assistencial no Brasil, problematizando o jogo de forças em meio ao qual a pauta da reforma sanitária

⁷ A intuição como método filosófico à cartografia como método de pesquisa - considerações sobre o exercício cognitivo do cartógrafo <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>

brasileira e, posteriormente, a institucionalização do SUS se construíram e foram moduladas.

No segundo capítulo, “A Expansão da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro: história, rumos e desafios”, discutimos a expansão da Atenção Básica no Rio de Janeiro, iniciada em 2009 pela Secretaria Municipal de Saúde (RJ), através do projeto de Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS). Este projeto tinha como proposta a transformação dos indicadores sanitários da cidade, através da diretriz estratégica de expansão e qualificação da AB com base na ESF. Na discussão da expansão e seus modos de operacionalização gerenciais, demos foco aos efeitos produzidos no cotidiano do trabalho em saúde na clínica da família, chamando atenção para o modo como se realizou a expansão na relação com o novo modelo de governança e de suporte administrativo das unidades municipais.

No terceiro capítulo, “Trabalho Gerência e Gestão: estratégia da saúde da família(ESF)”, encontramos com a ergologia em sua força para problematizar a experiência gestonária e os elementos que compõem este processo. Pensar o mundo do trabalho, de acordo com a perspectiva ergológica, é compreender esse campo pelo que nos captura em meio à atividade humana e que se dá em negociação contínua com as normas (SCHWARTZ, 2007). Nesta pesquisa, a problematização da norma e da atividade nos permitiu expandir a compreensão do campo do trabalho da ESF que experimenta cotidianamente o encontro, paradoxal, com a inflação e o vazio de normas (BRITO, MUNIZ, SANTORUM, RAMMINGGER, 2011).

No quarto capítulo, “Clínica e Gestão: uma conversa com muitas vozes”, tratamos da aposta na indissociabilidade entre clínica e gestão, buscando evidenciar através das narrativas as complexidades do campo e as invenções e estratégias de intervenção em meio aos diferentes atores que interferem no campo do trabalho em saúde. As vivências no território da Unidade de Saúde nos convocaram a pensar sobre o que é produzir interferências entendendo o plano paradoxal no qual se inscreve o cuidado na atenção básica. Como a partir de uma escolha ética operar uma regra e modulá-la? E aqui nos interessa sobretudo questionar mais do que responder em relação às forças que coexistem no território do trabalho em saúde.

CAPÍTULO I: LINHAS HISTÓRICO-POLÍTICAS CONSTITUINTES DA ATENÇÃO BÁSICA NO BRASIL

Nesse capítulo, pretendemos apresentar as linhas principais da política de Atenção Básica (AB) no Brasil em imanência com as linhas principais que urdiram da reforma sanitária brasileira e o que, em suas inflexões, veio a se configurar como política de expansão da Atenção Básica por meio da Estratégia da Saúde da Família (ESF). A análise destas linhas histórico-políticas, pensadas a contrapelo da história monumental (Benjamin, 1985) do Sistema Único de Saúde (SUS), possibilitou-nos entender o jogo de forças em meio ao qual a pauta da reforma sanitária brasileira e, posteriormente, a institucionalização do SUS se construiu e foi modulada.

Contemporaneamente a universalização do SUS tem ganhado contornos paradoxais, ao mesmo tempo favorecedores do acesso em saúde (extensividade) e, no mesmo movimento, inibidores de sua universalização expressos na consolidação de parcerias entre entes públicos e privados para a oferta de cuidados em saúde. A extensão da oferta de serviços tem sido priorizada e coloca problemas e constrangimentos para a operacionalização de uma ótica de sistema universal e da equidade concernentes à operacionalização concreta do conceito ampliado de saúde.

1.1. Atenção Primária (AP) - Algumas Modulações para a Construção da Atenção Básica no Brasil

Os termos atenção básica (AB) e atenção primária (AP) são utilizados, muitas vezes, de modo indiferenciado e/ou como sinônimos, inclusive no projeto da RCAPS e nos serviços. Contudo, a mudança da nomeação da atenção primária em saúde (APS) para atenção básica (AB) na reforma sanitária brasileira tem uma história. Esta mudança de nomenclatura é efeito de um campo de disputas que se refere à compreensão política e à singularidade desse modelo assistencial desenvolvido no Brasil.

A partir de diferentes experiências vinculadas a programas experimentais de saúde comunitária no âmbito da Reforma Sanitária Brasileira (Mota; Schraiber, 2011;

Sader; 1988) optou-se, nas décadas de 80 e 90 do século passado, por uma mudança de denominação da APS para atenção básica (AB). Esta mudança ocorreu durante a implementação do SUS (1990)⁸ “a fim de marcar a reorientação do modelo de produção e promoção de saúde desenvolvido dentro de um sistema de saúde integral” (Giovanella; Mendonça, 2009, p.575) e de base territorial, que apontará para uma saúde cada vez mais próxima das áreas de moradia da população (PAIM, 2012). O processo de construção das políticas de saúde pública no Brasil nos mostra que nem sempre foi possível escapar das articulações e dos interesses políticos no sentido de desconstruir a ideia disseminada que associava a AB como um modelo assistencial “básico”, com intervenções limitadas, “menores”, ou medicina simplificada (TESTA,1992).

No âmbito internacional havia, desde os anos 20 do século passado, uma tensão para a construção de novas orientações para o cuidado em saúde, especificamente em 1920 na Inglaterra, onde a Atenção Primária foi apresentada como proposta de modelo assistencial através do Relatório de Dawson⁹. Este documento tinha o objetivo de defender um modelo de cuidados médicos que se diferenciasse do modelo americano, defendido pelo relatório Flexner¹⁰, cuja orientação baseava-se em práticas curativas, prescritivas e centradas na individualização dos cuidados em saúde. Contudo, as críticas em relação ao modelo americano eram majoritariamente feitas em função do alto custo de desenvolvimento e da baixa resolutividade.

O relatório Dawson apresentava uma proposta de reestruturação dos serviços de saúde do Reino Unido através da elaboração de centros de saúde. Estes se dividiriam em centros de atenção primária, hospitais secundários e

⁸ Lei Orgânica da Saúde – Lei n° 8.080/1990.

⁹ A primeira descrição completa de uma rede regionalizada foi apresentada pelo Relatório Dawson, publicado em 1920, por solicitação do governo inglês, fruto do debate de mudanças no sistema de proteção social depois da Primeira Guerra Mundial. Sua missão era buscar, pela primeira vez, formas de organizar a provisão de serviços de saúde para toda a população de uma dada região.

¹⁰ Tal documento é mais conhecido como Flexner Report, ou Relatório Flexner, por ter sido elaborado por Abraham Flexner, pesquisador social e educador norte-americano de origem judia, comissionado pela Carnegie Foundation. No contexto anglo-saxão, iniciativas de celebração desse evento justificam-se como reconhecimento de que, adotado pelo General Education Board da Rockefeller Foundation, o relatório em questão desencadeou profunda reforma no ensino médico na América do Norte que, estendendo-se a outros campos de conhecimento, consolidou a arquitetura curricular que hoje predomina na rede universitária dos países industrializados. Comemora-se igualmente o fato de que o Relatório Flexner, na prática, introduziu critérios de cientificidade e institucionalidade para regulação da formação acadêmica e profissional no campo da saúde.
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2010001200003

hospitais de ensino. Os centros de saúde primária, assim como os serviços domiciliares, traziam a oferta de atendimentos regionalizados e os profissionais médicos atuavam como clínicos gerais. Nesse formato, as situações que não poderiam ser atendidas adequadamente nos centros primários de saúde seriam encaminhadas para os hospitais secundários. Nos hospitais, a assistência seria realizada pelo médico especialista, incorporando um formato de hierarquização assistencial (CASTILLO, 2010).

A atenção em saúde, desenvolvida hierarquicamente conforme foi proposta pela Inglaterra, mostrou-se como uma alternativa e inspiração para os demais sistemas de saúde internacionais, sendo também uma das bases para a construção do modelo assistencial brasileiro da atenção básica, que foi solidificado na regionalização e hierarquização dos serviços. Os países economicamente desenvolvidos compartilhavam da preocupação relativa aos custos dos serviços de saúde, já que o alto custo de um sistema significava o risco em relação a sua sustentabilidade econômica. No entanto, os países mais pobres seguiam sofrendo com os efeitos dos problemas de saúde da população relativos às iniquidades na assistência, à precariedade das suas condições sociais, econômicas e sanitárias.

No caso do Brasil, vivíamos no final da primeira metade do século XX uma etapa do processo de industrialização pautada na abertura da economia e das fronteiras produtivas, permitindo a entrada de recursos em forma de empréstimos e também em investimentos com a instalação de empresas multinacionais. A ambiguidade entre contenção e concessão é a marca dos governantes do período – de Getúlio Vargas (1951-1954) a Juscelino Kubitschek (1956-1961). Dentre as características de ambos esteve a criação, organização e extensão da assistência médica previdenciária – apenas aos trabalhadores e seus dependentes, empregados de empresas públicas ou privadas – subsidiadas cada vez mais às custas do Estado e não dos empregadores. Com este contorno, aviva-se a dicotomia entre a medicina e a saúde pública: uma para quem paga ou é empregado e outra apenas para manter a capacidade produtiva, e então para todos os sem posses e sem emprego formal.

Neste período, ainda não existia no Brasil uma estrutura sanitária permanente e descentralizada. A saúde pública era caracterizada pelo modelo do “sanitarismo-campanhista”, que teve na polícia sanitária e nas campanhas de saúde seus

principais meios de efetivação, dirigindo-se prioritariamente ao combate às doenças de massa – pestilenciais (caracterizadas por epidemias de tifo, varíola, febre amarela etc). Esse modelo foi marcado pelo saneamento dos espaços urbanos e pela viabilização da circulação de mercadorias; pelo estilo repressivo das decisões e pela divisão entre saúde pública (direcionada às ações coletivas) e atenção médica (direcionada aos indivíduos trabalhadores isoladamente) (MERHY, 1997a).

Segundo Vieira (2009), as ações no campo da saúde pública, adotadas pelo modelo do sanitarismo-campanhista, eram alvo de críticas na 3ª Conferência Nacional de Saúde (CNS), realizada em 1963. Nesta conferência, ficam expressos os problemas em relação à concentração política, administrativa e geográfica dos dispositivos assistenciais, deixando grandes contingentes populacionais desassistidos. Discutia-se a necessidade de expansão da cobertura assistencial e a palavra “rede” é mencionada no âmbito das discussões – rede hospitalar nacional, rede de ambulatórios, rede nosocomial, rede básica – todavia, ainda referida a um conjunto de serviços com características comuns (BRASIL, 1992). Sua concepção é entendida como um meio de organização do espaço-tempo, de uma melhor disposição dos recursos sobre o espaço territorial que, aliada à necessidade de contenção de gastos, traz para a proposição de expansão da cobertura o entendimento de uma rede básica, com atenção mínima e de baixo custo.

Apesar das discussões levantadas nessa conferência, a política de saúde acaba tomando outros rumos, uma vez que, com o golpe militar de 1964, os governos priorizam a expansão da assistência com a compra de leitos em hospitais privados. Com o ingresso dos militares no governo do país, no ano de 1964, as medidas produtivas voltaram-se para a intensificação da entrada de empresas e capitais de origem estrangeira, comprometendo o crescimento autônomo do país, que resultou no incremento da dependência econômica, industrial e tecnológica em relação aos países de economias consolidadas. O slogan deste período ficou conhecido como a “teoria do bolo”: primeiro o desenvolvimento econômico para depois emprendermos o grande salto social. Todo este processo agravou a concentração de renda e a desassistência da saúde da população.

A medicina previdenciária vigente neste período é dirigida aos indivíduos com emprego formal, com exclusão dos trabalhadores rurais, assim como dos trabalhadores urbanos informais. Entre 1965 e 1970, saltou de 14 mil para 30 mil a

clientela das instituições privadas remuneradas pelo poder público, não havendo nenhum aumento da população internada diretamente nos hospitais públicos (RESENDE, 1987 apud TENÓRIO, 2002).

Os países da América Latina experimentavam uma situação política que era marcada pela instabilidade produzida pelas ditaduras militares e a questão do acesso à saúde era um problema que transversalizava os diferentes países, evidenciando, o modelo tradicional médico-centrado como ineficaz para o atendimento à diversidade de demandas de saúde (CASTILLO, 2010).

1.2. Conferência de ALMA-ATA: novo cenário global

Neste cenário, onde se sobrepujam questões referentes aos modelos de atenção em saúde e sua viabilidade econômica, ocorre em 1978 a Conferência de Alma Ata, no Cazaquistão - antiga União Soviética, que dá pistas para as mudanças políticas e estruturais que ocorreram no mundo desde então. De acordo com Castiel (2012), a independência do Cazaquistão da URSS explicita as modificações “políticas, econômicas, tecnológicas e socioculturais que coincidiram com o término da União Soviética e a ampliação da proposta globalizante da economia neoliberal” (p.5). Esta análise ganha concretude pela extensividade que adquire a proposta neoliberal ao longo dos anos, interferindo nos modos de produzir e planejar os cuidados à saúde.

Ainda no período do encontro de Alma Ata, o mundo experimentava as mudanças no cenário global desde a “Guerra Fria” e registrava que os avanços científicos e tecnológicos não se traduziam efetivamente em melhoria de acesso para a população, ou seja, não produziam equidade. Ao contrário, evidenciavam as situações de injustiça social e econômica, que eram vividas por grande parte da população mundial. Neste período, “também emergiam as consequências da transição demográfica (particularmente da migração do campo para os grandes centros urbanos) e do baixo crescimento econômico” (CASTILLO,2010, p.32).

A conferência de Alma Ata foi convocada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF). Neste encontro, pactuaram-se as metas entre os 134 países representados, tendo como

diretriz prioritária a qualidade e o acesso aos serviços de saúde pública até o ano 2000. A estratégia escolhida para atingir esse objetivo foi a Atenção Primária, que adquiriu maior notoriedade na Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em 1986 (Brasil, 2002) com a promulgação da Carta de Ottawa:

A carta de Ottawa estabelecia instituições e especificava seus direitos, se constituiu em referência fundamental para a prática da APS em termos planetários, definindo-a como o processo de capacitar individualmente as pessoas a ampliar seu controle sobre a própria saúde, com a finalidade de melhorá-la. Cinco estratégias centrais para a prática de promoção de saúde foram propostas: a) construir políticas públicas saudáveis, b) gerar ambientes saudáveis, c) reforçar a participação comunitária, d) desenvolver habilidades pessoais – o cerne do autocuidado, e) reorientar os serviços de saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1986 apud CASTIEL, 2012, p.65).

A conferência de Alma Ata confere um marco histórico no projeto político de saúde por produzir a primeira inflexão sobre o que era nomeado de cuidados primários, ampliando-o para o conceito de atenção primária. A relevância desta mudança se expressa pelo fato de que, até aquele momento, o que era “pautado como cuidados primários estava relacionado com complexidades técnicas, e a atenção primária trazia a proposta de um modelo de cuidado desenvolvido de modo hierarquizado e regionalizado” (MOTA; SCHRAIBER, 2011, p.838).

Além dos 134 países participantes, o encontro contou com sessenta e sete organizações internacionais que juntos subscreveram a Declaração de Alma Ata com a meta “Saúde para todos até o ano 2000”. No seu ponto VI, a Declaração de Alma Ata estabelecia a seguinte definição de atenção primária à saúde:

A atenção essencial à saúde baseada em métodos práticos, cientificamente evidentes e socialmente aceitos e em tecnologias acessíveis aos indivíduos e às famílias na comunidade por meios aceitáveis e a um custo que as comunidades e os países possam suportar, independentemente do seu estágio de desenvolvimento, num espírito de autoconfiança e autodeterminação. Ela forma parte do sistema de serviços de saúde do qual representa a sua função central e o principal foco de desenvolvimento econômico e social da

comunidade. Constitui o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com o sistema de saúde, trazendo os serviços de saúde o mais próximo possível aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constitui o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção. (UNICEF; BRASIL,1979, p. 3).

Castiel (2012) propõe pensar este objetivo como um projeto que é em si uma utopia¹¹. O autor destaca a importância da conferência de Alma-Ata e seu significado internacional, especialmente pela incorporação das especificidades vividas pelos países emergentes no âmbito de um congresso internacional. De acordo com o autor:

O Programa Saúde Para Todos no Ano 2000 sustentava a universalização da APS, a vinculação das políticas públicas de saúde com as políticas econômicas e sociais e a necessidade de determinação política dos estados nacionais na redução das desigualdades sociais. Em termos sucintos, no núcleo das propostas de avanços tecnológicos e administrativos para se alcançar esta meta, temos ideias recorrentes que ainda se mantêm ativas em propostas recentes sobre políticas de saúde (2012, p.6).

Os impactos trazidos pela proposta constituinte de Alma Ata não tardaram em produzir resistências, tendo em vista a incompatibilidade dos objetivos da conferência com os interesses do mercado financeiro. As críticas de Walsh e Warren (1979), ambos da Fundação Rockefeller¹², afirmavam que a versão integral da Atenção Primária de Saúde (APS-I) de Alma Ata era muito dispendiosa e pouco

¹¹ O autor utiliza como referência de utopia qualquer descrição imaginativa de uma sociedade ideal, fundamentada em leis justas e em instituições político-econômicas verdadeiramente comprometidas com o bem-estar da coletividade. Por extensão, projeto de natureza irrealizável; ideia generosa, porém impraticável; quimera, fantasia (CASTIEL, p.4,2012).

¹² A Fundação Rockefeller foi criada em 1913, no contexto da remodelação dos códigos sanitários internacionais vivenciada no início do século XX. Com o objetivo de implantar medidas sanitárias uniformes no continente americano, consolidou-se nessa época uma ampla rede de organizações internacionais, cujo financiamento provinha, em sua maior parte, dos Estados Unidos. Instituição filantrópica e de cunho científico, ela atuou prioritariamente nas áreas de educação, medicina e sanitário. Estava associada a um grande grupo industrial e comercial norte-americano, liderado pelo milionário John D. Rockefeller, e priorizou o campo da saúde pública, atuando inicialmente no sul dos Estados Unidos, mas depois estendeu seus métodos de trabalho a outros países subdesenvolvidos.

Na análise de alguns pesquisadores, a atuação da Fundação Rockefeller na América Latina e no Caribe tinha outro objetivo além da questão da saúde pública: consolidar o poder norte-americano.

realista e traziam como crítica a questão das estatísticas sanitárias, defendendo que o viável seria priorizar grupos de alto risco e, entre estes, desenvolver intervenções específicas, numa lógica de desenvolvimento da Atenção Primária de Saúde Seletiva (APS-S) (CASTIEL, SANZ-VALERO, VASCONCELLOS, 2011). Outras resistências frente a construção do direito integral à saúde se manifestaram através de representantes das indústrias farmacêuticas e também das indústrias de produção de leite (face ao incentivo da promoção do aleitamento materno incluído nas propostas da conferência).

Vieira e Neves (2017) ressaltam como as reformas setoriais, preconizadas e incentivadas pelos organismos internacionais (OMS, Organização Pan Americana de Saúde - OPAS, Banco Mundial), no que diz respeito à Atenção Primária “guardam uma ambiguidade discursiva acerca da função dessa modalidade assistencial como expansão de cobertura e de uma assistência “simplificada (restrita) para pobres” (p.25). Seguindo com as autoras:

A ambiguidade discursiva se refere não somente as funções da APS, mas na organização de modelos de gestão (tecnológicos e/ou assistenciais) nos sistemas de saúde se alinhando aos ditames do capital e ao poder político dos Estados configurados a partir de uma ordem mundial neoliberal, restritiva aos gastos sociais, que usam a saúde na intervenção sobre a pobreza, na acumulação do capital e na contenção das tensões sociais” (p.25)

No entanto, mesmo com os enfrentamentos que a atenção primária tem encontrado para sua efetiva realização, desde o lançamento em Alma Ata e de ainda se apresentar como uma experiência distante da proposta de “saúde para todos,” é inegável os impactos positivos sobre as condições de saúde pelos países que a adotaram no mundo.

Após mais de 30 anos da Conferência de Alma Ata, ainda é atual a discussão em relação a emergência da Atenção Primária a Saúde (APS), assim como de seus usos políticos (PAIM, 2012). A estratégia da APS segue disputando sentidos como principal ferramenta para construir sistemas de saúde includentes, eficazes e de melhor qualidade. No ano de 2008, a OMS lançou o Relatório para saúde com o

título: Atenção Primária de Saúde mais necessária do que nunca, em que ressaltava os desafios contemporâneos e a relevância da APS (OMS, 2008).

No período de construção desta pesquisa, que se finaliza no ano de 2017, registramos avanços significativos nos diversos cenários de saúde nos âmbitos nacional e internacional. Entretanto, a meta “Saúde para todos até o ano 2000” ainda aparece num horizonte distante. Com esta perspectiva, consideramos importante pensar o que faz desta meta um horizonte distante, com atenção para os novos perigos que se anunciam ainda que sob a bandeira de defesa do SUS.

Nesta pesquisa, diferente de Castiel (2012), propomos pensar a utopia em seu sentido de produção de movimento e aposta. Encontramos ressonância desta aposta em Eduardo Galeano (2001¹³), quando cita a resposta de um amigo, o cineasta argentino Fernando Birri, ao ser questionado sobre a função da utopia:

A utopia está lá no horizonte. Aproximo-me dois passos, ela se afasta dois passos. Caminho dez passos e o horizonte corre dez passos. Por mais que eu caminhe, jamais alcançarei. Para que serve a utopia? Serve para isso: para que eu não deixe de caminhar” (p.30).

Entendemos que, neste sentido, a utopia se faz fortemente presente nas vidas dos trabalhadores, militantes e pesquisadores do SUS. Primordialmente quando estão alertas e atentos às desigualdades impostas por práticas de Estado, enquanto parcela da sociedade se mostra hostil às políticas públicas universais. Embora no âmbito dos discursos digam defender uma saúde para todos, deixam explícitas as estratégias políticas de forças sociais concorrentes com o SUS público que sob a égide de parcerias/co - gestão configuram um SUS para pobres (BAHIA, 2017).

1.3. Reforma Sanitária Brasileira (RSB) – Sistema único de Saúde (SUS)

¹³ *Ila está en el horizonte —dice Fernando Birri—. Me acerco dos pasos, ella se aleja dos pasos. Camino diez pasos y el horizonte se corre diez pasos más allá. Por mucho que yo camine, nunca la alcanzaré. ¿Para qué sirve la utopía? Para eso sirve: para caminar. (Galeano, 2001, p.30)*

Como vimos anteriormente, as discussões em torno do desenvolvimento de uma assistência integral ampliada à saúde tencionavam o país desde os anos 70, ainda no início do movimento da Reforma Sanitária Brasileira. Um movimento que na análise de Paim (2007) representa “um projeto civilizatório, com pretensões de interferência em valores sociais hegemônicos, que traz a saúde como eixo transformador e a solidariedade como eixo estruturante” (p.150).

As lutas pela democratização da sociedade brasileira, que aconteciam em meio a movimentos de resistência à ditadura militar - anos 1960/70 - exprimem-se, no campo da saúde, sobretudo no Movimento da Reforma Sanitária, a partir do qual foram formulados os princípios de universalidade, equidade e integralidade da saúde presentes no texto da Constituição de 1988, que culmina na criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O movimento da Reforma Sanitária era liderado por um grupo heterogêneo, composto por trabalhadores da saúde, estudantes de medicina, lideranças sociais, ativistas, entre outros. Embora tivessem como norte as questões em torno do acesso à saúde pública este coletivo compreendia e mantinha o esforço para dar ampla visibilidade aos problemas relativos à situação da saúde brasileira, mostrando que os mesmos eram parte dos efeitos da política excludente que transversalizava o país.

Este movimento acumulava intenções que transbordavam a construção de um sistema de saúde. Em suas articulações com outros movimentos sociais nas décadas de 60, 70 e 80, produz interferências na reconfiguração do padrão de intervenção estatal brasileiro no campo dos direitos humanos e na saúde. Essas décadas são marcadas por lutas que impunham não somente a recolocação das funções e deveres do Estado, como também dos ‘direitos dos homens’ (Benevides de Barros;Passos, 2005), haja vista a busca pela construção de uma política universal que seja garantida pelo Estado e de direito de todo cidadão. A potência destes diferentes movimentos coletivos, feministas, contra-cultura, movimento hippie, o Tropicalismo e outros organizados de luta contra a ditadura militar agregaram forças para a composição de um ‘experimentalismo político’ (Benevides de Barros; Passos, 2005, p. 562) dinamizado por forças de invenção e contestação da ordem instituída.

A Reforma na política de saúde estava intrinsicamente relacionada a um projeto político de maior governabilidade das inequidades e de democratização. É partindo desse entendimento político e ético que se sustentavam as lutas para o enfrentamento em relação às iniquidades vividas por grande parte da população brasileira. Segundo Luz (1991):

Os interesses contraditórios, enraizados no solo político brasileiro, se manifestam com muita intensidade nas políticas de saúde, na medida mesma da importância histórica destas políticas. As proposições de uma mudança estrutural através de uma reforma sanitária, por exemplo, têm sido impedidas por obstruções, boicotes, desentendimentos e distorções colocadas por tais interesses, internos e externos às instituições de saúde. Isso dificulta que, para além dos discursos e das normas, a prática institucional experimente transformações consistentes. Ora, a transição de um regime ditatorial para uma situação de estabilidade democrática deveria supor a capacidade de superar problemas sociais e políticos herdados de um passado secular. No caso particular das proposições para uma nova política de saúde, em debate no cenário nacional desde a primeira metade dos anos 80, é necessário sublinhar a divergência, e às vezes o antagonismo, entre os discursos institucionais a propósito de temas fundamentais (p. 84).

O conceito da Reforma Sanitária atendia a necessidade de nomear um movimento que agregava um grupo heterogêneo numa luta comum, conforme já foi mencionado. Anteriormente, essa terminologia havia sido usada como referência à reforma sanitária na Itália (1988). Segundo Cohn (1989):

O termo Reforma Sanitária não é unívoco. Designa as mais variadas experiências de reformulação normativa e institucional no campo da assistência à saúde dos cidadãos, em países do primeiro e do terceiro mundo, como a Itália, a Espanha e o Brasil, como ainda em sociedades semiperiféricas¹, como Portugal. Dentre essas experiências foi a italiana que mais fortemente marcou e inspirou o movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Destaque-se nisso a participação de Giovanni Berlinguer em eventos na área da saúde e a penetração de seus estudos nos meios universitário e profissional. No Brasil, a noção de Reforma Sanitária vem sendo associada à de movimento. Isso traz implicações importantes. Movimento significa processo, fenômeno dinâmico e inacabado. Sendo um processo em curso e sem final predeterminado, demarcar seu início também é tarefa complexa (p.1).

Conforme Paim (2015), entre as questões que se colocam para nomear uma Reforma Sanitária, deve-se interrogar o momento político no qual se abre a possibilidade para sua emergência. Para o autor, a resposta se dá ao menos em duas oportunidades históricas, sendo a primeira numa situação na qual ocorre uma revolução ou uma mudança brusca na forma de organização do Estado e da economia de uma sociedade, incluindo a totalidade de intenções, sendo a saúde uma delas. A outra possibilidade ocorre quando a classe trabalhadora e os intelectuais se articulam, produzindo nesse encontro um papel de vanguarda. Esta segunda contempla o movimento coletivo que produziu o Sistema Único de Saúde no Brasil.

A Reforma Sanitária Brasileira adquiriu maior expressividade a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em março de 1986, e nos debates que a antecederam, espaços onde se tornaram públicas as propostas relativas às mudanças e transformações a serem implementadas na área da saúde.

1.4. A VIII Conferência Nacional de Saúde

A VIII Conferência Nacional de Saúde foi a expressão de uma luta coletiva pela universalização da saúde no Brasil. Vale lembrar que neste período o Brasil estava sobre regime da ditadura militar, sendo um reflexo desse modelo político de Estado o desenvolvimento da assistência à saúde centralizada na doença, isto é, assistencialista, priorizando especialistas numa perspectiva hospitalocêntrica, de baixa abrangência e curativista do cuidado (AMARANTE, RIZZOTTO e COSTA, 2015). Entre os pontos apresentados no relatório da VIII Conferência de Saúde, destacamos:

Em primeiro lugar, ficou evidente que a modificação necessária ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda, ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ação institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde, constituindo-se no que se está convencionalmente chamado de Reforma Sanitária (1986, p.2).

Em relação às conquistas e interferências políticas produzidas pelo movimento da Reforma Sanitária, a VIII Conferência Nacional de Saúde representou um marco na história do movimento e das conferências¹⁴. Neste encontro, pela primeira vez possibilitou-se a participação da sociedade, o que significava uma abertura democrática, que era um efeito das lutas dos coletivos que integravam o movimento da Reforma Sanitária. Nesta conferência de cunho popular podemos também destacar as novas formas de inserção de instituições de ensino e pesquisa na vida política do país.

Deste encontro, resultou num primeiro momento a implantação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), que era um convênio entre o INAMPS¹⁵ e os governos estaduais. No entanto, o relatório adquiriu seu maior mérito por ter conferido subsídios à elaboração do Artigo 196 da Constituição Federal - "Da Saúde" (1988) onde consta:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

¹⁴ No artigo 90 da Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, institui-se as conferências de saúde, iniciando um debate regular e contínuo sobre a saúde no país para a formulação das diretrizes de formulação de políticas para a área nas esferas de gestão municipal, estadual e nacional. Com a Constituição Federal de 1988, a participação social no contexto da saúde é afirmada e posteriormente regulada pela Lei n.º 8.142/90 e definida a partir das conferências e dos conselhos de saúde, nas três esferas de governo, e também em colegiados de gestão nos serviços da área.

¹⁵ “O Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), autarquia federal, foi criado em 1977, pela Lei n.º 6.439, que instituiu o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (Sinpas), definindo um novo desenho institucional para o sistema previdenciário, voltado para a especialização e integração de suas diferentes atividades e instituições. O sistema transferiu parte das funções até então exercidas pelo Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) para duas novas instituições. A assistência médica aos segurados foi atribuída ao INAMPS e a gestão financeira, ao Instituto de Administração Financeira da Previdência e Assistência Social (Iapas), permanecendo no INPS apenas a competência para a concessão de benefícios. O INAMPS foi extinto em 1993, pela Lei n.º 8.689, e suas competências transferidas às instâncias federal, estadual e municipal gestoras do Sistema Único de Saúde (SUS) (...) Seus 16 anos de existência correspondem ao período em que o país transitou de um sistema de saúde segmentado, voltado principalmente para a prestação de serviços médico-hospitalares a clientelas previdenciárias, nos marcos da ideia meritocrática de seguro social, para um sistema de saúde desenhado para garantir o acesso universal aos serviços e ações de saúde, com base no princípio da seguridade social.” (FGV, 2017)

O SUS representa uma das maiores conquistas sociais firmadas pela Constituição Federal de 1988, sendo importante ressaltar que, durante o processo de democratização do país, a saúde foi colocada na base por meio de um sistema de saúde que compreende os serviços ofertados de modo universal.

Conforme registro do Ministério da Saúde, o SUS é a concretude de uma nova concepção de saúde em nosso país. O que tínhamos em relação ao entendimento de saúde anterior ao SUS era uma concepção reduzida da saúde, compreendendo-a como um “estado de não doença” (BRASIL, 2000a, p.5). Os recursos assistenciais eram direcionados para o atendimento dos agravos à saúde, a mudança da compreensão significava a expansão do que se concebia como saúde. A ampliação do conceito de saúde incorporava de modo inexorável os elementos que estão relacionados com a qualidade de vida da população, quais sejam: a alimentação, trabalho, lazer, renda, educação, cultura, meio ambiente, saneamento básico, moradia, entre outros (BRASIL, 2000a, p.5).

Em relação a coordenação federativa da saúde, antes deste momento, o Brasil estava sobre dupla égide na gestão política na área da saúde através dos Ministérios da Saúde e da Previdência Social. Estes teriam respectivamente a função de se ocupar com as ações preventivas e com os serviços médicos curativos que permitiam acesso restrito aos trabalhadores com carteira de trabalho registrada. Com a inclusão da cláusula “Da Saúde” na Constituição Federal, “todas as responsabilidades dos cuidados de saúde foram transferidas para o Ministério da Saúde” (BRASIL, 2000a, p.8). Com relação aos Estados e Municípios, a descentralização foi incorporada como diretriz política de gestão pelo entendimento que esta seria a forma mais eficiente de construção de formulação e implantação de serviços regulamentada no Artigo 198:

As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único:
I - Descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
II - Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - participação da comunidade. (BRASIL, 2000a, p.10)

A descentralização era pensada como solução para superar a ineficiência, a corrupção e a ausência de participação no processo decisório, advindos do modelo centralizador operado pelo Regime Militar, e previa a transferência de funções para a gestão municipal. Este processo era denominado como municipalização, cujo objetivo se pautava na reestruturação nacional de organização de serviços através da transferência de atividades, até então desempenhadas pelo governo federal, com financiamento sob a responsabilidade dos três entes governamentais e a provisão dos serviços a cargo dos municípios (ARRETCHE, 2000).

A consagração institucional do SUS trouxe a previsão da necessidade de novas leis para sua regulamentação, quais sejam: as leis 8.080 e 8.142, que formaram as “Leis Orgânicas da Saúde”. Nesta ressaltamos:

Art. 1º Esta lei regula, em todo o território nacional, as ações e serviços de saúde, executados isolada ou conjuntamente, em caráter permanente ou eventual, por pessoas naturais ou jurídicas de direito Público ou privado.

Art. 2º A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício.

§ 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.

§ 2º O dever do Estado não exclui o das pessoas, da família, das empresas e da sociedade.

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único: Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

No relatório final da VIII Conferência, ressaltava-se que a saúde também está relacionada com o modo pelo qual a sociedade organiza seus meios de produção, sua economia. Entendemos de acordo com Paim (2015) que a dimensão econômica não é a única a ser considerada, partindo do entendimento que outros determinantes sociais também interferem na produção da saúde. Mas esse entendimento não nos permite minimizar os agravos decorrentes da extrema desigualdade social e da violência vividas por grande parte da população brasileira, que impactam diretamente seus modos de nascer, viver e morrer no país, e que precisam ser enfrentados pelo SUS.

Ao longo dos anos, o SUS enfrenta dificuldades para sua ampla e efetiva implantação, no entanto segue no esforço em manter os objetivos iniciais das diretrizes referentes à universalidade, à promoção da saúde e ao cuidado integral. Estas pautas estão em sintonia com o que foi apresentado em Alma Ata como proposta para o desenvolvimento da atenção primária como o primeiro nível de contato dos indivíduos, família e comunidade, e com o sistema nacional de saúde. Posteriormente, Starfield (2002) sistematizou o conceito desse nível de atenção em atributos essenciais - o acesso, a longitudinalidade, a integralidade e a coordenação - e atributos derivados - a orientação familiar e comunitária e a competência cultural.

A incorporação dos princípios da universalidade, integralidade e da equidade no SUS apresenta uma proposta para a assistência à saúde pública, que até aquele momento não era possível de ser acessada pela população. Ao defender em seus princípios que a saúde é direito de todos, comprometemo-nos com a defesa da universalidade do acesso e, ao mesmo tempo, com um direito de acesso a toda a saúde, afirmado no princípio de integralidade. Estes dois princípios conjugados requerem uma oferta de acesso atenta à heterogeneidade da distribuição das necessidades e condições territoriais de saúde do país, na defesa de uma concepção de mais ofertas para quem precisa mais, que encontramos no princípio da equidade.

Este conjunto de princípios (universalidade do acesso, integralidade do cuidado e equidade das ofertas) aciona e se desdobra num movimento de produção de saúde em um campo que se organiza com os princípios operacionais da

descentralização, territorialização e da participação social. O que se afirma nesta radicalidade de princípios e diretrizes daí decorrentes é uma agenda no básico como porta de entrada e a resolução de 80% dos agravos na clínica territorial (BRASIL, 2000b)

1.5. Atenção Básica (AB) e Estratégia de Saúde da Família (ESF)

A expansão da Atenção Básica tem sua primeira grande estratégia nacional consistente na experimentação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) em 1991. Este foi inspirado em experiências no interior do Ceará, onde moradoras do sertão nordestino eram contratadas para intervir na diminuição dos efeitos da seca prolongada, realizando acompanhamento domiciliar as crianças e mulheres em idade fértil (TOMAZ, 2002). Diante do sucesso da experiência de agentes comunitários no Ceará, o Ministério da Saúde lançou em 1994 o Programa de Saúde da Família (PSF) como política nacional da atenção básica, com caráter organizativo e substitutivo em relação ao modelo hegemônico médico-curativista e hospitalocêntrico. Em 2006, visando transformar o PSF numa estratégia permanente e contínua para viabilizar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, ele deixa de ser um programa e credencia-se como Estratégia Saúde da Família (ESF) através da Portaria Nº 648, de 28 de Março de 2006.

A Atenção Básica no Brasil é atualmente regulamentada pela Política Nacional de Atenção Básica - PNAB (BRASIL, 2012). A Estratégia de Saúde da Família é a estratégia prioritária para a consolidação dessa política. As diversas experiências brasileiras na atenção básica e as discussões daí decorrentes têm confirmado ainda, não em sua totalidade, a AB com potencial de ordenação das Redes de Atenção e coordenação dos cuidados entre os distintos níveis assistenciais, influenciando nos determinantes sociais mediante trabalho intersetorial e fomentador de redes (VIEIRA; NEVES, 2017).

Segundo Mota e Schraiber (2011), no final dos anos 90 esta perspectiva de coordenação cresce *pari passu* à expansão da Estratégia de Saúde da Família (ESF) que, ao final dos anos 1990, foi assumida pelo governo brasileiro como proposta para reorganização do sistema de saúde, na perspectiva da implantação

de uma APS abrangente. No Brasil, a proposta da PNAB (2011) confere uma atualização nas políticas da AP, agregando novas perspectivas para o seu desenvolvimento, acrescentando elementos ligados ao papel desejado para a AB na ordenação das Redes de Atenção, na construção de uma saúde integral, universal e pública, distante da marca histórica de fragmentação da APS.

Os princípios gerais e os fundamentos da APS modulados pelas experiências brasileiras, assim como as especificidades da ESF, foram consolidados através da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB/2011) que define o entendimento de certa concepção de Atenção Primária que incorpora os atributos definidos por Starfield (2002) no que diz respeito às dissimilaridades entre Atenção Primária à Saúde e Atenção Médica Convencional para caracterizar a potência do trabalho da APS (ALMEIDA et al, 2010).

Starfield (2002) aponta para a APS como uma tendência relativamente recente de se inverter a priorização das ações de saúde de uma abordagem curativa, desintegrada e centrada no papel hegemônico do médico para uma abordagem preventiva e promocional, integrada com outros níveis de atenção e construída de forma coletiva com outros profissionais de saúde. Com esta direção, afirma a complexidade deste nível de atenção sinalizando que:

A atenção primária envolve o manejo de pacientes que, geralmente, tem múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos e a oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global da vida e de seu funcionamento. A região europeia da Organização Mundial da Saúde propôs que a saúde fosse definida como “a medida em que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar e criar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde, portanto, é vista como um recurso para a vida diária; não o objetivo dela, abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo” (2002, p.21)

A reorientação das práticas no Sistema Único de Saúde pelo enfoque da Atenção Básica define uma virada essencial na qual se prioriza uma visão mais integral da saúde em detrimento do modelo hospitalocêntrico, curativo e biomédico. Preconizada em sua função de coordenação do cuidado, ordenação de redes e de caráter resolutivo, a AB deve:

Identificar riscos, necessidades e demandas de saúde, utilizando e articulando diferentes tecnologias de cuidado individual e coletivo, por meio de uma clínica ampliada capaz de construir vínculos positivos e intervenções clínicas e sanitariamente efetivas, na perspectiva de ampliação dos graus de autonomia dos indivíduos e grupos sociais” (BRASIL, 2012, p.25).

A Atenção Básica constitui-se no nível mais capilarizado da atenção à saúde, atuando perto das casas e comunidades onde as pessoas vivem, possibilitando um conhecimento mais profundo da realidade sociocultural da população, priorizando a necessidade dos diferentes grupos a partir de critérios de vulnerabilidade. Permite também intervenções não só no âmbito individual, mas no âmbito das coletividades, afetando a produção de saúde no contexto de um território, através de ações de educação em saúde e vigilância. Age não somente dentro da unidade de saúde, mas em casas, praças, salões comunitários, além de articular ações intersetoriais.

Consideramos que a afirmação desta proposta representou efetivamente uma qualificação e valorização deste modelo de atenção. Nesse documento, publicizou-se o reconhecimento da complexidade e qualidade técnica da AB como uma atenção acolhedora, resolutiva e que avança na gestão e coordenação do cuidado do usuário nas demais redes de atenção. Entre as diretrizes apresentadas, destacamos:

A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado e gestão, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011).

Defendia-se neste documento que a AB fosse desenvolvida com ênfase na descentralização e capilaridade, de forma que os serviços estivessem implantados em áreas próximas ao local de moradia das pessoas. Neste documento, preconizava-se a AB como o contato preferencial dos usuários, fortalecendo-a como referência para a entrada aos serviços da rede. Nesse sentido, é de fundamental importância que os serviços sejam orientados pelos princípios da universalidade, acessibilidade, vínculo, longitudinalidade do cuidado, integralidade da atenção, responsabilização, humanização, equidade e da participação social (BRASIL, 2011, p.11). Aliado a esses princípios, os mecanismos de sustentabilidade financeira, a implementação da Norma Operacional Básica - NOB - 96¹⁶ e o Piso de Atenção Básica (PAB) configuram-se como iniciativas de consolidação dessa proposta (BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM 648/2006 - PNAB. Brasília: MS; 2006).

Dados do relatório de gestão de novembro de 2002 apontam para a expansão do modelo da ESF no Brasil desde 1998, na qual verificamos a ampliação quantitativa na extensão geográfica da cobertura ofertada pela ESF, incluindo os municípios, estados e regiões no país que escolheram esse modelo de cuidado. O primeiro aumento expressivo no número de equipes se deu a partir desse ano, quando a NOB 96 foi de fato posta em prática com a implementação de incentivos financeiros federais para a atenção básica, reunidos no Piso de Atenção Básica (PAB) que compreendia uma parcela fixa per capita e uma parcela variável, dependente da adesão à programas específicos, como o Saúde da Família, Agentes Comunitários de Saúde, Saúde Bucal, entre outros.

A indução financeira vinculada à implantação das equipes de saúde que compõem esse programa favoreceu a sua expansão em âmbito nacional, ainda que de forma heterogênea. Segundo o Departamento de Atenção Básica à Saúde

¹⁶ Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde publicada no diário oficial da União em 6 de novembro de 1996 (NOB 96). É um instrumento de regulação do SUS, consta orientações operacionais propriamente ditas, explícita e dá consequência prática, em sua totalidade, aos princípios e às diretrizes do Sistema, consubstanciados na Constituição Federal e nas Leis No. 8.080/90 e No. 8.142/90, favorecendo, ainda, mudanças essenciais no modelo de atenção à saúde no Brasil. Informações extraídas de: <http://conselho.saude.gov.br/legislacao/nobsus96.htm>. A NOB 96 modificou a forma de transferência de recursos interinstâncias de governo e a forma de pagamento dos serviços de saúde, no sentido da variação das modalidades de transferência de recursos, antes da NOB 96 era realizado pagamento por procedimentos realizados.

(DAB)¹⁷, a ESF está implantada em 5.463 municípios, contando com 40.162 equipes, atingindo 63,37% de cobertura da população brasileira (123.605.425.306 de pessoas). Os princípios e diretrizes da ESF são válidos para todo o território nacional, porém seu desenvolvimento tem se dado de forma distinta no país, sendo um processo diverso e complexo. Diferentes contextos e realidades políticas têm contribuído para esta situação. Dentre os fatores que interferem nos diferentes modos de implantação dos serviços, destaca-se: o porte do município de implantação, a pactuação da gestão, a rede de saúde já existente, os mecanismos de financiamento e a disponibilidade de recursos humanos.

O território de implantação de uma ESF é dividido em torno de 4000 pessoas por equipe (BRASIL,2000b), que devem desenvolver o trabalho a partir de uma perspectiva centrada na família, singular, a partir de diagnósticos situacionais que contemplem o ambiente físico e social. Neste processo, as Equipes de Saúde da Família têm como objetivo construir um olhar ampliado que não se restrinja ao processo saúde-doença e às necessidades de intervenção, que vão além das práticas curativas (BRASIL, 1999).

As equipes da ESF são constituídas por equipes multiprofissionais formadas por cinco ou seis agentes comunitários de saúde (ACS), um técnico de enfermagem, um enfermeiro e um médico generalista ou médico especialista em medicina de família e comunidade. Estes irão atuar nas Unidades de Saúde, em visitas domiciliares, em atividades de promoção, prevenção e ações intersetoriais no território.

1.5.1. A Singularidade do Trabalho do Agente Comunitário de Saúde na Estratégia de Saúde da Família

Entre os profissionais que integram as equipes da ESF, o Agente Comunitário de Saúde (ACS) é a única categoria profissional a qual não é exigida formação

¹⁷ DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA À SAÚDE – Consulta on line. Histórico de cobertura da Estratégia Saúde da Família – Unidades geográficas por competência, Brasil, Dezembro de 2015. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php. (Acessado em 28 de março de 2016.)

prévia na área da saúde, contudo tem como pré-requisito: ser morador do território de abrangência da ESF e possuir formação acadêmica de nível médio. De acordo com Nogueira (2017):

O processo de formação profissional dos trabalhadores ACS foi realizado historicamente nos territórios onde atuam e nos próprios serviços de saúde, geralmente sob a supervisão do enfermeiro ou da equipe de saúde da família. Formação profissional inespecífica, que varia em função dos problemas locais com vistas à preparação para execução de atividades vinculadas aos objetivos das políticas de saúde (p.221).

As leis que regulamentam o exercício profissional do Agente Comunitário de Saúde, como a lei nº 11.350 (BRASIL, 2006b) e a lei nº 12.994 (BRASIL, 2014a), dispõem sobre a obrigatoriedade da formação inicial e continuada, o que legitima o exercício de processos formativos rápidos como as qualificações em serviço (NOGUEIRA, 2017). Na PNAB (MS,2012), a função do ACS está descrita para cumprir os seguintes atributos:

- I-Trabalhar com adscrição de famílias em base geográfica definida, a micro área;
- II - Cadastrar todas as pessoas de sua micro área e manter os cadastros atualizados;
- III - Orientar as famílias quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis;
- IV - Realizar atividades programadas e de atenção à demanda espontânea;
- V - Acompanhar, por meio de visita domiciliar, todas as famílias e indivíduos sob sua responsabilidade. As visitas deverão ser programadas em conjunto com a equipe, considerando os critérios de risco e vulnerabilidade de modo que famílias com maior necessidade sejam visitadas mais vezes, mantendo como referência a média de uma visita/família/mês;
- VI - Desenvolver ações que busquem a integração entre a equipe de saúde e a população adscrita à UBS, considerando as características

e as finalidades do trabalho de acompanhamento de indivíduos e grupos sociais ou coletividade;

VII - Desenvolver atividades de promoção da saúde, de prevenção das doenças e agravos e de vigilância à saúde, por meio de visitas domiciliares e de ações educativas individuais e coletivas nos domicílios e na comunidade, por exemplo, combate à dengue, malária, leishmaniose, entre outras, mantendo a equipe informada, principalmente a respeito das situações de risco; e

VIII - Estar em contato permanente com as famílias, desenvolvendo ações educativas, visando à promoção da saúde, à prevenção das doenças e ao acompanhamento das pessoas com problemas de saúde, bem como ao acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa-Família ou de qualquer outro programa similar de transferência de renda e enfrentamento de vulnerabilidades implantado pelo governo federal, estadual e municipal, de acordo com o planejamento da equipe.

No âmbito dos serviços da ESF, o trabalho do ACS é descrito quase como um mantra: *“O ACS é aquele que faz a ponte entre a população e a Unidade de Saúde”*. Uma definição que também perpassa os cursos introdutórios¹⁸ e reduz a complexidade e as fronteiras do trabalho do ACS. Como estes trabalhadores são moradores da área de atuação da ESF, há uma expectativa/exigência para que este profissional tenha maior propriedade da linguagem e das especificidades que envolvem o trabalho. Podendo lidar com as complicações geradas pelas condições inóspitas de saneamento básico, com as questões que se referem à violência, com a identificação das áreas de risco e com o ‘clima’ da comunidade.

Podemos pensar que essa descrição do trabalho do ACS como “ponte” expressa certa idealização da prática do ACS - que deve “unir” comunidade e Unidade de Saúde - e, ao mesmo tempo, explicita uma responsabilização grande,

¹⁸ Cursos introdutórios são os cursos que antecedem o trabalho das ESF no território- o que seria desejável-, mas na prática não está disponibilizado para todos a tempo da entrada no serviço. A maioria das equipes da ESF iniciam suas atividades e posteriormente realizam o curso introdutório, quando há oferta do mesmo na área, o que se relaciona diretamente da organização de cada Área Programática-AP.

que algumas vezes recai unicamente sobre este profissional, sobre o sucesso de uma estratégia (ida do usuário a consulta, participação do usuário em atividades de grupo, imunização, entre outros). Resumir as ações deste profissional como “ponte” é uma redução simplista de uma profissão estratégica e que está em construção.

A experiência de trabalho em conjunto com esse grupo de trabalhadores tem evidenciado que os ACS vivenciam experiências comuns a que são solicitados a construir intervenções, o que se coloca como um desafio contínuo da função. Essa situação encontra pouco ou nenhum espaço nas equipes para ser exposta e compartilhada.

1.6. Desafios da Expansão da Atenção Básica: hibridismo estatal-político-gerencial na privatização do SUS

O SUS como um modelo vivo de Sistema de Saúde está em movimento permanente de aperfeiçoamento e invenção frente aos desafios que lhes são constituintes. Desafios que abarcam desde a tradução prática da amplitude conferida à noção de saúde e às lutas políticas que a permeiam, até a complexidade de tensionamentos advindos da variedade e singularidade de situações e interesses do capital com as quais se depara e modula.

As lutas que levaram a institucionalização do SUS na Carta Constitucional de 1998 nunca foram consensuais, ou seja, fizeram-se em acordos políticos conjunturais com as forças políticas mais progressistas da época e, estrategicamente, com concessões possíveis com as forças conservadoras que compunham a constituinte. Neste jogo de forças foram feridos alguns princípios formulados no Conselho Nacional de Saúde de 1986. Destes princípios destacamos: a manutenção de um sistema suplementar e a não regulamentação operacional das duas novas fontes de custeio (Cofins e CSLL)¹⁹ para a seguridade social. Estas últimas, que jamais foram implantadas, somadas aos impostos e à contribuição

¹⁹ COFINS é a sigla de Contribuição para o Financiamento da Seguridade Social, que é uma contribuição social aplicada sobre o valor bruto apresentado por uma empresa. A CSLL - Contribuição Social sobre o Lucro Líquido é uma contribuição criada pela Lei 7.689/1988 para que todas as Pessoas Jurídicas (PJ) e as equiparadas pela legislação do Imposto de Renda (IR) possam apoiar financeiramente a Seguridade Social.

previdenciária, possibilitariam a expansão dos direitos sociais (educação, saúde pública, previdência e assistência social).

Bahia (2017), ao discutir a privatização do SUS, relata que “mal a Constituição foi aprovada, a conversa sobre direitos que não cabem no orçamento se disseminou” (p.3) internamente, ganhando força na aliança com o cenário neoliberal internacional. E afirma que:

Em 1989, o documento *Adult Health in Brazil: adjusting to new challenges*, do Banco Mundial, afirmava que seria impossível financiar com recursos públicos a saúde para todos, avançando propostas sobre a configuração público-privada mais adequada para o Brasil: os pobres teriam melhores serviços de saúde se o “setor público imitasse o setor industrial brasileiro moderno contratando serviços das empresas de planos de saúde” (p.5).

O problema do financiamento do SUS, arena de lutas que persiste na contemporaneidade sob novas roupagens, enuncia a incompatibilidade ética de duas dinâmicas na administração pública, quais sejam: a dinâmica privatizante e a dinâmica do SUS universal. Esta incompatibilidade tem sido neutralizada e escamoteada por ações e práticas discursivas, midiáticas e governamentais, produtoras de descrédito na gestão pública e fomentadoras do processo de privatização da provisão como solução.

No ano de 1995, estas produções se concretizaram e ganharam força no Plano Diretor de Reforma do Aparelho do Estado (PDRAE), proposto pelo Ministério da Administração e Reforma do Estado (MARE), sob o comando de Luiz Carlos Bresser-Pereira no governo Fernando Henrique Cardoso (1995-2002). Esta reforma, sob o argumento de que as políticas e serviços sociais não são ‘funções essenciais do Estado’ e devem ser executadas preferencialmente pelo setor privado, estabelece limites para o gasto público com pessoal induzindo os governos federais, estaduais e municipais a contratarem serviços das OSs, propõe o fim da estabilidade do funcionário público na saúde, abrindo canais de facilitação para a contratação das OSs. Esta ‘facilitação’ se faz, entre outras medidas, através da criação de leis específicas para as OSs em suas relações com o poder público, da oferta de maior remuneração aos trabalhadores das mesmas em relação à

remuneração do funcionário público da saúde e do não estabelecimento de limites para os gastos com a contratação de entes privados para prestação de serviços públicos para o SUS (RODRIGUES, 2016).

Sabemos que, após mais de 30 anos de institucionalização do SUS, seguimos lutando para a consolidação de uma ótica de sistema de saúde de fato universal e que traduza operacionalmente o conceito ampliado de saúde. Em meio a avanços, retrocessos e reconfigurações que tentam agonisticamente operar o SUS em meio a coexistência destas duas dinâmicas – privatizante e pública (para todos e qualquer um) -, é primordial pensar a privatização do SUS em seus hibridismos. Esses se expressam em parcerias público-privada, afeitas a arranjos gerenciais e político-partidários de agentes públicos que modulam o SUS por dentro, a partir de suas próprias diretrizes e princípios.

As restrições fiscais e coalizões governamentais-empresariais, aliadas ao incremento de uma produção discursiva – interessada e equivocada do SUS como sistema de saúde ‘para pobres’ – são terreno fértil para a segmentação do sistema de saúde através da priorização de ações de focalização extensivas. Esta segmentação do SUS, por meio de programas focais, funciona como estratégia de apaziguamento e neutralização das tensões e lutas travadas nos debates em torno da democratização da saúde e seus princípios de universalidade, integralidade e equidade.

A focalização de programas, inclusive com apoio das portarias do Ministério da Saúde²⁰ – programa Rede Cegonha nos municípios do Programa Brasil sem Miséria, a expansão da rede básica por meio da ESF em regime de cogestão com as OSs em alguns municípios – corroboram para o afastamento do SUS regido pelo princípio da universalidade, pois produzem uma ótica extensivista da expansão de serviços focada no acesso, reforçando intensivamente o que Bahia (2017) denomina como “a compreensão do SUS como atenção básica para pobres” (p.4). Neste jogo de forças e tensionamentos há a retomada de uma APS reduzida, tão

²⁰ Em 2013 a Agência Nacional de Saúde (ANS) aprovou a obrigatoriedade de cobertura de medicamentos antineoplásicos orais para usuários de planos de saúde, a partir de 2013 a relação dos medicamentos destes usuários passou a ser mais ampla do que a recomendada para o SUS (Bahia, 2017, p. 12).

ferozmente combatida, como vimos na história recente da reforma sanitária. Ainda de acordo com a autora (2017):

O SUS, especialmente o financiamento para as ações da rede pública de saúde, encontrou apoiadores no movimento municipalista. Certamente, a ação política do movimento municipalista ampliou as bases políticas do sistema, contudo, o protagonismo de prefeitos e secretários de Saúde acompanhou-se pela ênfase nas dimensões administrativo-institucionais da rede de serviços. O subfinanciamento, o teor eminentemente contencionista e descentralizador da implementação do SUS conduzida por gestores, bem como a retomada das posições relevantes de influência de hospitais privados aliados a empresas de planos de saúde no Congresso Nacional e junto ao Poder Executivo resultaram em esforços notáveis para a ampliação do acesso. Mas tais esforços não se direcionaram à compreensão e à tradução operacional do conceito ampliado de saúde (p.5)

O processo de municipalização da saúde sob a ótica da descentralização prevê, em seu capítulo II das diretrizes e Princípios da Lei 8080 de 1990, a “descentralização político-administrativa, com direção única em cada nível, respeitada a autonomia municipal, garantindo-se os recursos necessários (Presidência da República, Casa Civil, 1990). Esta regulamentação será a referência para que os municípios tenham autonomia e sustentem suas escolhas singulares para implantação/expansão da AB.

A descentralização político-administrativa, tomando como base o território e suas necessidades, foi uma diretriz muito importante na pauta da municipalização no âmbito da reforma sanitária brasileira. Contudo, sua condução na atualidade tem seguido, muitas vezes, o sabor de ventos políticos partidários afeitos aos interesses particulares na composição com as parcerias público-privadas. Ventos estes que se hibridizam nas novas modalidades gerenciais das políticas de saúde municipais, a partir de proposições que configuram a expansão de sua rede básica como um programa de governo, ou seja, sob uma ótica privatista e afim promover a abertura de “canais de ações governamentais de suporte à privatização” (Bahia 2017, p.11).

Lazzarato (2011), ao discutir a função do Estado na gestão neoliberal contemporânea das desigualdades, afirma que o Estado trabalha para:

A generalização do governo da empresa sobre o conjunto das relações sociais, e o próprio Estado assume, solicita e organiza a generalização dos comportamentos de tipo "capital humano" em todos os domínios da sociedade. O estado, como muitas vezes na história do liberalismo, longe de ser uma força externa e hostil ao homo economicus e a suas leis, é a instituição que inicia, experimenta, implementa e difunde as novas modalidades de governo das condutas (p.9).

Na contemporaneidade, este processo de descentralização se hibridiza em meio as forças do capital que operam em imanência com processos de democratização no plano social através do “governo das desigualdades” (Lazzarato, 2011, p.9). Este autor nos oferece pistas importantes para pensarmos este processo e entender que as políticas sociais não são incompatíveis com o neoliberalismo, ao contrário, é nelas e com elas que ele gesta, amplia e estende seu raio de ação. Segundo o autor:

Os neoliberais têm, claramente, uma política social. A sociedade, com o neoliberalismo como com o Keynesianismo, é alvo de uma intervenção permanente. O que mudou foi o objecto e a finalidade dessa intervenção. Trata-se de estabelecer um estado de “igual desigualdade” e de “pleno emprego precário”. Deste governo pela desigualdade que trata cada indivíduo, cada trabalhador considerado individualmente, como uma empresa, emergem os medos diferenciadores que atingem todos os segmentos da sociedade neoliberal e que constituem o seu alicerce afectivo. (Lazzarato, 2011, p.9)

Neste cenário neoliberal, entendemos que é fundamental que as forças progressistas de defesa do SUS se atentem para a privatização da saúde pública no Brasil, para além de uma compreensão binarizante e oposicionista entre público (SUS) e privado (prestadores privados de serviços de saúde), ou mesmo na compreensão de que, de um lado temos os interesses público-estatais e de outro os interesses de mercado. A financeirização da saúde diz respeito a atuação ativa de grupos de interesse (empresários da saúde e representantes com presença marcante junto a partidos e coalizões políticas) na definição das políticas públicas,

mais do que a dimensão econômica de recursos financeiros investidos e gastos por seguros e dos planos de saúde (Bahia, 2017). Segundo Lazzarato:

O Neoliberalismo não é uma luta da empresa e dos interesses privados contra o poder público, mas uma mudança no modo de governo das condutas que implica em uma redistribuição das funções entre público e privado. Contrariamente àquilo que a ideologia liberal nos faz crer, o dispositivo legal e a administração estatal estão longe de desempenhar um papel minoritário ou subordinado na implementação dessa mudança (Lazzarato, 2011, p.57)

Interessante pensar como estes canais de suporte à privatização vão sendo abertos e ampliam novos mercados da saúde. Os estudos sobre a financeirização das políticas sociais no Brasil, realizados pela economista Lena Lavinas (2015), estimam que em 2013 45 milhões de brasileiros eram detentores de um plano de saúde privado, ou seja, cerca de ¼ da população. Percentual esse que entre 2003 e 2013 teve uma progressão de 41%, aumento este atribuído à elevação da renda média, que caracteriza a fase recente de retomada do crescimento econômico pós 2003. Este quadro ganha tonalidades ainda mais dramáticas quando se sabe que 62% dos leitos hospitalares são privados e 2/3 dos equipamentos disponíveis para diagnóstico e tratamentos de saúde encontram-se igualmente em hospitais e clínicas privadas.

Bahia (2017) chama atenção para dois fenômenos estranhos que coexistem quando se discute a privatização da saúde sob o viés da financeirização, quais sejam: a ausência desta discussão da parte dos movimentos sociais (militantes e conselhos de saúde, tal como parlamentares, não se opuseram à práticas privatistas recentes na criação de novos mercados da saúde), dos sindicatos (muito voltados para as questões de ampliação de mercados de trabalho e demandando planos de saúde para seus filiados) e de boa parte dos gestores que dizem defender o SUS; e o segundo fenômeno diz respeito à inflação de discursos dos empresários da saúde, políticos e agentes públicos que defendem as parcerias de cogestão entre público-privado como prerrogativa de defesa do SUS. Não é raro lermos nos documentos oficiais de parcerias privadas com agentes públicos na saúde frases como: 'setor privado parceiro do SUS', "a participação da iniciativa

privada na saúde, de forma complementar ao poder público, é uma prática vencedora”, “integração público-privada”.

A autora exemplifica esta perversa inflação discursiva fazendo referência ao documento da entidade empresarial Instituto Coalizão Saúde (ICOS), criada em 2015 e liderada pelo presidente da maior empresa de planos privados de saúde no Brasil, quando esta afirma:

Sempre na defesa intransigente do Sistema Único de Saúde. E com a convicção de que, como determina a nossa Constituição, a coexistência e a colaboração entre setores público e privado podem e devem proporcionar um melhor atendimento à nossa população – desde a prevenção e atenção básica até o mais sofisticado recurso que a medicina pode oferecer (Coalizão Saúde, 2017 apud Bahia, 2017, p.12).

Seguindo a autora:

A criação da entidade Instituto Coalizão Saúde (ICOS)²¹, em 2014, durante as eleições para a Presidência da República, representou um marco na articulação de grupos econômicos das indústrias (equipamentos, medicamentos) com aqueles que atuam precipuamente na assistência médica-hospitalar. A explicitação da liderança de São Paulo [...] afirma inequivocamente um centro para a “medicina de qualidade” no país. Na agenda do ICOS, construída mediante a contratação de uma empresa internacional de consultoria, encontram-se expressões como “Em 2015, a Associação Nacional de Hospitais privados apresentou, entre outras, as seguintes aspirações: “ampliar a participação do setor privado na formulação e implantação das políticas nacionais de Saúde e incentivar o investimento privado na área da saúde e desenvolver um plano de ação público-privado para a informatização, integração e interoperabilidade dos sistemas de informação”. (Bahia, 2017, p.12)

A pauta da construção de práticas em saúde inclusivas é fruto de um esforço coletivo pela transformação da sociedade, parte integrante da agenda defendida pela Reforma Sanitária Brasileira. Isto requer a construção de novos modos de relações sociais e com a dimensão pública das políticas de Estado. Esta perspectiva

²¹ A entidade é coordenada pelo ex-superintendente do hospital Albert Einstein, atual presidente da maior empresa de planos de saúde, e por um professor da USP, ex-secretário de Saúde da cidade de São Paulo. (Bahia, 2017)

perpassa essencialmente por práticas ético-políticas e políticas de subjetivação que afirmem a produção de saúde para além e aquém de modelos estruturalmente marcados e afeitos à produção da saúde como mercadoria ao sabor dos ventos do mercado. Compreende-se a partir desta perspectiva que a desmercantilização da saúde ocupa uma posição estratégica e inegociável (FLEURY, 2016).

Nossa preocupação com a questão que envolve o financiamento do SUS se deve a centralidade deste ponto em termos da efetiva operacionalização do modelo assistencial e dos modos como se tem lançado mão de arranjos gerenciais e político partidários para fazê-los. O modo de financiamento e os modos de operar financeiramente o sistema modulam, invariavelmente, o processo de gestão e a concepção política da gestão dos serviços que põem em risco a continuidade e a qualificação da AB na integralidade do SUS.

Paim (2009) sinaliza que afirmar que “a saúde é um direito de todos e dever do Estado”:

Em nenhum momento condena o SUS a ser refém da ‘administração direta’. Novas institucionalidades podem ser concebidas e pesquisadas no âmbito da ‘administração indireta’ que, além de garantir maior efetividade e qualidade dos serviços prestados, facilitem uma ‘blindagem’ contra o predomínio de interesses político-partidários e corporativos na gestão do sistema e na gerência de programas e serviços (2009, p.131).

Como usuários, militantes, e trabalhadores da saúde comemoramos a expansão do acesso e a qualificação dos serviços e dos profissionais, mas é preciso estar “atento e forte”²² para as bases em que isso acontece, problematizando a ampliação da saúde, os sentidos e interesses da expansão da atenção básica, alinhada a um projeto político de privatização da saúde pública.

²² Música Divino Maravilhoso, Caetano Veloso e Gilberto Gil.(1968).

CAPÍTULO II: A EXPANSÃO da ATENÇÃO BÁSICA no MUNICÍPIO do RIO JANEIRO: HISTÓRIA, RUMOS e DESAFIOS

Neste capítulo, discutiremos a expansão da Atenção Básica no RJ iniciada em 2009 pela Secretaria Municipal de Saúde (RJ) através do projeto de Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS)²³. Este projeto integrava o programa Saúde Presente²⁴ e tinha como proposta a transformação dos indicadores sanitários da cidade, através da diretriz estratégica de expansão e qualificação da AB com base na ESF, sob o modelo de Clínica da Família (CF). As diretrizes fundamentais eram a territorialização, a ampliação, qualificação e a garantia do acesso aos serviços de saúde pública²⁵.

Na última década, a cidade do Rio de Janeiro vem realizando uma expansão de ampla magnitude da Saúde da Família. Em dezembro de 2008 o município registrava um total de 3,5% de cobertura de equipes completas de ESF (com um médico na composição da equipe) e em torno de 7% de cobertura de ESF de diferentes tipos. No final do ano de 2012, atinge 40% de cobertura de ESF no território (Harzheim, Lima, Hauser, 2013). Em maio de 2017, apresenta uma cobertura populacional de 62,72%²⁶ de ESF, frente a uma cobertura nacional de 62,4% (Brasil, 2017). É inegável a amplitude extensiva desta expansão e sua importância na transformação dos indicadores sanitários da cidade do Rio de Janeiro.

Contudo, interessa-nos analisar o processo de expansão em diálogo com a experiência de gestão da trabalhadora-pesquisadora, no cargo de gerência de uma clínica da família, a partir do segundo ano de implantação da expansão da CF no município do Rio de Janeiro. O foco desta discussão é pensar sobre os efeitos produzidos no cotidiano do trabalho em saúde da Clínica da Família, chamando

²³ PENNA, PINTO, SORANZ, 2016, p.138.

²⁴ <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeConteudo?id=162538>

²⁵ Unidades que compõem o Saúde Presente: • Clínicas da Família • Centros Municipais de Saúde (CMS) • Policlínicas • Centros de Especialidades Odontológicas • CAPS-Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPSad e CAPSi) • Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) • Hospitais e Maternidades • Coordenações Regionais de Emergência (CER).

²⁶ Segundo SAFFER (2017) Os dados no sistema interno de monitoramento do município registram uma cobertura de 69,27% da população no mesmo período de 2017.

atenção para o modo como se realizou a expansão na relação com o novo modelo de governança e de suporte administrativo das unidades municipais.

2.1 . Alguns dados Geo-histórico-políticos do Município do Rio de Janeiro e suas Influências no Desenho da Saúde e da Atenção Básica no Município.

Segundo dados do IBGE (2015), o Estado do Rio de Janeiro tem uma área de 43.696 Km² e uma população estimada, para 2017, de 16.7 milhões de habitantes, distribuída em noventa e dois municípios. O Município do Rio de Janeiro está situado na Região Metropolitana do estado do Rio de Janeiro, a qual também inclui os municípios de Belford Roxo, Duque de Caxias, Itaguaí, Japeri, Magé, Mesquita, Nilópolis, Nova Iguaçu, Paracambi, Queimados, São João de Meriti, Seropédica e Tanguá. O município do Rio de Janeiro tem uma área de 1.197 Km² e uma população estimada para o ano de 2017 de 6.520.266 habitantes, e é considerada a segunda cidade mais populosa do Brasil.

Os modos de promover e produzir saúde no Rio de Janeiro são atravessados por intensas disputas políticas e heranças históricas (ex-capital do país, divisão territorial, fusão do estado da Guanabara com estado do Rio de Janeiro, etc) que marcam, de modo importante e complexo, o desenho da AB no município. Diferentes pesquisas sobre a APS/AB no Brasil e no Rio de Janeiro têm afirmado que as práticas de saúde na cidade foram conduzidas, até 2008, por um paradigma da atenção à saúde baseado em grandes hospitais e ambulatórios de especialidades localizados em zonas centrais. Este paradigma configura uma oferta limitada de serviços de atenção básica públicos e universais (SORANZ et al, 2016; HARZHEIM, 2013; SIMÕES; GAMEIRA; NUNES; SILVA JUNIOR et al ,2016; LIMA, 2014).

Analisar os dados a partir dos quais se conduziu a Reforma da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro, a partir de 2009, em seus desafios, perigos e dilemas, requerer entender a história geopolítica deste município para além e aquém dos dados quantitativos. Qualificar historicamente a produção destes dados nos possibilitou ampliar, em parte, o entendimento do jogo de forças e escolhas políticas que tencionaram a produção no município de um modelo territorial de saúde.

2.1.2. Alguns Vetores Histórico-institucionais

Para esta discussão seguimos a periodização, histórico-político-institucional, proposta por Lima (2014) ao discutir a trajetória da atenção básica do município do RJ anterior à expansão massiva da ESF (2009). A delimitação proposta pela autora segue alguns vetores históricos que nos ajudam a entender os desafios colocados à organização recente da atenção básica no município. A periodização proposta pela autora é delimitada da seguinte forma: período que o Rio de Janeiro era Distrito Federal da República, capital do país (1889-1960); período caracterizado pela divisão do território em dois estados, estado do Rio de Janeiro e estado da Guanabara (1960-1975) e período posterior à fusão entre os estados da Guanabara e do Rio de Janeiro, e anterior ao início da implementação do SUS no município do Rio (1975-1988).

2.1.3. Município do Rio de Janeiro (Estado da Guanabara) como Capital do Brasil

O município do Rio de Janeiro, antigo Estado da Guanabara, foi distrito federal no período que abarcou a proclamação da República (1889) até a transferência da capital do país para Brasília (1960), isto lhe conferiu visibilidade política e econômica importantes, mas também desafios e dificuldades. No que diz respeito à saúde a (ex) capital federal segue os caminhos da história da saúde no Brasil. Até 1930 temos a predominância de ações de saúde baseadas no higienismo e campanhismo voltadas às ações de saneamento urbano que visavam à prevenção, ao controle das doenças e aos agravos específicos. Estas ações eram caracterizadas por “um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social” (Luz, 1991, p.9).

Nos anos 1930 até 1960, destacamos o Estado Novo (1937) que, sob uma égide autoritária, centralizadora e nacionalista de federalização, conduz mudanças significativas na organização político institucional da capital, com reflexos em várias áreas de atuação estatal, inclusive na saúde. O intenso processo de industrialização

e urbanização nos grandes centros, em especial no Rio de Janeiro, exigia da saúde pública novas proposições e unidades de saúde.

Neste período temos: a criação dos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) por categorias profissionais baseados na lógica de seguro social, garantindo aos contribuintes (trabalhadores formais) os benefícios de aposentadorias, pensões e assistência médica individual (e às vezes odontológica); a criação (1927) dos Centros de Saúde (CS) pensados para as grandes e médias cidades que passavam pelo processo de urbanização e industrialização; a expansão dos CS para a prefeitura do distrito federal (1934) na lógica da distritalização, que objetivava superar as atividades das repartições sanitárias (especializadas em uma doença endêmica) visando através de ações educativas, preventivas e profilaxias se constituir como unidade acessível à população, construindo “uma nova consciência sanitária nos indivíduos e famílias”(Lima, 2014, p.59); a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), em 1942, através de um acordo entre os governos brasileiro e norte-americano que visava atender aos interesses dos militares norte-americanos para saneamento de regiões produtoras de matérias primas estratégicas (borracha na região amazônica e minério de ferro e mica na região do Vale do Rio Doce) e ao mesmo tempo prover inicialmente a assistência médica aos seringueiros e a educação sanitária. Esta última abarcava o treinamento de profissionais de saúde, especialmente médicos, enfermeiras e engenheiros sanitários (CAMPOS, 2007a).

Nos anos 50, destacamos a disputa para a introdução do atendimento clínico individual nos Centros de Saúde e, no decorrer desta década, a estagnação da organização em Centros de Saúde. A extensa rede de serviços de saúde com a qual contava a capital era vinculada de um lado ao Ministério do Transporte Indústria e Comércio (MITC) e do outro, serviços vinculados ao Ministério da Saúde. Este último responsável, principalmente, pelas ações de cunho preventivista que não se articulavam com os serviços vinculados aos IAPs, responsáveis pela assistência médica individual (Lima,2014). Ainda de acordo com Lima, o legado deste período para o Rio de Janeiro:

Foi um conjunto de serviços de saúde composto pelos grandes hospitais, provindos dos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), com a lógica da assistência previdenciária; os Centros de Saúde, com um trabalho voltado para determinadas populações

através dos programas de saúde pública e ainda ações pontuais do que poderia ser chamado de serviços básicos. Tais serviços caminhavam desarticulados, sendo essa uma característica do setor saúde desse período. (Lima, 2014, p.60)

2.1.4. Divisão Territorial Estado do Rio de Janeiro e Estado da Guanabara atual Município do Rio de Janeiro: pré-fusão

Com a transferência da capital para Brasília, em 1960, os limites territoriais do Rio de Janeiro foram redefinidos, mas não sem tensões e intensas disputas políticas, através de dois estados: Estado do Rio de Janeiro e Estado da Guanabara (atual município do Rio de Janeiro). Segundo Lima (2014), o Estado do Rio de Janeiro, embora contasse com um grande colégio eleitoral com predomínio da representação do partido que apoiava a situação (Aliança Renovadora Nacional - ARENA), conformava-se em um estado politicamente e economicamente fraco em comparação ao Estado da Guanabara. Sua economia era predominantemente agropecuária, com pouca expressão no parque industrial, pouco estímulo cultural e a maioria dos municípios eram pobres e dependentes do Governo Federal. Dependência, esta, também presente no desenho das práticas em saúde.

O Estado da Guanabara (ex. capital) tinha forte expressão político institucional nos mais diversos setores e possuía um importante parque industrial, o que gerou uma forte economia. Era considerado a capital da cultura nacional, com grandes eventos culturais e sendo porta de entrada para o intercâmbio internacional. Além disso, era detentor de um expressivo colégio eleitoral representado pelo partido Movimento Democrático Brasileiro (MDB) que tinha ideias contrárias ao regime militar, situação que preocupava o Governo Federal (PARADA; 2001).

Esta diferenciação significativa entre os dois estados, no que diz respeito à infraestrutura industrial, à organização dos serviços de saúde, à dinâmica cultural e à legitimação de poder e representatividade, produziu efeitos e tensões importantes no período pós-fusão (1975), momento em que o estado da Guanabara se transforma em município do novo estado do Rio de Janeiro.

No que diz respeito à saúde temos, de 1960 a 1975 (antes da fusão), a seguinte conformação de ofertas em saúde nos dois Estados: o estado do Rio de Janeiro possuía os centros de saúde nos distritos, sedes e postos de saúde nos demais

distritos das cidades. Seus hospitais estavam voltados para as especialidades priorizadas pelos programas verticais do Ministério da Saúde (MS), como o de tuberculose, o de saúde mental, o de hanseníase e o de pediatria. Segundo Campos (2007a), em 1965 os serviços básicos de saúde no estado do Rio de Janeiro eram em torno de 39 unidades que ofertavam os serviços básicos em saúde pública voltados à: Varíola, Febre Tifóide, Poliomielite e Tuberculose.

Só no ano seguinte inicia-se a reformulação dos serviços básicos em uma lógica mais abrangente, com a inserção do atendimento médico ambulatorial, embora limitada a algumas unidades e sem uma expansão considerável pelo território. A herança campanhista é muito presente e pouco preparada para responder às demandas de assistência médica individual. Por não possuir ambulatórios e hospitais gerais, os pacientes portadores de doenças crônicas ou agudas que estivessem fora das especialidades priorizadas pelo MS, citadas anteriormente, não se constituíam como responsabilidade da secretaria de saúde, visto que esta se estruturava a partir da lógica de programas voltados para o controle de doenças específicas.

Segundo Parada (2001), o atendimento médico voltado para a assistência individual era realizado nos municípios através dos Postos de Atendimento Médico (PAM), da rede contratada e conveniada ao INPS e pelas entidades filantrópicas. O estado da Guanabara recebe a saúde pública em péssimo estado e uma das primeiras formulações desse novo governo foi a criação, em 1962, das Regiões Administrativas, a transformação do Departamento de Saúde Pública em Superintendência de Saúde Pública (SUSAP) e a criação da Superintendência de Serviços Médicos (SUSEME).

Esses órgãos foram estratégicos na reestruturação da Secretaria Municipal de Saúde desse governo, com a SUSEME coordenando os serviços hospitalares e a SUSAP assumindo a coordenação dos tradicionais serviços de saúde pública (CAMPOS, 1999). Em meados da década de 60, a SUSAP é integrada à SUSEME sob a justificativa de romper com o dualismo vigente entre a saúde pública e a medicina previdenciária, com o objetivo de integrar as práticas de prevenção e assistência no interior dos Centros de Saúde. Na prática, essa integração significou uma subordinação da SUSAP às políticas traçadas pela SUSEME (LIMA, 2014).

Os Centros de Saúde (CS) incrementam suas ações com a inserção de atendimento médico ambulatorial e de procedimentos diagnósticos, antes realizados somente no ambiente hospitalar. E estes espaços passam a ser denominados de Centros Médico Sanitário (CMS) (CAMPOS, 1999). Por conterem essa assistência médica e diagnóstica, que para época representava um importante avanço, o CMS era considerado uma unidade complexa e orçamentária, responsável por um conjunto de ações de governo que se estruturaram nos serviços de pediatria, tuberculose e medicina preventiva, com dotações previstas no orçamento. Contudo, segundo Lima (2014), essa reformulação assistencial se limitou a algumas unidades de saúde e, mesmo com esse esforço para a transformação da assistência, a legislação sanitária não se modificou muito.

De acordo com Parada (2001), o Estado da Guanabara possuía os CMS localizados por regiões administrativas, o que simulava certo grau de regionalização, e hospitais gerais especializados distribuídos nas localidades levando em consideração a facilidade de acesso da população. A assistência em saúde, oferecida pelo estado, assegurava tanto o atendimento em saúde pública como o de assistência médica. Entretanto, mesmo após a reformulação, nos anos 60, dos papéis da Secretaria Municipal de Saúde na perspectiva da junção das ações de cunho assistenciais com as de cunho preventivista, no âmbito dos CMS, o crescimento hegemônico da medicina previdenciária conformou um modelo de atenção à saúde voltado para o cuidado individual, fragmentado e especializado.

Sabe-se que já na década de 1970 o setor de saúde do estado da Guanabara possuía um importante aparato de serviços públicos de saúde de vinculação estadual e federal, hospitais universitários, militares e hospitais destinados aos servidores públicos federais e estaduais, além de uma rede de serviços privados contratados e conveniados pelo INPS para a prestação de assistência médica individual (MACHADO, 2001).

Agrega-se a esse aparato a existência de uma rede própria municipal que dispunha de unidades básicas e alguns grandes hospitais de emergência como: o Hospital Miguel Couto (1936), o Hospital Souza Aguiar (1955), o Hospital Salgado Filho (1955) e o Hospital Lourenço Jorge (1955). Estes hospitais assumiram um papel importante na atuação do município do Rio de Janeiro no que diz respeito à oferta de serviços de pronto atendimento à população (Lima, 2014). O espaço

ocupado pela instituição hospitalar “tanto no âmbito da gestão como no âmbito social, ou seja, a representatividade social desses serviços de saúde em um contexto no qual a assistência médica era restrita” (Lima, 2014, p.27) não pode ser desconsiderada.

Em acordo com Lima (2014), essa história nos faz compreender o lugar da cultura hospitalar, principalmente os serviços de emergência, como parte importante do setor da saúde do município. Com relação à Secretaria de Saúde do Estado da Guanabara, Parada (2001) sinaliza que esta possuía total autonomia na sua política de saúde, visto que possuía capacidade instalada para a resolução dos seus problemas. A relação da Secretaria de Saúde do Estado da Guanabara com o MS e o INPS era pontual e informal. Diferentemente, a Secretaria de Saúde do estado do Rio de Janeiro comportava-se como um braço do Ministério da Saúde. Um dos efeitos desta diferenciação na representatividade entre os estados produziu, mesmo após a fusão, “a conformação de um município forte e com uma atuação autônoma em relação ao estado” (LIMA, 2014, p.61).

2.1.5. Período Pós-fusão e Anterior ao início da Implantação do SUS no Município do Rio de Janeiro (1975-1988)

Em 1975, ainda no contexto da ditadura militar sob a presidência do general Ernesto Geisel, decreta-se a fusão dos estados do Rio de Janeiro e da Guanabara, com o último transformado em capital do novo estado, adquirindo o status de município, e passando a ser nomeado como cidade do Rio de Janeiro. De acordo com Sousa (2010), o fim do estado da Guanabara representou uma das armas utilizadas pelo governo federal para conter os movimentos de oposição.

A fusão se dá num contexto de crise, fim do milagre econômico brasileiro²⁷, com arrocho salarial, desemprego, aumento das desigualdades sociais, crise do

²⁷ Milagre Econômico ou "milagre econômico brasileiro" é a denominação de um período da história do Brasil que durou de 1968 a 1973. Esse período foi caracterizado por aceleração do crescimento do PIB (Produto Interno Bruto), industrialização e baixos níveis inflacionários. Entre as explicações para a ocorrência do milagre econômico está o Programa de Ação Econômica do Governo (Paeg). O programa foi instituído na gestão do presidente Castelo Branco (1964 - 1967), primeiro governante do período da ditadura militar. O Paeg previa incentivo às exportações, abertura ao capital exterior, bem como reforma nas áreas fiscal, tributária e financeira da economia nacional.

modelo de saúde vigente, lutas pela democratização e pelo fim da ditadura militar. O antigo estado da Guanabara, agora então município do Rio de Janeiro, perdeu sua arrecadação estadual, e os repasses federais foram remanejados para um novo e ampliado território, ainda não beneficiado pelos chamados royalties do petróleo, que viriam mais tarde. As mudanças nos âmbitos político, social e econômico acirram as disputas político-federativas entre os entes destes estados fundidos e, progressivamente, o antigo estado da Guanabara perde seu prestígio e poder político.

O processo de fusão entre um estado forte politicamente, economicamente e culturalmente e um estado fraco no que diz respeito a estas características trouxe consequências importantes na área da saúde. De acordo com Parada (2001), as unidades de saúde existentes até então, em um processo marcado por intensa disputa de poder, são redistribuídas entre o atual município do Rio de Janeiro e o novo Estado do Rio de Janeiro de modo pouco refletido. Ou seja, dando pouca importância a construção de um perfil de rede estadual e municipal de saúde.

Nesse contexto, o município do Rio de Janeiro seguia com a administração dos seus serviços de saúde autonomamente sem se integrar ou se subordinar à Secretaria Estadual de Saúde. Ao novo município do RJ foram repassados os hospitais gerais com emergência e alguns especializados (ortopedia, pediatria e geriatria), que à época estavam subordinados à Superintendência de Serviços Médicos (SUSEME), todos situados na zona central, sul e norte da cidade, além dos Centros Municipais de Saúde (CMS). Ao novo estado do Rio de Janeiro foram repassados os institutos especializados e os hospitais gerais com emergência da zona suburbana e oeste da cidade, preferencialmente os construídos ao longo das vias férreas. O governo federal ficou responsável pela administração dos hospitais originados dos IAPs e pelos Postos de Atendimento Médico (PAM) (SOUSA, 2010).

Para a Secretaria de Saúde do novo município do Rio de Janeiro (antigo estado da Guanabara), não houve dificuldades para a assunção das suas responsabilidades, visto que não houve mudanças significativas na organização e modelo de atenção ofertado pelo estado da Guanabara. Contudo, as questões de financiamento impactaram, a médio prazo, o enfrentamento dos sérios problemas de

saúde pública pelo município. A Secretaria de Saúde do novo estado do Rio de Janeiro enfrentou grandes dificuldades para assumir as suas novas responsabilidades, pois herdou do estado da Guanabara um aparato assistencial mais complexo e com institucionalidades próprias. Assumir a assistência médica curativa exigia um novo perfil e mais gastos. O custeio das unidades de saúde, em um primeiro momento, teve um aporte do governo federal para o estado enfrentar o desafio da fusão, entretanto esse suporte financeiro diminuiu com o tempo, contribuindo para uma queda na qualidade dos serviços de saúde transferidos ao novo estado (PARADA, 2001).

A ausência de construção de um perfil de rede e a desarticulação entre município e estado dificultou a compreensão da população acerca da organização da rede, produzindo como efeito a cultura hospitalocêntrica, devido à ampla oferta da malha hospitalar, e um cuidado sem continuidade e responsabilização. A estadualização de alguns serviços significou a criação de mais uma instância desarticulada e sem referência dentro do município. No espaço territorial da cidade, existia um importante conjunto de serviços públicos de saúde sob a coordenação de diferentes governos que se mantinham desarticulados. Esta desarticulação onera o Estado e produz iatrogênia²⁸ em saúde. A inexistência de responsável pela coordenação do cuidado produz distorções sistêmicas e a migração desordenada dos usuários em busca dos serviços de saúde, agravando ainda mais o tempo de espera para atendimento e a desassistência.

Todo o crescimento da estrutura médico previdenciária era decidido a partir do Governo Federal e se deu à margem do poder público municipal, ainda destinado a oferecer serviços de saúde pública e a prestar o atendimento de emergência em seus hospitais próprios (CAMPOS, 1999, p.60). É importante lembrar o legado de um complexo médico-empresarial da saúde voltado para o cuidado hospitalar e com o foco na doença, iniciado com a organização dos IAPs (Institutos de Aposentadoria e Pensões) até atingir seu modelo final de organização com o INAMPS em 1977. Os principais hospitais de assistência aos trabalhadores estavam reunidos na antiga

²⁸ Illich (1975) já dizia nos anos 1970 que a medicina institucionalizada era uma grande ameaça à saúde. O termo iatrogenia, que se refere ao estado de doença ou complicação causada pelo tratamento médico tal aspecto depende não somente da capacidade técnica, como também da relação médico-paciente estabelecida.

capital e deixavam, no início dos anos 1980, um importante, dispendioso e complexo arranjo institucional para o município.

Nesta configuração, acirra-se o dualismo entre a saúde pública e a assistência clínica. As iniciativas de organização dos Centros de Saúde eram muito mais por parte dos governos locais, já que o governo federal priorizava a medicina previdenciária em detrimento da saúde pública (CAMPOS, 2007b). No que diz respeito à atenção básica nesse momento da história, foram acrescidas às tarefas dos Centros de Saúde ações que não foram incorporadas na medicina previdenciária, como o tratamento para tuberculose, para hanseníase, emissão de atestados de saúde e de saúde escolar, e alguns procedimentos médicos e diagnósticos, de forma tímida e secundária (CAMPOS, 1999).

Contudo, estas ações se davam de forma fragmentada, especializada, e sob as diretrizes do Ministério da Saúde (LIMA, 2014). O ganho nessas reformulações, de acordo com Campos (1999), foi a consolidação de uma estrutura física que seria remodelada nos anos seguintes e serviria para a construção da atenção primária nas futuras décadas. Na década de 1980, a Secretaria Estadual de Saúde (SES) administrava suas ações seguindo as orientações do MS, sem planejar ou implantar um sistema de saúde estadual. Já a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) coordenava os seus serviços consolidados desde o tempo da capital federal. Esta secretaria desenvolveu um plano de cuidados primários com a construção de postos de saúde – Unidades Auxiliares de Cuidados Primários de Saúde (UACPS) - que introduziu a assistência ambulatorial curativa na rede ambulatorial da prefeitura e que antecipou a mudança de perfil das unidades ambulatoriais, construindo as bases da implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS) no município do Rio de Janeiro (LIMA, 2014; PARADA, 2001).

De acordo com Machado (2001), as tensões nas relações intergovernamentais, presentes nesse período da história da saúde, são um dos aspectos que dificultam a implantação do Sistema Único de Saúde posteriormente, nos anos 90. No município do Rio de Janeiro, estas dificuldades são visíveis e ganham força a partir de uma atuação autoreferida do município que persiste nos anos de 1990, “quando o processo de descentralização evidencia com vigor os conflitos federativos e as dificuldades de constituição de um sistema de serviços de

saúde integrado na cidade, bem como limites na articulação com outros municípios” (LIMA, 2014, p.67).

O panorama geral da organização de serviços básicos no município do Rio de Janeiro, até o final da década de 1980, era voltado à oferta de alguns cuidados em saúde para a população historicamente excluída, sem acesso ao atendimento médico e residente nas áreas periféricas e de risco da cidade. Os conflitos inerentes ao jogo de forças entre estado, município e governo federal, decorrentes das perdas e ganhos com o processo de fusão e do modo como foi realizado, produziram na política de saúde estadual e municipal do Rio de Janeiro avanços, recuos e retrocessos. A dependência de alianças construídas, dos interesses colocados e de uma ótica personológica da gestão vigente mergulhou a saúde pública do Rio de Janeiro num caldeirão sempre prestes a explodir. Neste caldeirão, diferentes caldos se entrecruzam: práticas de subjetivação, práticas de interdição, e também práticas de resistências – algumas visíveis, outras silenciosas.

2.1.6. Linhas Gerais da Atenção Básica no Município do Rio de Janeiro no período dos anos 1991 a 2008

Os anos 1990, referidos no capítulo I, foram marcados por profundas mudanças no arranjo da saúde pública brasileira. Nesse contexto, os debates e as disputas no setor se davam em torno da universalização, financiamento e descentralização do Sistema Único de Saúde (SUS) visando a sua efetiva implantação no país. O processo de descentralização objetivava a transferência de funções para a gestão estadual e municipal, e visava a intensificação do papel dos municípios no processo de reestruturação e organização dos serviços de saúde. Como vimos anteriormente, o tema da descentralização ganha especial destaque por ter se conformado em medida fundamental para a implantação e organização dos sistemas municipais de saúde, e ainda por ter representado um ponto de inflexão importante no papel dos entes governamentais na gestão desses sistemas. A municipalização atribui aos municípios a responsabilidade de coordenação dos serviços e cuidados em saúde, prestada em seu território, bem como a autonomia para efetivar a gestão em saúde (BRASIL, 2012).

De acordo com Lima (2014), a municipalização e os arranjos político-administrativos-econômicos para tal foram a prioridade da gestão municipal nos anos de 1991 a 2001²⁹. A agenda municipal, assim como as discussões pautadas nas Conferências Municipais (I, II, III, IV, V, VI) desta década, ocupava-se da organização interna da SMS; do processo de municipalização da saúde que envolvia também a transferência das unidades de saúde federais para a gestão municipal. Os debates acerca da atenção básica não eram centrais e foram abordados de modo pontual e incipiente nos relatórios das conferências municipais (Lima, 2014).

O processo de municipalização das unidades de saúde federais, na cidade do Rio de Janeiro, representou um grande desafio para a gestão municipal, seja do ponto de vista do financiamento, seja no que diz respeito às mudanças de modelo político-gerenciais. Havia uma forte pressão e indução do governo federal para que o processo de municipalização ocorresse. Entretanto, a crise política e financeira enfrentada pela cidade do Rio de Janeiro no final dos anos de 1980 e início dos anos de 1990 tornava o processo de transferência das unidades federais para o município ainda mais difícil e oneroso. Os conflitos políticos entre os entes governamentais (exacerbados com o processo de fusão entre o Estado da Guanabara e o Estado do Rio de Janeiro), a organização da atenção à saúde num modelo fragmentado, com lógicas diferenciadas de funcionamento, como referidos anteriormente, traziam dificuldades a serem enfrentadas.

Até o final dessa década, o funcionamento da atenção básica do município continuou a acontecer através de uma oferta de serviços básicos, com ênfase nos programas de saúde do Ministério da Saúde, com a realização de alguns tipos de ações básicas (consultas básicas, imunizações, distribuição de medicamentos relacionados aos programas). Ainda que houvesse certa organização territorial desses serviços em 'áreas programáticas', vale ressaltar que eles eram insuficientes para o atendimento da população, além de serem desigualmente distribuídos e com limitada capacidade de resolução dos problemas de saúde da população devido à baixa integração com outros serviços de saúde existentes no município (LIMA, 2014; SORANZ,PINTO;PENNA, 2016).

29 Ronaldo Luiz Gazolla, secretário de saúde que assumiu a SMS durante 10 anos (1991-2001).

Contudo, algumas iniciativas foram importantes no esboço porvir de um desenho de AB de saúde pela lógica territorial, são elas: formulação das áreas programáticas de saúde (AP) e a criação das Coordenações das Áreas Programáticas (CAP) com vistas à descentralização administrativa do sistema municipal. Porém, Lima (2014) ressalta que essa lógica de organização do sistema de saúde, com a criação de coordenações em cada Área Programática, suscitou uma série de conflitos entre os coordenadores e os diretores dos hospitais (vinculados a diferentes esferas de governo) que estavam inseridos nos territórios.

[...]Para além das dificuldades apresentadas pelos hospitais em se adequar a um modelo territorial e com a perspectiva de formação de uma rede, no final dos anos 1990 e início dos anos 2000 se expressaram também conflitos relacionados à problemas advindos da municipalização de hospitais federais que colocavam as direções dessas unidades de saúde sob organização e legislação municipal, situação que gerou desconfortos e muitos problemas para a gestão (p.137).

Outra iniciativa foi a organização da Superintendência de Saúde Coletiva como tentativa de estruturação da atenção básica, ainda que sob a ótica dos programas de saúde que eram valorizados pelos gestores da época e estavam bem estruturados no interior da secretaria de saúde. Como parte do processo de municipalização, há também a transferência dos Postos de Atendimento Médico (PAM), iniciado em 1995, que significou no cenário da cidade um aumento na capacidade assistencial da atenção básica, pois tais unidades, além de ofertarem serviços médicos especializados, também realizavam um atendimento básico em saúde, antes encontrado somente no CMS, UACPS e postos de saúde. Contudo, esta ampliação pontual dos serviços de atenção básica, com a transferência dos PAM, reforçava uma lógica assistencial ambulatorial, sem referenciação e pouco afeita à responsabilização pelo acesso aos demais níveis de atenção.

É importante lembrar que os anos 90 foram o momento em que se iniciou a implantação do PSF nos municípios brasileiros, principalmente nos municípios de pequeno e médio porte. As grandes cidades desde então têm enfrentado importantes desafios para a implantação desse programa, seja no que diz respeito à densidade populacional seja no que se refere ao financiamento e à violência nos territórios, fatores que impediriam a lotação e fixação de profissionais, principalmente do profissional médico.

Poucas foram as equipes implantadas no município na década de 1990. A primeira equipe foi implantada em 1995 na Ilha de Paquetá e operava de modo experimental e sob uma lógica de mais um programa verticalizado do Ministério da Saúde, voltado para as populações de risco. A segunda experiência com o trabalho na lógica da modelo saúde da família foi na Comunidade da Maré, com a implantação do trabalho dos agentes comunitários de saúde (ACS) nos Centros Integrados de Educação Pública (CIEP).

Seguiu-se a esta experiência o trabalho dos agentes comunitários de saúde na Comunidade do Vigário Geral que, assim como a experiência do Projeto Maré, não seguia as orientações do Ministério da Saúde para a implantação do PACS. As poucas equipes implantadas³⁰ trabalhavam de forma desarticulada das demais unidades da atenção básica e até mesmo com o trabalho dos agentes comunitários de saúde, que ocorria em algumas comunidades do município. Distantes, portanto, da lógica territorial prevista pelo SUS como organizadora do sistema e, como o primeiro contato (porta de entrada) para viabilizar o acesso aos demais níveis de atenção.

Na Maré e em Vigário Geral, a administração desses trabalhos foi realizada de modo terceirizado pelas Associações de Moradores (AS) desses locais, através de acordo com a SMS/RJ. Estas experiências de terceirização mostraram-se ineficazes e trouxeram mais problemas como as relações insustentáveis com organismos civis para a implantação de equipes de saúde da família nos territórios (a corrupção das Associações de Moradores, algumas dominadas pelo tráfico, o não repasse do dinheiro para aos profissionais e em alguns lugares as unidades ficavam degradadas).

O que podemos inferir nesta década (1991-2000), no que diz respeito ao desenho da saúde e da AB/ESF no município, é a prevalência em investimentos na defesa de um modelo de atenção à saúde voltada para o cuidado hospitalar e na lógica de uma AB programática. Lógicas estas que produziam engessamentos, exclusões (dos usuários cujas necessidades de saúde não se enquadravam nos

³⁰ Segundo Cazelli (2003); Lima(2014) no período de 1995 a 1999 6 ESF e ACS foram implantadas no município do RJ (Paquetá; Comunidade do Borel (AP2.2); Comunidade do Canal do Anil (AP4.0); Comunidade do Royal (AP3.1); Vila Canoas (AP 2.1) e Vilar Carioca (AP 5.2).

programas ofertados) e desassistência, acirrando as tensões entre os profissionais dos hospitais e da rede da AB (PAM; CMS) e entre estes últimos com o PSF.

A este contexto de tensões internas crescentes e intensas disputas entre os entes federativos agrega-se a arraigada cultura hospitalar com altos investimentos nesse nível de atenção em detrimento da atenção básica, os problemas orçamentários advindos do processo de municipalização³¹ das unidades federais que inviabilizavam financeiramente a adoção e os investimentos nas equipes de saúde da família e/ou na atenção básica, as complexidades inerentes aos grandes centros urbanos, problemas relacionados à escassez e remuneração dos recursos humanos, e, por último, os problemas com as terceirizações por meio de ONGs e associações de moradores (CAMPOS, COHN, BRANDÃO, 2016).

Na década seguinte, nos anos 2000, destacamos a passagem de 5 meses de Sérgio Arouca (2001) como secretário municipal do Rio de Janeiro, protagonizando uma tentativa radical de incrementar um projeto de expansão massiva das equipes de Saúde da Família em áreas prioritárias no Município, e a intervenção federal no município (2005).

2.1.6.1. Sopros de Utopia

A passagem de poucos meses de Sergio Arouca na SMS (2001) nos chama atenção pela radicalidade de sua proposta no que diz respeito à mudança do modelo de saúde vigente no município do RJ e por entendermos que a RCAPS (2009), mesmo com algumas diferenças político-temporais-institucionais, teve seu solo arado na coragem desta proposição de Arouca e sua equipe. Proposição abortada em função dos interesses e circunstâncias políticos institucionais deste período.

Sergio Arouca, médico sanitarista, com importante trajetória política na Saúde Pública brasileira, é nomeado para a SMS em 2001. Desde o início afirma

³¹Unidades municipalizadas de 1995 a 2000 de acordo com o Relatório de Inspeção Ordinária/Unidades de saúde do Tribunal de Contas Municipal do Rio de Janeiro: 1995- 15 PAM e 4 Maternidades; 1996- 1 Hospital Psiquiátrico Federal; 1999- 2 hospitais Federais; 2000- 6 unidades de saúde federais. (Lima, 2014, p.91)

uma atitude inovadora e subversiva. Toma posse do cargo de Secretário Municipal de Saúde no Conselho Municipal de Saúde, o que simbolizava seu compromisso de sanitarista com a participação popular³². Sua nomeação para a SMS, no governo do Prefeito César Maia, foi precedida por intensas disputas políticas nos âmbitos externo e interno.

Pressões externas, principalmente as advindas do Partido Popular Socialista (PPS), partido no qual militava Sergio Arouca, que o indicava para representá-lo na atual gestão da Prefeitura. A SMS era identificada, neste contexto, como instância estratégica para Sergio Arouca pôr em prática o projeto político para a saúde, formulado por alguns dos membros desse partido. No âmbito interno, as resistências se davam em face às institucionalidades que se conformaram nos anos anteriores e à clara perspectiva de mudança do modelo de saúde vigente na proposição do novo gestor, de alteração do modelo posto até então, centrado no hospital, tanto do ponto de vista dos investimentos alocados quanto do ponto de vista da produção de saúde.

Arouca e sua equipe defendiam a tese de que, para a superação do modelo de atenção vigente, era necessária a compreensão da atenção básica como nível assistencial estratégico dentro de uma rede articulada. Estratégico tanto no que se refere às possibilidades de aumento no acesso aos serviços de saúde, como nas mudanças de práticas e na oferta de um cuidado integral e construído a partir das necessidades da população. É nesse contexto que nasce a proposta de expansão massiva das equipes de saúde da família no município do Rio de Janeiro. Proposta esta que, apesar de não ter sido executada, marcou a trajetória da atenção básica do município.

De acordo com Lima (2014), no projeto “A implantação da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro: um desafio para o Sistema Único de Saúde nas grandes cidades”, Arouca e sua equipe lançam as bases para a proposta de transformação do modelo de saúde vigente no município. O objetivo desse projeto era:

³² Segundo Lima (2014), na posse, Sergio Arouca apresentou José Gomes Temporão (que veio a ser Ministro da Saúde no período de 2007 a 2010), como Subsecretário de Saúde, e Lucia Souto como subsecretária da nova instância que seria criada naquela gestão -Subsecretaria de Cidadania e Qualidade de Vida - responsável pelos Programas Saúde da Família, Violência não/Segurança Participativa e Cidade Saudável.

Implantar a Estratégia Saúde da Família na cidade do Rio de Janeiro, com cobertura total nas comunidades de alto risco social (favelas, loteamentos irregulares e conjuntos habitacionais de baixa renda) e cobertura de mais de 60% nas populações urbanas desassistidas atualmente, reorganizando o Sistema Único de Saúde”. (Lima,p.104 apud SMS, 2001, p. 21)

A execução do projeto seria feita por meio da implantação de 610 equipes de saúde da família. A ESF possibilitava a mudança radical do modelo de saúde, rompendo com uma saúde compartimentalizada, baseada num modelo biomédico e requerendo,para isso, uma ampliação massiva de cobertura. Nesta ampliação defendida pelo projeto, incluía-se a preocupação com a parcela da população social e economicamente mais vulnerável. “De acordo com o projeto, o maior número de equipes seria implantado na Zona Oeste (AP 5.1, AP 5.2 e AP 5.3), área que apresentava altos índices de morbimortalidade e baixa concentração de serviços de saúde” (Lima, 2014, p.104).

A base do Projeto era a construção de ações intersetoriais junto aos órgãos públicos, colegiados existentes e distritos sanitários visando romper com a fragmentação das ações de saúde e dos programas ofertados. Isto se explicita na proposta a seguir:

Dessa forma a Estratégia Saúde da Família deverá ser integrada aos Programas da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro: Favela Bairro, Bairro, Saneamento da Zona Oeste e demais programas de governo, de modo que os esforços de intervenção urbana e de mobilização comunitária contemplem ações promotoras de saúde. Será um canal para a implantação de outros programas prioritários como o combate à violência, à proteção ao parto e ao nascimento, o combate ao uso das drogas, os programas de reabilitação de deficientes, os cuidados com os idosos, etc. Deverá está adaptado às diferenças existentes na cidade, como por exemplo, entre a Rocinha e a Zona Oeste, adaptando equipes e modos de procedimentos; isso significa a integração de outros profissionais, sejam ou não da área da saúde, conforme as necessidades apontadas, por exemplo, professor de educação física em áreas com grande número de diabéticos ou hipertensos, sociólogos em áreas de grande violência, cuidadores de idosos etc. (SMS,2001, apud Lima, 2014, p. 105).

Como falamos anteriormente, um dos problemas enfrentados na implantação da ESF em cidades de grande porte, como o Rio de Janeiro, estava relacionado aos baixos investimentos na atenção básica e à questão da violência nas grandes cidades. Para o enfrentamento deste desafio, o projeto sinalizava a necessidade de alterações na Norma Operacional de Assistência à Saúde de 2001 (NOAS 2001), no quesito financiamento, visto que deveria ser considerada a complexidade dos grandes centros urbanos.

De acordo com esse projeto, três eram os critérios de escolha para a implantação das equipes de saúde da família: áreas de maior risco social (segundo os critérios dos indicadores de Desenvolvimento Humano e Condições de Vida processados pelo PNUD/IPEA/Prefeitura do Rio de Janeiro); dados epidemiológicos (segundo os indicadores de saúde publicados pela Secretaria Municipal de Saúde que apontam para as áreas de maior risco sanitário); organização social (áreas e zonas territoriais onde exista organização comunitária local e/ou Conselho Distrital) (SMS, 2001, p.21).

Levando em consideração as experiências anteriores mal sucedidas, com ONGs, cooperativas e associação de moradores, com relação à contratação de profissionais para as equipes de saúde da família, a equipe gestora de Arouca propõe como melhor alternativa “a contratação através do cargo efetivo mediante três modalidades: recrutamento de profissionais que já atuavam na atenção básica, utilização de bancos de concurso e realização do concurso público (Lima,2014, p.108 apud SMS, 2001).

Esta proposição adensa as tensões entre o Prefeito, os partidários do modelo afirmado até então, Arouca e sua equipe, pois ia de encontro à lógica do governo municipal vigente que, desde a gestão passada, utilizava a contratação por meio das terceirizações como política para enfrentar o problema relacionado à insuficiência de recursos humanos no sistema de saúde municipal, agravado com o processo de municipalização dos hospitais federais e o ajuste fiscal.

Segundo Lima (2014), outras questões do projeto que aumentavam à fervura deste caldeirão diziam respeito à proposição de autonomia do secretário de saúde para gerir a totalidade dos recursos da saúde e a descentralização administrativa e orçamentária das Coordenações das Áreas Programáticas, o que também ia de encontro à atuação centralizadora da gestão municipal. A

descentralização do poder decisório e financeiro para as coordenações de área estaria vinculada à discussão acerca da transformação do modelo de atenção em saúde, visto que se tratava de uma proposta que tinha no seu bojo a perspectiva da articulação das áreas de planejamento e das suas unidades, assim como a ativa participação das coordenações de área no processo de construção de uma rede de serviços de saúde.

Estas ideias não dialogavam com a linha política traçada pela Prefeitura do Rio de Janeiro, portanto, iam na contramão da política posta para o município, e afetavam diretamente o complexo industrial hospitalar que seguia com grande força na saúde municipal. Além disso, enfrentavam a oposição de setores da Classe Médica à universalização da assistência via APS.

Neste jogo de forças, sem apoio do Prefeito e de parte dos trabalhadores de saúde da SMS, escassez de recursos e centralização da gestão municipal, Sérgio Arouca sai do cargo de Secretário Municipal de Saúde. Ainda em 2001, a Secretaria Municipal de Saúde foi assumida pelo empresário Ronaldo Cezar Coelho (2001-2006).

2.1.6.2. A Volta do que não Partiu

A nova gestão de Ronaldo César Coelho deu seguimento à linha política vigente no município, em maior sintonia com o Prefeito César Maia (2001-2008), em contraste com os conflitos políticos que haviam marcado a gestão do secretário Sérgio Arouca. Uma das propostas apontadas por essa gestão foi a descentralização administrativa e orçamentária das coordenações das áreas programáticas, além de uma rede de saúde articulada. Esta proposição não vingou em função da linha política de centralização adotada pela gestão central para a resolução dos problemas político-orçamentários, principalmente após a intervenção federal do Ministério da Saúde na cidade do Rio de Janeiro (2005), acontecimento que inibiu ainda mais as iniciativas de descentralização.

Nesse período (2001 à 2006), são intensificadas as dificuldades e os desafios advindos do processo de municipalização da saúde, referentes ao enfrentamento dos problemas com o financiamento e com a administração das unidades federais

municipalizadas. E um dos principais problemas estava relacionado com a reposição e a manutenção de profissionais nos serviços de saúde. O orçamento municipal sofria com custos onerosos dos grandes hospitais, com os esquemas corruptos de desvio de dinheiro no setor saúde, e ainda com a problemática que envolvia os recursos humanos, pois a maioria dos servidores federais que foram transferidos para o município estava se aposentando.

No âmbito da atenção básica, o projeto de reestruturação do sistema de saúde indicava a Estratégia Saúde da Família como elemento estratégico. A organização da atenção básica no município nesse momento se constituía de centros municipais de saúde, postos de saúde e unidades de cuidados primários em saúde (UACPS). O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e as equipes de saúde da família foram aos poucos sendo inseridos em unidades básicas de saúde pré-existentes, como as UACPS e postos de saúde, transformando, não sem conflitos, o modo de trabalho dessas unidades. Há neste período uma extensão focalizada da ESF no município e a AB/ESF como organizadora da rede de atenção continua a fazer parte da agenda política de prioridades.

Em 2005, a intervenção federal do Ministério da Saúde na cidade do Rio de Janeiro rendeu desconfortos e disputas acirradas no âmbito da saúde. Como consequência desse processo, houve a perda da Gestão Plena do Sistema Municipal, posteriormente recuperada, refederalização de hospitais que haviam sido municipalizados e a federalização de hospitais historicamente administrados pelo município, situação considerada como inconstitucional pelos órgãos competentes, que intervieram para reverter o equívoco cometido no processo de intervenção³³.

De acordo com Alves e Machado (2008), desde o início dos anos 2000 a gestão municipal do Rio de Janeiro já enfrentava sérios problemas com a gestão dos hospitais federais que foram municipalizados a partir de 1999, tais como: filas para atendimento, precariedade nos serviços assistenciais, dificuldades de reposição de pessoal, greves de servidores, fechamento dos setores de urgência e emergências de grandes hospitais, falta de insumos e outros.

³³ De acordo com Lima (2014), a Prefeitura entrou com uma ação junto ao Supremo Tribunal Federal (STF), responsável pela mediação de conflitos federativos. O STF considerou inconstitucional a intervenção federal nos hospitais municipais e determinou o seu retorno à administração municipal.

Para o enfrentamento desses problemas, o Ministério da Saúde entre 2003 e início de 2005, lançou mão de ações pontuais e fragmentadas como: a implantação do Serviço Móvel de Urgência (SAMU), o estímulo à adesão de projetos e programas na atenção básica, o financiamento de bolsas de residências nas unidades municipalizadas, a manutenção do pagamento dos servidores e os investimentos em obras e equipamentos nessas unidades (Qualisus).

A não adesão do município a programas prioritários do governo federal – Programa de Apoio à Expansão da Saúde da Família, Programa de Agentes Comunitário de Saúde e Programa de Saúde Bucal – era considerada pelo MS como fator de incremento para a crise assistencial no município, visto que tais programas seriam fundamentais para diminuir as demandas nas urgências e emergências hospitalares.

Como política de indução para a implantação da Saúde da Família nos grandes centros, o MS lança nos anos 2000 o Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (PROESF), que visou apoiar, por meio de recursos financeiros, a expansão, a consolidação e a qualificação da Estratégia de Saúde da Família nos municípios com mais de 100 mil habitantes. Os objetivos centrais eram: incentivar a melhoria nos processos de trabalho e no desempenho dos serviços de saúde do país através da formação e capacitação profissional, além de desenvolver e aperfeiçoar a implantação de estratégias de monitoramento e avaliação.

As dificuldades de negociação entre o município e o governo inviabilizaram as possibilidades de acordo, o que culminou na publicação do Decreto Presidencial 5392 de março de 2005, que declarava estado de calamidade no setor hospitalar do Sistema Único de Saúde do município do Rio de Janeiro (Lima, 2014). A desabilitação do município da condição de Gestão Plena do Sistema Municipal e a intervenção federal em unidades historicamente municipais – o Hospital Municipal Souza Aguiar e o Hospital Municipal Miguel Couto – acirraram as tensões entre governo municipal e federal, e provocaram um fato jurídico inédito em meio aos conflitos políticos.

Em 2006, com a saída de Ronaldo Cezar Coelho, Jacob Klingerman assume a função de Secretário Municipal de Saúde. Essa gestão dá continuidade à estruturação e ao funcionamento do sistema municipal de saúde. Nesta conjuntura, o município segue com uma gestão sem transformações substanciais na

atenção básica e com um tímido aumento induzido pelo PROESF. De 2005 a 2009 registra-se: 57 ESF em 2005; 98 ESF em 2006; 119 ESF em 2007; 144 ESF em 2008 e 144 ESF em janeiro de 2009³⁴.

Neste breve percurso histórico acerca dos embates ético-políticos–institucionais, em meio ao qual a saúde pública, e mais especificamente a AB/ESF, se produziu no município do Rio de Janeiro, pudemos perceber que os desafios são inúmeros e nada triviais! Desafios que abarcam desde interesses político-partidários, subfinanciamentos, heranças histórico-subjetivas, até as culturas institucionais enraizadas nas estruturas sociais que, de algum modo, têm a função de dar continuidade a discursos e práticas corporativas e de interesses pessoais por agentes públicos.

Acreditamos ser importante exercitar uma escuta-atenta aos movimentos heterogêneos, às forças em embate e às singularidades que as lutas da atenção básica municipais enunciam. Qualificar os números é fundamental, modulá-los e interrogá-los nos possibilita entender que não é necessário construirmos nossas práticas na pressuposição de que o que iniciamos parte de uma terra homogeneamente arrasada. A proposição da ESF como um modelo a ser seguido pelos vários municípios brasileiros não pode desconsiderar as peculiaridades regionais, a singularidade dos arranjos territoriais em suas necessidades de saúde e a complexidade em lidar com um território marcado por tantas diferenças políticas, culturais e econômicas.

2.2. A Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS): Programa Sempre Presente no Município do Rio de Janeiro

No ano de 2009, o novo governo do Município do Rio de Janeiro³⁵ adota de modo extenso e radical a Saúde da Família como estratégia estruturante do seu sistema municipal de saúde. Ao reordenar o modelo de atenção visando maior racionalidade na utilização dos demais níveis assistenciais, tem-se produzido resultados positivos nos principais indicadores de saúde das populações assistidas

³⁴ Segundo dados cadastrados da Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica/ Ministério da Saúde, 2014b.

³⁵ Prefeito Eduardo Paes (2009-2012) reeleito no período de (2012-2016).

pelas equipes de saúde da família. Os avanços e retrocessos das experiências anteriores, ainda que os avanços sejam pouco visibilizados nos textos oficiais e discursos da nova equipe gestora, constituíram-se como matéria e bússola para o enfrentamento de marcas histórico-políticas e seus campos de tensões nos rumos da saúde no município.

Como expandir a ESF num município com uma rede básica constituída principalmente de serviços básicos tradicionais (CMS; PS; Unidades Mistas), com baixa oferta e desvinculados dos outros níveis de atenção? Como desconstruir e desnaturalizar a cultura hospitalocêntrica forte, na qual se ancorou a saúde no RJ? Como sustentar o vínculo e a continuidade do cuidado em seu caráter público, com uma estratégia de expansão alicerçada em regime de co-gestão com as OSs? Como lidar com o “financiamento público no limite mínimo constitucional estabelecido, por um lado, e, por outro, um crescimento histórico dos planos privados de saúde” (Soranz; Pinto; Penna, 2016, p.1328)?

Segundo a Agência Nacional de Saúde Suplementar, no início de 2009, mais da metade da população do município (3,1 milhões) era beneficiária de algum plano privado, revelando um SUS praticamente complementar ao sistema de saúde suplementar (BRASIL, 2015; SILVA, 2015). Soranz, Pinto e Penna (2016), ao discutirem o processo da RCAPS no Município do Rio de Janeiro, afirmam que em 2008 o município, entre todas as capitais do País, possuía conforme o Sistema de Orçamento Público em Saúde (SIOPS) o menor financiamento público municipal. O custeio da rede hospitalar consumia 83% de recursos próprios da SMS/RJ “consistindo em uma das maiores distorções na relação de gastos em saúde, entre as principais capitais do País, e também entre os países da OCDE³⁶ que gastam em média 37,7% nesta rede” (p.1331). Segundo dados da Secretaria de Atenção à Saúde/ Departamento de Atenção Básica (SAS/DAB), em dezembro deste mesmo ano a cobertura de Equipes completas de Saúde da Família na cidade era de 3,5% de sua população, a mais baixa entre as capitais brasileiras.

³⁶ Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Económico. É uma organização internacional, composta por 34 países e com sede em Paris, França. A OCDE tem por objetivo promover políticas que visem o desenvolvimento econômico e o bem-estar social de pessoas por todo o mundo. O combate à corrupção e à evasão fiscal faz parte da agenda da OCDE tendo já conseguido resultados otimistas em alguns países. O Brasil não é membro, mas tem a distinção de membro pleno com participação em algumas reuniões. <https://www.significados.com.br/ocde/>

A saúde, dita como uma das áreas prioritárias no governo do ex-prefeito Eduardo Paes, insere-se dentro de um projeto maior de cidade, que tem como característica principal sua própria financeirização: cidade-negócio, moderna, competitiva, ágil em capitanear empreendimentos (copa do mundo, olimpíadas) e mega-empreendimentos (Porto Maravilha, Transcarioca).

Nos documentos de planejamento da administração do município do Rio de Janeiro (2009 e 2013), no Plano Estratégico (2009-2012) e no Plano de Governo (2013-2016) é possível visibilizar uma gama de intervenções que objetivam práticas e modos de distribuição do espaço social que potencializam uma proposta de governo da cidade voltada para o mercado mundial. No prefácio do Plano Estratégico da Gestão Municipal intitulado Gestão de Alto Desempenho (2012), Eduardo Paes afirma:

Um dos grandes desafios de qualquer gestor público é garantir a maior eficiência possível na sua administração. Isto significa entregar um serviço no prazo estabelecido, no custo esperado e de boa qualidade à população. [...] Embora este conjunto de regras não constitua novidade para grandes empresas ou instituições de destaque, ele é pouco usual à boa parte da administração pública brasileira, que se pauta muitas vezes pela intuição do gestor ou por influência política.

A administração da Prefeitura do Rio de Janeiro que teve início em 2009 decidiu por outro caminho: se guiar pelas melhores práticas de gestão, absorvendo experiências de sucesso tanto no setor privado como na esfera pública. Isto se traduziu em tomar medidas estratégicas como a melhoria dos canais de comunicação da Prefeitura com a população, que permitiu entender as reais demandas da cidade e eleger prioridades. Ou no pagamento de bônus por desempenho para os servidores municipais, como se faz em muitas empresas de grande porte, melhorando a satisfação e a produtividade dos funcionários. (p.9)

Neste modo de gestão da cidade, o que se interpõe entre a Prefeitura e seus mega-empreendimentos não interessa, e é passível de **remoção** (expulsão velada da população de áreas pobres quando estas se tornam valorizadas pela especulação imobiliária, despejos e remoções forçadas das populações que “enfeiam a cidade” -usuários de crack e população de rua, por exemplo), de **invisibilização** (aumento do custo de vida e seus efeitos nos diferentes modos de viver) e de **administração** (espaço livre de conflitos- ‘consenso’ urbano – no qual as questões que se colocam em debate são preteridas em prol de um interesse

capitaneado em ações combinadas entre governo local, atores hegemônicos com interesses localizados e organismos multilaterais voltados à produtividade e competitividade urbanas)(Oliveira,2015).

Alto desempenho, produtividade (pay for performance³⁷), eficiência, eficácia e agilidade são signos políticos discursivos contemporâneos, alardeados como ardil, para justificar as disputas pelos fundos públicos na priorização de uma lógica de mercado em detrimento da ótica pública dos direitos. As terceirizações são parte deste processo e, em acordo com Oliveira (2015), a RCAPS não escapa deste modelo.

A partir da premissa da ineficiência do Estado, é colocada em prática uma reforma gerencial, voltada para o controle dos resultados e à produtividade do serviço público. Dessa forma, transferem-se para o setor privado as atividades que podem ser controladas pelo mercado e, para o setor público não-estatal, os serviços que não envolvem o exercício do poder de Estado, como a saúde. Esse é o movimento chamado de publicização, ou seja, transferência das responsabilidades, que antes eram designadas ao Estado, para a chamada “sociedade civil”. Seguindo-se, portanto, as recomendações dos organismos internacionais – em especial do Banco Mundial –, tem-se um duplo processo: a transferência de responsabilidades do Estado para organizações sociais, ou da sociedade civil e, por outro lado, a crescente mercantilização nas prestações das necessidades sociais (p.43)

A Lei Municipal nº 5.026/2009, que dispõe sobre a qualificação de OS pelo Poder Executivo, subsidia a expansão da ESF no município em regime de parceria com as OSs na gestão de funções relativas à prestação de serviços em saúde. Frente às novas condições legais, financeiras e políticas, no governo do prefeito Eduardo Paes, deu-se início à Reforma dos Cuidados em Atenção Primária à Saúde (RCAPS).

³⁷ De acordo com Pisco; Soranz: “Em 1994, começou na Austrália uma nova forma de pagamento, ao incluir um incentivo para o desempenho, que se estendeu ao Canadá, EUA, Nova Zelândia e Reino Unido entre outros países. Trata-se de um incentivo para a qualidade, para fazer determinadas coisas como se espera que elas se façam, não sendo já simplesmente o pagamento por acto, mas um acto feito de acordo com certas normas. Com este pagamento por desempenho, que combina qualidade e quantidade, promove-se que determinadas actividades seleccionadas sejam feitas como se considera mais conveniente (p.5).

A expansão da ESF no município do Rio de Janeiro tem uma peculiaridade com relação aos outros municípios brasileiros, qual seja: 99% da gestão de equipes da ESF são realizadas por OSs. Segundo Castro (2015), no resto do Brasil 88% dos estabelecimentos de atenção primária são de administração estatal direta. Este dado é bem elucidativo de um cenário de inversão do previsto pela Lei nº 8080/90, que determina a participação complementar do sistema privado. O modo de governança e o suporte administrativo seguem os Planos Municipais de Saúde a partir de 2009, em que o modelo de gestão teve como foco instrumentos de planejamento e rigoroso acompanhamento de metas, sustentado sob forte disciplina de execução e meritocracia (OLIVEIRA, 2015).

Os princípios da APS (AB no Brasil) que embasaram a organização dos serviços de atenção básica no município do Rio de Janeiro, em especial no que se refere à mudança e qualificação da porta de entrada preferencial do sistema de saúde, são explicitados de acordo com Harzheim, Lima e Hauser (2013), nos princípios do Relatório Mundial de Saúde 2008:

A mudança do ponto de entrada no sistema de saúde, de hospitais e especialistas para cuidados ambulatoriais primários, cria as condições para uma maior abrangência, continuidade e orientação para a pessoa, o que amplia os benefícios da mudança, particularmente em situações em que os serviços estão organizados como uma rede densa de pontos de prestação de serviços, próximos dos potenciais usuários. Isto facilita o estabelecimento de equipes suficientemente pequenas para conhecerem as suas comunidades e para serem conhecidas por elas, e suficientemente estáveis para com elas estabelecerem um relacionamento duradouro. (p.9)

2.2.1. Da Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS)

No ano de 2009, especificamente a partir de maio, a Secretaria Municipal de Saúde/ RJ iniciou o projeto nomeado como: Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS)³⁸. O Projeto integrava o programa *Saúde Presente*³⁹, tendo como diretrizes fundamentais: a territorialização, ampliação, qualificação e a garantia do acesso aos serviços de saúde pública.

³⁸ SORANZ,PENNA, PINTO, 2016, p.138.

³⁹ <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeConteudo?id=162538>

As diretrizes do programa Saúde Presente consistem na implantação dos Territórios Integrados de Atenção à Saúde (TEIAS), tendo como eixo fundamental para sua organização a expansão do Saúde da Família no município do Rio de Janeiro, através da implantação das Clínicas da Família nas quais cada equipe de saúde da família será responsável pelo cuidado em saúde de 4 mil pessoas. Além das Clínicas da Família, os territórios oferecerão serviços de Policlínica, Centro de Especialidade Odontológica e Centro de Atenção Psicossocial. As unidades que compõem o Programa Saúde Presente são: Clínicas da Família, Centros Municipais de Saúde (CMS); Policlínicas, Centros de Especialidades Odontológicas, CAPS- Centros de Atenção Psicossocial (CAPS, CAPSad e CAPSi), Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA), Hospitais e Maternidades, Coordenações Regionais de Emergência (CER).

A escolha pela expansão da AB também marcava a capilarização do acesso e a descentralização dos equipamentos (SAFFER, 2017, p.43). Entre os serviços da rede primária, a Estratégia de Saúde da Família foi o modelo de atenção priorizada para promover a expansão, ou seja, para a efetivação do que se propunha como Reforma da Atenção Primária. A escolha da expansão da AB, através da ampliação dos serviços da Estratégia de Saúde da Família, foi justificada a partir das experiências exitosas realizadas em diversas cidades brasileiras e do mundo (Portugal, Inglaterra), pelo co-funcionamento federal⁴⁰ e pelas características do trabalho desenvolvido. Entre os atributos da ESF, destaca-se: a promoção de acesso diferenciado no território, a intersectorialidade, a universalidade, a equidade e a integralidade, que são os princípios que fundamentam o Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Entre as propostas do Projeto Saúde Presente, destacamos⁴¹:

O Saúde Presente permitirá que toda a população da região tenha cobertura de Saúde da Família, novas unidades de saúde serão construídas e as já existentes passarão por reformas. O horário de funcionamento das unidades será ampliado. Com o Saúde da Família, será possível melhorar os indicadores de mortalidade materno-infantil e a qualidade de vida da população da região, além de reduzir custos hospitalares, na medida em que aumentará a

⁴⁰ Segundo dados do Plano Estratégico da Prefeitura Municipal do Rio de Janeiro para o período de 2009 a 2012, o aporte do Governo Federal era previsto em R\$202 MM para custeio das Clínicas da Família, o investimento do município seria da ordem de 52 milhões. http://www.riocomovamos.org.br/arq/planejamento_estrategico.pdf.

⁴¹ <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeConteudo?id=162538>

medicina preventiva reduzindo internações, consultas e exames. Para isso, mais de dois mil profissionais atuarão na região. (2009)

O projeto da RCAPS apresentava uma meta inicial de expansão de 35% de cobertura de ESF até o ano de 2012 (SORANZ, PINTO; PENNA,2016), quando finalizaria a gestão do Prefeito Eduardo Paes. De acordo com o Plano Estratégico da Prefeitura para o período de 2009-2013, a meta era ampliar dez vezes a cobertura populacional da Estratégia de Saúde da Família no município. No final desse período, o prefeito foi reeleito e manteve os projetos de governo em relação à saúde, assim como a equipe responsável em executá-lo. A aposta e o apoio do gestor central neste projeto marca, quando vemos a história político institucional do município, um diferencial importante.

O planejamento estratégico inicial (2009-2012) para realização da RCAPS foi organizado a partir de algumas mudanças que obedeciam a quatro eixos: mudanças organizacionais e administrativas; ampliação do acesso; governação clínica e gestão do conhecimento; sustentabilidade e desenvolvimento. A tradução destes eixos em operacionalização foi realizada e se mostraram, de acordo com o ex-secretário de saúde Daniel Soranz⁴², fundamentais e condicionantes, para colocar a “APS no assento do condutor”(SORANZ; PINTO; PENNA, 2016,p.1329) da atenção em saúde. A segunda fase (2013-2015) destaca os eixos de coordenação do cuidado e *Accountability*, a resposta “em tempo e a hora”, e “todos pelo SUS”. (p.1329/30).

Entre estes eixos destacamos: a governança da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) na mudança da estrutura organizacional⁴³, horizontalizando o organograma da Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde(SUBPAV), o que possibilitou colocar a Atenção Primária como principal ordenadora da organização da rede de saúde na Cidade. A nova subsecretaria (SUBPAV) também passou a contar com recursos orçamentários independentes, saindo de um grande plano de trabalho geral, o que facilitou também a descentralização orçamentária

⁴² Daniel Soranz foi Secretário de Saúde do município do RJ de 2014-2016 e subsecretário de Atenção Primária, Vigilância no município de 2009-2014.

⁴³ Para visualização do organograma da Secretaria Municipal de Saúde RJ em 2009 ver : [http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/e9589b9aabd9cac8032564fe0065abb4/225455ea70e4af7c83257822006948e0/\\$FILE/11%C2%BA_E_Lei_5247_11_Anexo_X_Organograma.pdf](http://mail.camara.rj.gov.br/APL/Legislativos/contlei.nsf/e9589b9aabd9cac8032564fe0065abb4/225455ea70e4af7c83257822006948e0/$FILE/11%C2%BA_E_Lei_5247_11_Anexo_X_Organograma.pdf). Para a comparação do organograma anterior e posterior a 2009 ver Soranz(2016, p.1332).

para as dez Coordenações de Área de Planejamento que operam a rede de serviços de atenção primária.

Outro destaque diz respeito à divisão da Subsecretaria de Ações e Serviços de Saúde (SUBASS) em duas novas subsecretarias (Subsecretaria de Defesa Civil) (SUBDC) e a Subsecretaria de Atenção Hospitalar, Urgência e Emergência (SUBHUE). Esta medida evidenciou a divisão orçamentária dos gastos entre os diferentes níveis de atenção e permitiu o planejamento das despesas, separando as diferentes características de prestação de serviços de cada nível de atenção. Outra mudança estrutural importante foi a definição da Superintendência de Atenção Primária como responsável por elaborar as linhas de cuidados e programas especiais, anteriormente espelhadas em diversos setores (SORANZ;PINTO;PENNA,2016). Isto possibilitou a contenção e a substituição da ótica programática tão presente nos rumos históricos da AB no município, ampliando o acesso e a integralidade do cuidado.

Estas mudanças estruturais davam legitimidade e possibilitavam a transparência e a visibilização dos aportes orçamentários nos diferentes níveis de assistência, descentralizando os recursos entre as diversas unidades orçamentárias diretamente, para que as áreas programáticas (APs) pudessem executá-los. Aumentou, também, a capacidade de planejamento e de transparência na execução dos recursos e o poder decisório para fazer frente ou ao menos dificultar “a capacidade da mídia e do lobby da indústria de procedimentos em consumir o recurso destinado à atenção primária” (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016, p. 1331).

Outro ponto destacado pelo ex-secretário de saúde Daniel Soranz (2016) foi a aprovação de um novo modelo organizacional de co-gestão público-privado, inspirado no Plano Diretor da Reforma do Aparelho de Estado (PDRAE) de 1990, que nos referimos anteriormente, no qual se tem o apoio à gestão das Organizações Sociais (OSs) para a saúde. Esta co-gestão, aprovada pela Câmara de Vereadores da Cidade, em abril de 2009, viabilizava a redução dos tempos de compra de material permanente e de consumo, assim como da contratação dos profissionais das Equipes de Saúde da Família por CLT, eliminando-se os vínculos precários existentes e o tempo de realização dos processos seletivos de pessoal. Esta medida buscou fazer frente ao déficit de profissionais oriundo, por um lado, da opção política

neoliberal dos governos anteriores e da atual de não realização de concursos públicos como ardil de não onerar a folha de pessoal do município e, de outro lado, pela agilidade necessária de absorção de profissionais para realização das metas de expansão da ESF no município.

Como vimos anteriormente, o ardil para a terceirização nesta reforma de estado, proposta no PDRAE nos anos 1990, justificou-se e comparece no discurso dos gestores da RCAPS pelas vantagens de flexibilização institucional na organização gerencial, possibilitada pelas OSs e favorecendo uma gestão para resultados (pay for performance) e novas formas de controle, fiscalização, responsabilização, ou ainda prestação de contas (Accountability).

As discussões que realizamos no capítulo I sobre a financeirização da saúde e o papel do Estado na abertura de canais à privatização, ampliando novos mercados da saúde Bahia (2014); Lavinás(2015) e Lazzarato(2011), nos ajudam a entender o que Oliveira (2015) denomina de “chantagem indireta aos trabalhadores” (p.46):

Quando há realização de concurso público, o mesmo se dá sob condições extremamente insatisfatórias, constituindo-se enquanto uma chantagem indireta aos profissionais, no sentido de desestimulá-los ao serviço público, obrigando-os, de certa forma, a “optar” pelo contrato no setor privado. Um exemplo disso foi a realização de um concurso público, em 2011, para a contratação de 1.700 médicos e 880 auxiliares de enfermagem. A remuneração máxima era de R\$1.504,86 para o cargo de médico, enquanto que, no mesmo ano, a Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil celebrou contrato com OS atuantes na capital fluminense, contratando 80 médicos para as Clínicas da Família, além de formação de cadastro de reserva, com vencimentos podendo chegar a R\$15 mil (salário-base de R\$7.500, mais gratificações específicas), para carga horária de 40 horas semanais. A contratação foi realizada via análise curricular e entrevista, sem aplicação de provas. Ou seja, fica evidente que a contratação de servidores públicos, feita através de concurso público, sob o Regime Jurídico Único, com estabilidade de emprego e maiores garantias de direitos, não tem sido valorizada (p.46).

A RCAPS foi estruturada a partir de quatro atributos, são eles: o acesso e a prestação de serviços de primeiro contato; a assunção de responsabilidade

longitudinal pelo paciente (continuidade da relação clínico-paciente, ao longo da vida independente da ausência ou presença de doença); a garantia de cuidado integral a partir da consideração dos âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação das equipes de saúde e a coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

A ampliação do acesso dos usuários aos cuidados em saúde se faz pelo aumento das equipes de saúde da família – de 163 ESF em 2008 para 860 ESF e 346 Equipes de Saúde Bucal (ESB) em 2015 – e pelo aumento de 535,4% do número de procedimentos ambulatoriais entre 2009 e 2013. No período de 2009 a 2015, temos 732 novas ESF e 285 ESB nas 76 Clínicas da Família implantadas. Um dos dispositivos criados para a qualificação do acesso foi a de “carteira e serviços da atenção básica”, que padroniza os procedimentos e ações de saúde para todas as unidades (em 2010).

Visando a vinculação e o cuidado longitudinal, no ano seguinte foram implantados os prontuários eletrônicos e em 2012 os médicos da família se tornam responsáveis técnicos pela regulação para outros níveis do SUS pelo Sistema de Regulação (SISREG). A partir do período em que a APS assumiu essa regulação da parte ambulatorial, a oferta de consultas e exames mais que dobrou, aumentando de 36.000 no ano de 2008 para 980.761 em 2013 (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016; HARZHEIM, 2013).

O monitoramento dessa carteira de serviços permite avaliar o desempenho de cada uma das unidades tipo A (que possuem apenas a Estratégia de Saúde da Família implantada) e tipo B (que possuem Saúde da Família e o modelo tradicional com outras especialidades). Todos os profissionais e equipes de Saúde da Família em cada unidade possuem incentivos financeiros extras que permitem auferir um 14º salário, caso sejam atingidas metas bem definidas. Um dos indicadores mais importantes, que mede a longitudinalidade da atenção, refere-se ao percentual de consultas realizadas pelo próprio médico de família. A meta esperada fica entre 80% e 90%. Um elemento importante na reforma do modelo de atenção é a incorporação de dois Programas de Residências: um em Medicina de Família e outro de

Enfermagem de Saúde da Família, cujo desenvolvimento, avaliação e certificação são da própria SMS (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Esta expansão trouxe inegavelmente avanços expressivos para a saúde do município e sua população. Contudo, sofre críticas quanto aos aspectos qualitativos do serviço ofertado, pois os indicadores e as metas são fundamentalmente gerenciais e quantitativos. Essas críticas também existem no que se refere a real eficiência da transferência da gestão para o setor privado (Souza; Miranda, 2017; Oliveira, 2015) e à pouca transparência da aplicação do setor privado no SUS (LIMA; BRAVO, 2015). Esta última crítica é comumente realizada por movimentos sociais.

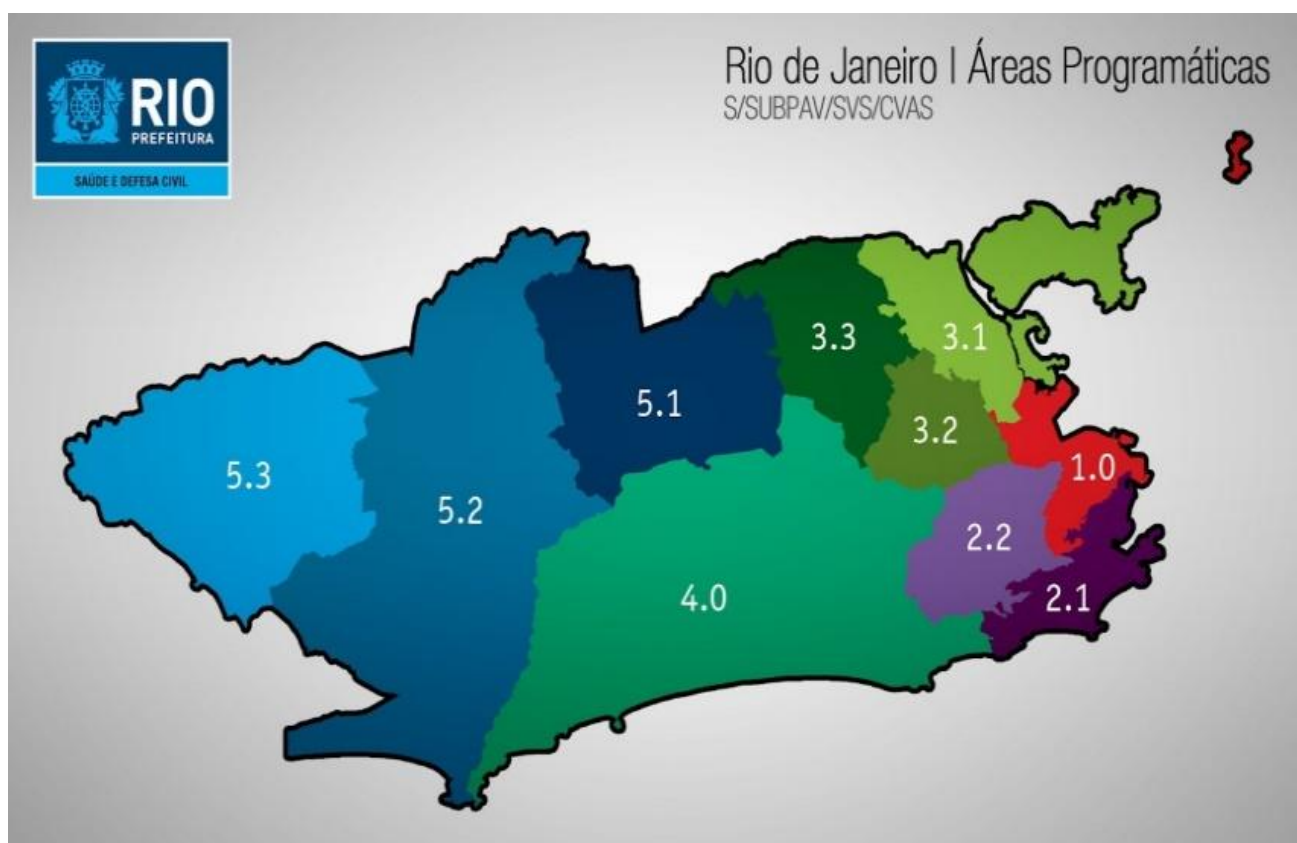
O controle dos contratos celebrados entre o município e as OSs é de dois tipos: internos, pela Comissão Técnica de Avaliação (CTA⁴⁴), de responsabilidade da prefeitura; e externo, pelo Ministério Público e Tribunal de Contas do Município (TCM). De acordo com Souza e Miranda (2017), nota-se negligência por parte da CTA quanto às recomendações e apontamentos realizados pelo TCM, os quais denunciam, de modo geral, violações de direitos trabalhistas, utilização de recursos para despesas alheias ao objeto do contrato, descumprimento das cláusulas contratuais, repasse de dados falsos à Receita Federal, falsidade de pessoa jurídica, entre outros (LIMA; BRAVO, 2015; SILVA, 2015). O orçamento destinado ao setor sofre grande aumento a partir de 2009, passando de R\$ 2,06 bilhões em 2009 para R\$ 4,6 bilhões em 2013. O rigoroso acompanhamento de metas aprofunda a vigilância e controle do trabalhador, sendo este regime identificado como razão da alta rotatividade de profissionais, interferindo de forma negativa na prestação dos serviços (OLIVEIRA, 2015).

2.2.2. Divisão Territorial por Áreas Programáticas e Clínicas da Família (CF)

A cidade do Rio de Janeiro está dividida em 160 bairros que estão distribuídos pela Secretaria Municipal de Saúde em 10 Áreas Programáticas (AP). Todas dispõem de cobertura da ESF. Algumas APs operam contratos com as OSS em outros serviços além da ESF como: Unidade de Pronto Atendimento (UPA),

⁴⁴ A CTA era formada por representantes da OSs, CAP e SMS.

Programa de Saúde Escolar (PSE), Programa de Atenção Domiciliar ao Idoso (PAID) e contratos com hospitais gerais.



AP.1.0 (centro e adjacências)

AP. 2.1 (Zona Sul)

AP. 2.2 (Grande Tijuca)

AP. 3.1 (Região da Leopoldina)

AP.3.2 (Grande Meier)

AP.3.3 (Região de Madureira e adjacências)

AP. 4.0 (Jacarepaguá e adjacências)

AP.5.1 (Bangu e adjacências)

AP. 5.2 (Campo Grande e adjacências)

AP. 5.3 (Santa Cruz e adjacências)

Áreas Programáticas (AP) por OSS em dezembro de 2016⁴⁵

1.0- SPDM- Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

2.1- Viva Comunidade

2.2- Instituto Gnosis

3.1- Viva Comunidade

3.2- SPDM- Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

3.3- Viva Comunidade

4.0- IABAS- Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde

5.1- IABAS- Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde

5.2- IABAS- Instituto de Atenção Básica e Avançada à Saúde

5.3- SPDM - Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina

2.2.2.1. CLÍNICAS DA FAMÍLIA- CF

Na organização dos serviços de saúde no município⁴⁶, todas as unidades de saúde, de acordo com o perfil de atendimento, podem ser tipificadas em:

- Atenção Primária - Centro Municipal de Saúde (CMS) e Clínica da Família (CF);
- Atenção Secundária - Policlínica; CAPS (Centro de Atenção Psicossocial); UPA (Unidade de Pronto-Atendimento); Centro de Reabilitação.
- Atenção Terciária - Maternidade; Hospital; Instituto.

As Clínicas da Família são designações para unidades que seguem o padrão do “Programa Saúde Presente” pela Casa Civil. Quanto aos modelos de atenção, as unidades da APS podem ser classificadas em:

⁴⁵ Durante os anos de expansão algumas OSs perderam o contrato pelo não cumprimento dos acordos pactuados no contrato de gestão. Um exemplo de OS com o contrato suspenso e das consequências desta quebra na vida dos trabalhadores ocorreu com OS FIBRA. A OS mantinha entre os seus contratos a AP.1.0 área de inscrição da CF. Dona Zica. Até dezembro de 2016 os trabalhadores não haviam recebidos o valor devido de FGTS e férias. O contrato foi interrompido em novembro de 2013 quando a OSS SPDM assumiu a gestão e recontratou todos os profissionais.

⁴⁶ <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-228987.pdf/1.0>

- A - Unidades onde todo o território é coberto por equipes de Saúde da Família.
- B - Unidades Mistas onde somente parte do território é coberto pela saúde da família.
- C - Unidades onde ainda não há equipe de saúde da família, mas com território de referência bem definido.

O ambiente das unidades foi marcado por intensas mudanças para a implantação das novas orientações do trabalho da ESF. Uma das mudanças propostas, e centrais, dizia respeito à estética apresentada a partir das inaugurações das Clínicas de Saúde da Família⁴⁷ (CF). As Clínicas apresentam um projeto de ambiência diferenciado de qualquer estrutura de AB já existente na cidade do Rio de Janeiro. O projeto da CF contemplava a ampliação da oferta de serviços da ESF, disponibilizando exames de imagens como: ultrassonografia, raio-x e eletrocardiograma. Em dezembro de 2016, a cidade contabilizava 114 novas Clínicas da Família com o mesmo padrão estrutural, construídas com ampliação de espaços e salas específicas por linhas de cuidado.

Para além da confortabilidade na estrutura das unidades, a ambiência na saúde prioriza o tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, resolutiva e humana (Brasil,2010). De acordo com Brasil (2010), a ambiência dá um tratamento ao espaço seguindo primordialmente três eixos indissociados uns dos outros, quais sejam: a confortabilidade focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, valorizando elementos do ambiente que interagem com as pessoas – cor, cheiro, som, iluminação, morfologia, entre outros fatores – e garantindo conforto aos trabalhadores e aos usuários; o espaço que possibilita a produção de subjetividades – encontro de sujeitos – por meio da ação e reflexão sobre os processos de trabalho; o espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho, favorecendo a otimização de recursos, o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo.

⁴⁷ https://www.youtube.com/watch?v=39y71w_ETDY
Reforma da Atenção Primária Rio de Janeiro / Residência Medicina de Família RJ.

Ao adotar o conceito de Ambiência para a arquitetura nos espaços da Saúde, atinge-se um avanço qualitativo no debate da humanização dos territórios de encontros do SUS. Vai-se além da composição técnica, simples e formal dos ambientes, passando a considerar as situações que são construídas. Essas situações são construídas em determinados espaços e num determinado tempo e vivenciadas por uma grupalidade, um grupo de pessoas com seus valores culturais e relações sociais. (p.5)



Fachada da Clínica da Família Sérgio Vieira de Mello- Catumbi- AP 01



Sala da Criança



Sala de Observação



Sala da Odontologia



Recepção – Acolhimento com os Agentes Comunitários de Saúde



Sala de Espera⁴⁸

2.3. Clínica da Família Dona Zica- MANGUEIRA. AP1.0

A Clínica da Família Dona Zica é o nosso campo privilegiado da pesquisa e se insere no modelo de unidade A, ou seja, funciona exclusivamente com a ESF. A CF Dona Zica se insere na situação das Unidades que foram adaptadas para implantar as equipes de ESF. Está instalada numa casa de dois andares e o espaço superior foi cedido para a instalação da Unidade por um representante político da área. A Unidade não está incluída nos novos modelos de ambiência. A CF Dona Zica é responsável pelos cuidados em Atenção Básica para população moradora da comunidade da Mangueira, estando inserida no território de abrangência da Área Programática 1.0 (AP1.0).

A CF Dona Zica foi inaugurada em 5 de fevereiro de 2010, e no final do ano de 2016 registrava 24.000 pessoas cadastradas no prontuário eletrônico (PEP). A Unidade está dividida em cinco equipes de Saúde da Família, cada uma delas com um médico 40 horas ou dois médicos 20 horas, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis Agentes Comunitários de Saúde. A Unidade atende 100% do território da Mangueira e cada equipe dispõe de responsabilidade sanitária por aproximadamente 4.800 pessoas, em média 800 a mais do que prevê o MS para o trabalho da ESF. São elas respectivamente: Equipe Entorno, Equipe Buraco Quente,

⁴⁸ Imagens: <http://prefeitura.rio/web/sms/clinicas-da-familia>

Equipe Chalé, Equipe Telégrafo e Equipe Candelária. A Unidade conta com o trabalho de duas equipes de saúde bucal, com duas profissionais de odontologia, uma técnica de saúde bucal e duas auxiliares de saúde bucal que se dividem entre as equipes de ESF para o atendimento de toda população.



▲ Equipe Entorno ▲ Equipe Buraco Quente

▲ Equipe Telégrafo ▲ Equipe Candelária ▲ Equipe Chalé

2.3.1. De quando as Rosas Falam e Exalam Verde e Rosa



(Imagem: sambarazzo.com.br)

O nome da Unidade é uma homenagem a Euzébia Silva do Nascimento, mais conhecida como Dona Zica. Dona Zica é uma referência cultural para a Comunidade da Mangueira. Ela era sambista e integrante da velha guarda da Estação Primeira de Mangueira, tendo sido casada e companheira de Agenor de Oliveira, Cartola. O nome da Unidade também nos oferece uma referência do que é a Comunidade da Mangueira, um território transversalizado pela cultura do samba e resistência.

Dona Zica⁴⁹ nasceu num domingo de Carnaval (como lembra a neta Nilcemar Nogueira), no dia 6 de fevereiro de 1913, no bairro da Piedade, e se mudou com a família aos quatro anos para a Mangueira, para área do Buraco Quente. Em Mangueira, ainda jovem conheceu Cartola, e os dois juntos formaram uma vida que, misturando romance, poesia e culinária, transformou-se em referência para a Comunidade da Mangueira, e um valor cultural para o país.

Dona Zica e Cartola abriram juntos um estabelecimento que foi de grande contribuição para a cultura brasileira. Inicialmente, havia a expectativa de ser apenas um restaurante que oferecia refeições e, ao longo do tempo, construiu-se como um espaço que ofereceu a possibilidade de encontro para a música popular brasileira: o Zicartola. O bar funcionava num sobrado de três andares localizado estrategicamente no centro da cidade, na Rua da Carioca, número 53. No Zicartola, ao final das tardes reuniam-se compositores que representavam os grandes nomes da música brasileira como: Zé Keti, Elton Medeiros, Nelson Cavaquinho, Ismael Silva, Aracy de Almeida, Carlos Lyra, Nara Leão, Paulinho da Viola estão entre os frequentadores do local.

Angenor de Oliveira (Cartola) era cantor e compositor, mas ocupou muitas outras funções ao longo da vida como alternativas de sobrevivência. Ele trabalhou em várias tipografias e também como pedreiro, onde lhe rendeu o apelido de "Cartola", pois usava um chapéu de coco para proteger o cabelo do cimento. Sua trajetória e a de sua família se misturam historicamente à trajetória vivida pela população empobrecida, e, sobretudo, negra na cidade. Hoje Cartola, com o talento e inspiração expressos em seu trabalho musical, é um orgulho para o país e para comunidade da Mangueira.

⁴⁹ <http://www.cultura.rj.gov.br/noticia/exposicao-celebra-centenario-de-dona-zica>

A mudança de Cartola para a comunidade da Mangueira ocorreu quando parte expressiva da população negra, em face às dificuldades econômicas que o país atravessava, precisou reinventar a sua moradia na cidade (Nogueira, 2005). A primeira mudança de endereço da família, em virtude das dificuldades econômicas, foi do bairro do Catete, onde Cartola nasceu, para a rua das Laranjeiras, número 285. “Neste endereço, havia uma vila que foi construída para a residência dos operários da Fábrica de Tecidos Aliança” (Nogueira, 2005, p.17).

Com o agravamento da crise econômica na cidade a família do Cartola também se incluiu num movimento realizado por parte da população que vivia em maior dificuldade financeira e que nos revela como se deu parte do processo de ocupação dos morros do Rio de Janeiro, posteriormente nomeados como Favela⁵⁰. Entendemos essa escolha de moradia, em termos de área de localização, como uma estratégia encontrada pela população como alternativa para inserção ao mercado de trabalho e garantia de sobrevivência.

Estes espaços foram construídos como exercício de cidadania, como afirmação de direitos. Mesmo as favelas mais precárias são territórios onde os pobres afirmaram presença. Isto não significa dizer que os cidadãos menos favorecidos devam sempre encontrar sozinhos suas possibilidades de vida. Essa seria não só uma posição cômoda, mas também profundamente discriminatória e socialmente irresponsável (CHAGAS, 2010,p. 19)

Os morros e as áreas periféricas da cidade foram compreendidos como lugares para habitação num momento em que se somava à crise econômica o movimento de higienização da cidade, conhecido como ‘bota abaixo’. Este movimento, denominado higienismo⁵¹, ganhou força como polícia-médica intervindo no tecido urbano e suas populações, sob a égide do saneamento e controle das

⁵⁰ O primeiro território nomeado como “favela” em 1897, na cidade do Rio de Janeiro, foi o Morro da Favela. Posteriormente, espaços com habitações semelhantes foram denominados da mesma forma. O Morro da Favela estava localizado no centro da cidade, próximo à Central do Brasil, entre os bairros do Santo Cristo e da Gamboa. Uma região próxima ao cais do porto, que se apresentava como possibilidade de trabalho para a população moradora nessa localidade.

⁵¹ O “higienismo” surgiu entre os séculos XIX e XX, quando médicos e sanitaristas refletiam sobre sucessivas ocorrências de surtos epidêmicos de algumas doenças, como por exemplo: febre amarela, tifo, varíola e tuberculose, e empreenderam uma verdadeira cruzada médico-sanitária na defesa, primordialmente junto aos pobres, de padrões sociais e de comportamento em nome da saúde.

epidemias, a partir de práticas repressivas e morais. Nesta toada, privilegiava-se a desocupação dos cortiços⁵² e as demais áreas de moradia onde se concentravam a população operária, imigrantes e a população negra recém liberta, que eram moradores predominantemente dos cortiços. A família de Cartola mudou-se para o morro da Mangueira quando ele estava com onze anos (NOGUEIRA, 2005, p.20).

Em Mangueira Cartola cresceu, e com outros parceiros do mundo do samba fundou em 28 de abril de 1928 o G.R.E.S Estação Primeira de Mangueira. O nome da escola se referia à localização: a primeira estação, após a estação de trem da Central do Brasil (atualmente não temos mais esta estrutura, com a construção da estação São Francisco Xavier). As cores verde e rosa, que são marcas da identidade da escola, também foram escolhidas por Cartola, como homenagem a um rancho de Laranjeiras de operários da fábrica Aliança (GONÇALVES, 2003, p.118). Dona Zica contou-me num encontro em 2002, quando estávamos fazendo um levantamento histórico da comunidade e o mapeamento do território, que a escolha se referia as cores do jardim, uma das paixões de Cartola (CHAGAS, 2010, p.56). Utilizamos aqui as duas informações. Cartola faleceu em 30 de novembro de 1980⁵³ e Dona Zica em 2003.

As características culturais da comunidade da Mangueira produziram um efeito de pertencimento e de valorização em relação à cidade, que compreendemos como facilitador para que os moradores da comunidade mantenham características muito distintas de outras localidades na cidade as quais partilhei do convívio através do trabalho em saúde. Uma mudança se apresenta quando os moradores de outras Comunidades comumente dizem morar nas áreas mais próximas, no asfalto (não nomeadas como favelas). Por exemplo: no Complexo do Alemão se apresentam como moradores de Ramos; no Complexo da Maré como moradores da Penha; no Cantagalo como moradores de Ipanema; no Morro dos Macacos como moradores de Vila Isabel, entre outros. Ouvia esses relatos e analisava as estratégias utilizadas pelos moradores como defesa frente à negatividade referida a sua área de moradia. Nesse sentido, a mídia opera fortemente para negatizar e criminalizar as

⁵² O que podemos considerar como cortiços eram espaços coletivos, adaptados, casas grandes onde moravam muitas famílias sem que houvesse mínimas condições sanitárias para atender a esse grupo de pessoas, deixando-as expostas a vários tipos de doenças (ABREU, 1989).

⁵³<http://www.cartola.org.br/cartola.html>

Comunidades Populares, o que solicita um trabalho incansável para a construção de outras narrativas desses espaços (CHAGAS, 2010, p.40).

Os moradores da Mangueira afirmam habitar na Mangueira, ainda com a exclamação: Sou de mangueira! Ser da Mangueira é dito com um tom de valorização e orgulho. Quando retornei para a Comunidade, e alguns moradores e lideranças comunitárias me conheciam desde de 1997, estes diziam que “a Dra. da Unidade era cria da Mangueira”, o que concordava, por entender que as experiências na Comunidade da Mangueira foram de fundamental importância para a minha formação profissional e pessoal. Compreendemos que a escola de samba, com sua cultura e tradição, é um signo importantíssimo e constitui uma referência positiva, favorecendo a construção de um pertencimento relacionado à valorização através da cultura, produzindo o que se ouve no cotidiano da Mangueira como “orgulho verde e rosa”. De acordo com Sodré:

Os meios de comunicação “forjam esquemas dominantes de percepção e de significação do mundo; criam existências, vidas, mortes, mocinhos, bandidos, heróis e vilões; enfim, poderosos e eficientes processos de subjetivação” (1999, p.45)

A Mangueira, na contemporaneidade, muito se difere daquela onde viveu Cartola, com aproximadamente cinquenta moradias (NOGUEIRA, 2005). Em 2016 contabilizamos 24.000 pessoas. No início da ocupação, as casas eram construídas com sucatas, materiais de demolições, barracões de madeira com telhado de zinco. Casas com essas características, embora ainda existam, encontram-se em números reduzidos. A comunidade ainda necessita de diversos investimentos nas áreas de saneamento básico, coleta de lixo, abastecimento de água, entre outros. As cinco áreas do complexo da Mangueira possuem características diferenciadas, estando em melhores condições aquelas que estão mais próximas da Rua Visconde de Niterói, onde está localizada a quadra da escola de samba.



(Quadra da Estação Primeira de Mangueira – In: Jornal o Globo)

A primeira oferta de atendimento, na área da saúde, oferecida para a população da Mangueira foi trazida pelo Programa Social da Mangueira⁵⁴ (projeto saúde), através do Posto de Saúde Mangueira localizado na Vila Olímpica da Mangueira (1987). O projeto social teve início e, ainda hoje, mantém a diretriz de interferir através das atividades esportivas, culturais e de lazer para a melhoria da condição de vida dos moradores. Desde a sua inauguração, convive com dificuldades financeiras, frequentemente causando atraso nos pagamentos dos funcionários e prestadores de serviço da Vila Olímpica. O complexo esportivo, que foi inspiração para a construção de outros na cidade, destaca-se pela qualidade das instalações, qualidade técnica dos profissionais e pela continuidade nas ofertas dos serviços oferecidos (GONÇALVES, 2003).

A Vila Olímpica é mantida através de convênios com empresas privadas, com uma pequena participação do Estado, e também conta com projetos que funcionam em parceria, como exemplo do *projeto dançando para não dançar*, mantido pela Petrobrás, que acontece em várias comunidades da cidade e a Vila Olímpica oferece, em contrapartida, a garantia do espaço. A Vila Olímpica também mantém, ao longo dos 30 anos de existência, parcerias com Universidades

⁵⁴ <http://www.mangueira.com.br/programas-sociais/vila-olimpica/>

públicas⁵⁵ e privadas⁵⁶, abrindo o espaço do projeto para inúmeras ações de estágio de extensão que promovem o intercâmbio entre a academia e o território, articulando ensino e pesquisa.

Em 1997, quando iniciei no Posto de Saúde da Mangueira como bolsista de extensão da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), o projeto saúde era mantido pelo convênio com a Golden Cross, uma empresa de plano de saúde privada (conforme já foi mencionado) que permaneceu no convênio até o ano 2000. Com a saída da Golden Cross o Posto de Saúde Mangueira seguiu desenvolvendo suas atividades através de um convênio estabelecido entre Secretaria Municipal de Saúde e o Grêmio Recreativo Escola de Samba Estação Primeira de Mangueira. Desde o ano 2009 não há mais a condição de contratos de profissionais por meio dos convênios.

Um dos efeitos que identificamos como um problema comum em ambos os contratos era o desconhecimento do contratante a respeito das questões pertinentes a um serviço de saúde, o que é uma crítica presente nos discursos daqueles que questionam essa modalidade de contrato (2013⁵⁷). Compartilhamos da ideia de que o desconhecimento técnico de uma área tão específica e complexa como a área da saúde abre espaço para dificuldades na comunicação, no entendimento em relação às prioridades do serviço e das suas especificidades.

No entanto, somente a qualificação técnica não garante a fluidez na comunicação, mas poderá contribuir para o melhor entendimento das especificidades do trabalho. Um exemplo dessa situação pode ser a ausência da escuta dos profissionais “da ponta” para o planejamento de uma obra, sem entender o momento mais adequado, para serviço, para que ela aconteça ou na mudança de um utensílio de lugar, por exemplo, quando colocam a pia da sala de curativos num lugar de difícil acesso para as técnicas manusearem. Não considerar a avaliação de quem está efetivamente incorporado no serviço pode provocar transtornos diversos.

⁵⁵ Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) 1994 até 2000. Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) através do curso de fonoaudiologia 2010 até o ano de 2016 o contrato segue sem interrupção.

⁵⁶ Universidade Veiga de Almeida.

⁵⁷ <https://www.youtube.com/watch?v=uU0hNhndzzE&t=2264s>
Sala de conversa: Organização Social - canal saúde.

Na contemporaneidade, esse modo operante de gerir se agencia com uma ideia estritamente administrativa e gerencial na execução da gestão dos serviços de saúde.

A Clínica da Família Dona Zica, assim como as demais Unidades de ESF, tem a oferta dos serviços prevista de modo normativo pela carteira de serviço⁵⁸ (anexo). A carteira é um instrumento com a função reguladora dos serviços da ESF no município do Rio de Janeiro. Ela foi construída com a finalidade de padronizar os serviços oferecidos pelas Unidades da ESF na RCAPS. Entre as funções atribuídas ao gerente da ESF está o monitoramento dos serviços ofertados pela carteira de serviço e o envio dos dados até o último dia útil de cada mês para a OSS. Este envio se refere ao preenchimento de escalas no prontuário eletrônico, com as atividades realizadas pelas equipes da Unidade. A informação é disponibilizada para a coordenação da área e aos demais setores da SMS com acesso a ferramenta. A avaliação dessas escalas visa controlar os serviços ofertados na Unidade utilizados pela população e também é um instrumento para o monitoramento das variáveis do contrato de gestão.

Embora a carteira de serviço seja um instrumento para criar um padrão no atendimento, as Unidades apresentam singularidades. Neste caso, estamos nos referindo especificamente à infraestrutura e à qualificação técnica. Esses elementos interferem diretamente se uma Unidade com a ESF, de fato, trabalha a partir dos pressupostos da ESF. O desenvolvimento do trabalho é um desafio importante para ser enfrentado. Em relação à qualificação técnica, o programa de residência em saúde da família, iniciado em 2010, significou um grande investimento e avanço nesse sentido.

Outra percepção no empenho em aproximar a academia do campo de trabalho da AB também tem sido propiciada pelo trabalho com as turmas de internato de medicina. O encontro com os alunos no final do curso ainda mostra o hiato da formação com a especificidade da AB, com a dinâmica e complexidade dos serviços. A construção de outros modos de cuidar também precisa ser construída e

⁵⁸A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) é um documento que visa nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no Município do Rio de Janeiro <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-228987.pdf/1.0>

introduzida durante a formação acadêmica, tendo continuidade durante o processo de formação e especialização. Entendemos que a questão que envolve a formação adequada para a AB, e especificamente para a ESF, não passa somente pelos médicos, mas devido ao lugar desse trabalhador na equipe, as possibilidades de intervenção que podem ser construídas a partir de seu conhecimento e implicação conferem a importância do investimento na formação contínua desses profissionais.

No que diz respeito à infraestrutura, as Unidades com ESF que desenvolvem suas atividades num espaço adaptado – como é o caso da CF Dona Zica (mesmo sendo nomeada como Clínica da Família) – não dispõem de ambiência adequada para executar todas as atividades propostas pela carteira de serviço, embora tenham a mesma obrigatoriedade das Unidades que apresentam uma logística planejada, como são as Clínicas da Família construídas após o ano de 2009. Esta situação apresenta uma incoerência na avaliação do serviço.

As Clínicas da Família têm sua estrutura planejada com espaços distribuídos para o atendimento das linhas de cuidado e com espaços de formação para o curso de residência em medicina de família e comunidade e da residência multiprofissional, que lhe conferem o título de Unidade docente. Os espaços foram desenvolvidos dentro do conceito de ambiência que, embora não seja determinante para garantir a qualidade da assistência, interfere positivamente no serviço. Um dos desafios do trabalho da gestão se coloca no sentido de atender ao que é proposto para a ESF, sem muitas vezes dispor de condições físicas e técnicas para a execução e, em meio a esse fazer, afirmar a escolha ética política do trabalho.

2.4. A RCAPS no Trabalho Cotidiano como Gerente da CF D. Zica: efeitos e caminhos por entre as pedras

*Quem anda no trilho é trem de ferro,
sou água que corre entre pedras: liberdade
caça jeito.*

(Manoel de Barros, 2011)

Nos últimos sete anos, a experiência em ocupar o cargo de gerente em Unidades de Saúde da Família, inicialmente nas APs 5.1,4.0,3.1,1.0 e a partir do final de 2013 na CF Dona Zica, colaborou para o investimento em reflexões sobre o exercício dessa prática junto aos trabalhadores da saúde, população e território. A experiência, desde 1997, no trabalho de psicóloga com comunidades populares na cidade do Rio de Janeiro (Mangueira, Vigário Geral, Complexo da Maré e Complexo do Alemão), ocupando os inúmeros fazeres das práticas psi, produziram as metodologias de trabalho que sustentam a problematização e os modos de intervenção clínico-política realizadas. Modos estes que o trabalho de pesquisa pôde ampliar, ressignificar e interrogar, primordialmente, nas cegueiras e ingenuidades.

Em 2010, ano seguinte do começo da expansão, iniciei o trabalho como gerente de Unidades com a Estratégia de Saúde da Família. O trabalho como gerente na CF Dona Zica foi iniciado no final de 2013 e era a nona gerente da unidade num período de 4 anos. Era contratada por uma das OSs e compunha o que Saffer (2017) denomina de especificidade do modelo carioca: uma gerente que chega de fora dos quadros de trabalhadores funcionários públicos do município e do quadro da unidade.

Outra especificidade do modelo carioca é a existência da figura de um gerente, escolhido normalmente fora do quadro dos profissionais da Unidade. Essa prática diferencia-se de outros centros desse tipo no país, onde o coordenador é escolhido entre os membros da equipe através de processos diversos(...) os gerentes são designados pelas instâncias superiores de gestão sem diálogo com os trabalhadores do local. Tem função central na gestão do processo de trabalho, sendo quem toma as decisões finais sobre o

funcionamento da unidade. É pouco usual a tomada de decisões de forma conjunta nas reuniões gerais. O gerente é cobrado principalmente pelo atingimento de metas e indicadores pactuados no contrato de gestão. (2017, p.46)

Como vimos anteriormente, a execução da RCAPS estava diretamente condicionada à viabilização dos contratos de co-gestão entre as Organizações Sociais e o ente público (SMS). Quando iniciou o programa Saúde Presente, em 2009, a cidade tinha como meta dobrar a oferta dos serviços até o ano seguinte. Este processo foi idealizado e realizado com velocidade, gerando adequações nem sempre de acordo com a possibilidade dos serviços. As Unidades de AB que não dispunham de ESF, ou seja, onde os serviços funcionavam somente com especialidades (Centros Municipais de Saúde - CMS), tiveram que se adequar à nova organização do trabalho, o que significava incorporar no espaço equipes de ESF. As modificações estruturais de ambiência não ocorreram de modo homogêneo nos serviços, fazendo com que coexistissem unidades pequenas com estruturas antigas incorporando novas equipes.

As mudanças no interior dos serviços foram implementadas desde a divisão de espaços até as orientações de trabalho com propostas diferenciadas. Até aquele momento, as Unidades funcionavam exclusivamente com o trabalho a partir de especialidades e incorporaram a ESF, que demanda uma visão integral e proposta de cuidado diferenciada. Assim, havia unidades mistas (CMS por exemplo) que faziam uso do mesmo espaço de trabalho nas quais conviviam profissionais servidores concursados e contratados. Ambos pertencentes a uma mesma categoria, função, carga horária, mas contratos e salários diferenciados.

Anteriormente, mesmo havendo profissionais contratados nos serviços da rede pública, a ocupação se dava majoritariamente por profissionais concursados do Município. Diante do novo cenário, os servidores que não conseguiam ser realocados eram transferidos para outras Unidades da rede (primária, secundária ou terciária) por orientação do Município, o que gerava tensão, defesas e conflitos desagregadores no manejo das dinâmicas e imprevisibilidades que são próprias do serviço, assim como dificuldades na construção de um plano comum de trabalho.

Com o objetivo de atender às dez Áreas Programáticas do Município, iniciou-se uma série de processos de licitação para selecionar as diferentes OSs e suas estratégias para a contratação das equipes. Como vimos antes, o município tem 99% de profissionais da ESF contratados por OSs. A possibilidade de empregabilidade nos serviços de saúde pública durante a RCAPS era uma experiência nova e positiva na vida de muitos trabalhadores. O momento de expansão promovia, de imediato, melhorias nas condições infraestruturais e de contrato de trabalho. Com isso, os trabalhadores da saúde se percebiam menos expostos à precariedade e instabilidade das ONGs, Associações de Moradores, e outros convênios, diferente do que era estabelecido na maioria dos contratos anteriores. Nas experiências de trabalho, não identificava a reflexão sobre o que significava, em termos políticos, o recrudescimento dos contratos com as OSs⁵⁹. Os espaços de trabalho estavam sobre evidente mudança estética e com considerável oferta de insumos. Vivia-se uma espécie de “nova-era” na Atenção Básica no RJ.

Contudo, a tensão estava ali. Os profissionais das OSs, ligados à ESF, satisfeitos e confiantes no modelo adotado, e os servidores municipais, ligados aos modelos B e C, desconfiados, aviltados salarialmente e percebendo-se excluídos desta “nova era”. É importante retomar a discussão de Oliveira (2015) para elucidar o que se configuraria como ‘chantagem indireta aos trabalhadores’, no que diz respeito aos baixos salários ofertados no concurso municipal de 2011 (R\$1.504,86 para o cargo de médico contra um piso inicial oferecido pelas OSs de salário-base de R\$7.500, mais gratificações específicas).

⁵⁹ Na lei Nº 6.043, de 19 de setembro de 2011 que dispõe sobre a qualificação de entidades sem fins lucrativos como Organizações Sociais destaca-se que para participar do processo de licitação a OS necessitava ter experiência de dois anos na cidade, com trabalhos relacionados à saúde, no item: 1º O Poder Público verificará, no local, a existência e a adequação da sede ou filial da Organização Social situada no Estado do Rio de Janeiro, antes de firmar o contrato de gestão com a mesma. No entanto, nos registros das OSS que mantém contrato em 2016 e que se encontram desde o início deste processo na cidade são OSS com mais de dois anos de experiência, mas com trabalhos desenvolvidos na cidade de São Paulo. Uma situação, que evidencia abertura nas pactuações entre as partes e que apesar das interferências do Ministério Público⁵⁹, como ocorreu em diferentes situações, seguem com contratos ativos na cidade.

Entendemos que as experiências individuais dos trabalhadores e a percepção sobre as alterações positivas de seus espaços de trabalho contribuíram fortemente para que não houvesse críticas ou brechas para discutir sobre as condições que aconteciam concomitantes a este processo. Percebíamos certo movimento ou acordo tácito (silencioso e ao mesmo tempo explícito), para viver o que era bom e não questionar qualquer problema relacionado à política de gestão dos serviços.

No início da expansão, quando também iniciava minha função como gerente numa Unidade na AP.5.1, trabalhei no mesmo espaço com grupo de profissionais que era concursado e outro grupo contratado pela OSS. As questões em relação a esse fato se somavam no cotidiano, mesmo com a organização da Unidade em escalas pré-definidas. Era um momento novo para todos, inclusive para alguns profissionais antigos, há muitos anos na Unidade. Os conflitos entre os profissionais apareciam no modo de piadas, ironias, e na proposição pelos concursados de que o profissional que ganhava mais – o da OS – deveria assumir determinada função.

Alguns problemas surgiam, também, em situações de boicote ao fluxo do processo de trabalho. Neste caso, era comum acontecer episódios desse tipo na sala de imunização. Enquanto os profissionais discutiam quem deveria se responsabilizar pelo serviço, as crianças ou quem estava aguardando o atendimento seguiam na espera. Esta situação era uma resposta às interferências que os profissionais estavam sofrendo no seu espaço de trabalho e em suas vidas. Porém, é da natureza das relações a resistência, e a potência desta estaria expressa, justamente, quando elas colidem com o poder e se debatem com ele (FOUCAULT, 2003b).

Interessante pensar que esta condição de contratada de uma OS não se colocava como problemática em 2013, seja para mim, seja para os trabalhadores da CF D. Zica. O recrudescimento e a hegemonia desta modalidade de contrato na ESF foram sendo naturalizados e foram se tornando vantajosos para os profissionais. Talvez, os vinte anos de trabalho nas comunidades populares com contratações precárias e temporárias tenham sido a liga e, algumas vezes, o escudo para não me deixar ver ou sentir esta condição como impeditivo para seguir afirmando, insistindo e persistindo no caráter público das políticas públicas de saúde.

Outro fator que pode ter interferido na pouca problematização desta condição de 'gerente de fora do quadro' é o sangue verde e rosa que corre desde muitos anos

nas minhas veias. A paixão pela mangueira e a ligação afetivo-política com aquele território são antigas. Este, sim, talvez tenha sido um grande produtor de cegueiras e sobreimplicação⁶⁰ no trabalho de gerente.

Apostar numa gerência a partir da indissociabilidade entre o cuidado e a gestão, no contexto da RCAPS no Rio de Janeiro e seus modos gerenciais de organização do trabalho e de monitoramento, possibilitou-nos experimentar muitos desafios, ousadas e perigosas saídas dos ‘trilhos’ para acolher as necessidades de usuários e trabalhadores da unidade. Muitas vezes nos vimos ferindo o princípio da equidade, previsto no SUS, pois na estrutura de trabalho e contratação de metas implantada com a RCAPS há uma priorização dos casos que se incluem nas linhas de cuidado (geram números) em detrimento de priorizar os casos de maior vulnerabilidade. Concordamos com SAFFER quando diz que:

Há uma clara preocupação em bater metas e indicadores definidos pela gestão, como números de tuberculosos tratados, pessoas com a pressão arterial controlada, número mínimo de consultas de pré-natal por gestantes. (...) vimos verdadeiras gincanas invasivas realizadas na caça a usuários diabéticos faltosos, na busca de bebês com carteira de vacina atrasadas, na pesagem de crianças beneficiadas no programa do Bolsa Família. Também é muito comum o entendimento de que um usuário deve merecer seu acesso às consultas, de maneira que quando ele não se adapta às rotinas de marcação da Unidade de Saúde é prontamente culpabilizado (2017, p.87).

Na reorganização proposta pela RCAPS a AB é reforçada como eixo da porta de entrada para o SUS, a partir do momento que a população é referenciada para seu respectivo território de moradia e a entrada para os demais níveis de atenção é condicionada exclusivamente à entrada na AB. As equipes de ESF são as únicas habilitadas para realizar encaminhamentos para as demais estruturas da rede de atenção, utilizando como método de referência o SISREG (Sistema de Regulação).

⁶⁰ Sobreimplicação é um conceito desenvolvido pelo analista institucional René Lourau, em 1990, ao perceber a deriva utilitarista da noção de implicação, entendendo que esta perde lugar para uma demanda generalizada de engajamento do outro: captura produtivista como imperativo incessante de estar em ação no trabalho. Tarefismo que esvazia a análise política de nossas pertencas com as instituições. (LOURAU, 2004.)

A Inclusão do SISREG, referida anteriormente, foi uma das estratégias de ordenamento e centralização da demanda e é uma mudança fundamental na organização e indução da rede.

Na experiência anterior, a população não estava referenciada por área de moradia. A entrada nos serviços era realizada através da aquisição de senhas distribuídas para o atendimento do turno da manhã e da tarde nos serviços da AB. Como a oferta era precária, a população contava com um número estrito de vagas, um número muito menor do que a necessidade da população. Este fato, forçosamente, levava as pessoas a “madrugarem” na porta dos serviços. A entrada nos demais níveis de atenção era uma busca individual. A Unidade de Saúde prescrevia o encaminhamento manualmente e o serviço era buscado pelo usuário, o que contribuía para que as pessoas circulassem como andarilhos pela cidade na busca do especialista. Com o uso do SISREG, a população é encaminhada exclusivamente através da equipe de ESF e, embora não se tenha os serviços de especialidades distribuídos preferencialmente por área programática e uma oferta que atenda a demanda⁶¹, esse sistema qualifica o acesso, favorece o cuidado longitudinal e afirma a base territorial do cuidado em saúde.

O SISREG experimenta de modo concomitante uma demanda além da capacidade de absorção e um alto número de absenteísmo. O que precisa ser retrabalhado na organização do sistema. Na experiência de trabalho com o SISREG, os serviços têm identificado a necessidade de alguns aperfeiçoamentos, quais sejam:

- Excesso de encaminhamentos desnecessários - indicando a importância de investimentos na formação profissional, como as residências de medicina de família e enfermagem.
- Longo tempo de espera pela consulta do especialista - quando a vaga é disponibilizada, pode ocorrer de o usuário avaliar que a mesma não é mais necessária, o que contribuiu para o alto número de absenteísmo.

⁶¹ Algumas especialidades são reconhecidas como os “gargalos” na rede de especialistas como o neurologista, oftalmo, cirurgião vascular, ginecologista. Especialidades com uma vasta procura e uma fila de espera inadministrável.

- A não disponibilização das vagas, preferencialmente, por áreas programáticas - o que corrobora para que algumas vagas sejam disponibilizadas em áreas muito distantes da moradia dos usuários favorecendo o absenteísmo.
- Desatenção à disposição territorial das áreas programáticas no município na hora da marcação do exame.
- As solicitações dos exames são realizadas por todos os médicos das equipes, mas os agendamentos somente pelo médico responsável técnico da Unidade - o que pode contribuir para um alto índice de medicalização, desperdício de verba e baixa equidade na ocupação de vagas para exames.

Outra questão importante diz respeito a uma incompatibilidade muito presente entre as metas previstas nas carteiras de serviços e contratos de gestão e as necessidades encontradas pelas equipes em sua área adstrita. Nas atividades de promoção em saúde isto se complexifica, pois as temáticas previstas no cardápio de ofertas da AB não necessariamente vão ao encontro do interesse da população ou mesmo dos profissionais de saúde. Nos serviços, a frustrante experiência de não conseguir captar a população para os encontros/atividades temáticas reproduzia uma crítica de desvalorização e/ou culpabilização do usuário pelo não proveito do espaço ofertado. No entanto, o que seria importante era o questionamento em relação à necessidade da oferta e ao interesse nos temas por parte da população.

Neste regime de contratação do trabalho, tanto o gerente como os demais trabalhadores estão realizando suas práticas em meio a um cenário político que não se cansa de produzir modulações de avaliações que incentivam a concorrência e, muitas vezes, desestabilizam a unidade do grupo de trabalhadores na busca por atingir as metas e os incentivos extras por desempenho. Uma das questões que desafiam a qualidade do trabalho se traduz nas formas atuais de avaliação dos processos que não contemplam a invenção e a potência do trabalho realizado pelas equipes.

A valorização do trabalho é referida com avaliações numéricas que não traduzem a qualidade do trabalho realizado no âmbito da saúde. Esta concepção gerencialista, voltada para a objetivação e mensuração de todas as variáveis envolvidas no processo de trabalho, deixa de fora o que não pode ser objetificado. O que não pode ser mensurado não vale ou, pelo menos, não se transforma em algo

que poderá ser qualificado como produção do trabalho. E isto é um grande problema quando pensamos o trabalho em sua dimensão clínico-política, na qual os valores se coadunam com a invenção, com um 'gastar tempo pra ganhar vida' nas reuniões de reflexão sobre o processo de trabalho, nas trocas informais e afetivas nos corredores e no entorno da unidade, que mudam as práticas de cuidado, fazem emergir estratégias e modulações inventivas para um problema.

Fazer gestão não é fazer um gerenciamento de metas. A concepção gerencialista na saúde, focada apenas em metas e resultados, atende aos interesses do capital, pois são balizadas pela concepção do lucro. Ela incentiva e abre brecha para a produção de um cuidado que não valoriza a vida do usuário na relação de cuidado e o caráter relacional que dá sentido a todo o processo do trabalho em saúde. Esse modelo gerencialista parece ser facilmente incorporado e metamorfoseado nas relações cotidianas de trabalho e, em algumas situações, parece apreender a vida a partir das concepções e gramáticas da gestão privada. Segundo MERHY (2000):

A lógica cumulativa do capital financeiro não busca a defesa da vida individual e coletiva como sua finalidade no campo saúde, seu eixo é a produção de um projeto terapêutico que permita o controle da incorporação de tecnologia de alto custo, nem que isso custe a vida do próprio usuário (p. 111).

É interessante pensar como a construção de determinadas estruturas e fluxos de trabalho favorecem o desenvolvimento de práticas fraturadas em detrimento de uma prática que valorize o comum, com-UM (qualquer). Entendemos que esse é um efeito do entendimento político que sustenta e reforça no trabalho a construção de práticas focalizadas, individuais e meritocráticas, que impactam sobremaneira na universalidade, equidade e integralidade do cuidado.

Na construção do fluxo da porta de entrada dos usuários nas Unidades, no espaço nomeado como "acolhimento" pela remodelação da RCAPS, as equipes se revezam semanalmente, com um ACS tendo a função de "acolher" o usuário, seja da sua AP ou não. Muitas vezes este modo de acolher é traduzido em práticas de porteiro - quem entra e quem sai do serviço. Indagávamos: como desenvolver um

modo comum para a entrada das pessoas ao serviço independente das equipes que estão cadastradas e do profissional que irá recebê-las?

Entre as rotinas de trabalho das equipes, uma atividade semanal era a organização desta escala do ACS para o acolhimento. Era comum ouvir reclamações sobre o acolhimento como lugar do estresse, da confusão, falas do tipo: “só de lembrar que é meu dia a pressão já sobe”. Não era incomum perceber que o acesso para equipe era favorecido quando havia um ACS no local do acolhimento que era o de referência do usuário. Quando o usuário conseguia o atendimento da demanda passando por um ACS que não era de sua referência era descrito pelo usuário como bonzinho e humano. Estes adjetivos explicitam a exceção da experiência com o profissional e também a fragmentação do acesso e a fragilidade da Unidade como um serviço de porta de entrada para a rede.

Muitas foram as reuniões em que trabalhamos estas situações, pois consideramos uma estratégia valiosa para os serviços não compreender o acolhimento como um acontecimento que se dá num local específico ou reduzi-lo/localizá-lo na porta de entrada e na figura de um trabalhador, conforme é tratado amplamente nos serviços. Entendemos a importância do acolhimento, incorporado enquanto um conceito norteador dos fluxos do trabalho, como *uma diretriz clínica do processo de produção de saúde* (NEVES,2013) que é construído nas práticas cotidianas a partir da produção de espaços de encontro e escuta. Nossa aposta é a de que esses espaços de construções coletivas de cuidado possam ser viabilizados a partir de um entendimento de gestão que não dissocie gestão do cuidado.

A questão do acolhimento não emerge porque temos a estrutura física separada por equipes, mas porque há uma produção política que premia práticas individualizadoras no trabalho, que fazem com que o ACS invista mais na atenção a um usuário que é cadastrado na sua área do que em outra, pois isto gera número para o atendimento das metas para as quais foi contratado. A distribuição das áreas adstritas, como uma estratégia do programa, serve para favorecer a atenção integral, e não para ser utilizada para a exclusão de responsabilidades.

2.5. As Delicadezas do Trabalho com a Estratégia de Saúde da Família

Ao longo dos anos do trabalho em comunidades populares foi possível partilhar inúmeras estratégias para produzir o cuidado a partir da figura do ACS e do que ela pode mobilizar. Trago aqui a narrativa de uma destas ocasiões. Um ACS da CF Dona Zica acompanhava um senhor muito debilitado. Ele morava sozinho numa casa construída com material reaproveitado. Este senhor estava orientado, mas identificávamos que havia muita dificuldade para manter, de modo independente, cuidados básicos de higiene e alimentação. Ele contava com o apoio de uma vizinha para a alimentação e o ACS se mantinha muito próximo.

A situação deste senhor se agrava e mobilizou a equipe, em especial o grupo de ACS, que também identificou que ele estava há pouco tempo naquela condição na Mangueira. O médico da equipe realizou visita domiciliar e registrou no prontuário que as questões do usuário eram de “risco social”. Uma das vizinhas, sensibilizada com a situação e em parceria com uma ACS da equipe, decidiu anunciar no rádio o nome do senhor, levando as descrições que ele fazia dos familiares e do lugar onde dizia ter morado, em Alagoas. Como gerente, também participei da visita domiciliar. Articulava para que houvesse transporte para levá-lo⁶² até a Unidade e no retorno para casa. Para a surpresa de todos (a surpresa/imprevisibilidade é um elemento presente na rotina no trabalho com a ESF), após o anúncio no rádio, em pouco tempo a família fez contato e se deslocou para o Rio de Janeiro para resgatar o senhor. Quando a família chegou até a comunidade e diante desta situação inusitada para a equipe, uma ACS disse: *o senhor estava brincando de pobre na Mangueira!*

Ficamos sem saber a motivação de ele vir morar no Rio de Janeiro e no morro da Mangueira. Esta situação nos deixou surpresos com o desenrolar da história, gerando muitas interrogações e risadas na reunião da equipe posterior ao evento. As brincadeiras, a inventividade e a mobilização do/no território, em suas redes de solidariedade, estiveram presentes nas reuniões de equipe onde pudemos

⁶² A CF Dona Zica conta com o trabalho de uma van para levar e trazer os usuários até Unidade com uma rota previamente descrita, mas buscávamos fazer alguns acordos sempre que era possível a fim de viabilizar o maior conforto ao usuário. Este veículo foi uma articulação entre a figura política da área em acordo com o Secretário de saúde. O serviço é custeado pela OSS.

refletir juntos sobre as estratégias realizadas, a imprevisibilidade da situação e a potência do cuidado nos arranjos coletivos.

Este relato traz à cena também os inúmeros atores envolvidos no cuidado no trabalho da ESF: a entrada da vizinha, a alternativa encontrada por ela e pela ACS no recurso do rádio, vários ACS atuando juntos, a enfermeira, a gerente, o médico, o motorista e, principalmente, mostra a diversidade, a beleza e a complexidade do trabalho da atenção básica. São histórias de vida-trabalho que reforçam a necessidade de construção de um cuidado com linguagens diferenciadas e que é possível de ser efetivado a partir da potência do trabalho coletivo. Coletivo como processualidade e potência de diferenciação que:

Não pode ser confundido com população, grupo ou sociedade, sob o risco de deixar em suspenso a potência que esse conceito carrega e sua capacidade de afirmar a diferença. [...] sustentar a potência do **coletivo** como movimento de criação e resistência na saúde. Acreditamos que seja possível - e necessário - sustentar o princípio instituinte do **coletivo** na saúde, uma vez que ele é condição de possibilidade para mudanças concretas. (GUIMARÃES; SILVA, 2016, p.941)

Acompanhar algumas visitas domiciliares em companhia com o ACS nos ajuda a entender e lidar com as delicadezas, dificuldades e manejo das equipes no cotidiano de trabalho da ESF. O itinerário das visitas também se configura como oportunidade para nos aproximarmos da vida desse grupo de trabalhadores, experimentar seu manejo frente às situações de recusa do cuidado e aos modos como acessam as famílias, enfrentando situações de desconfiança, risco, e de 'caça jeitos' de cuidar.

Uma possibilidade no caminho das visitas é compartilhar suas preocupações advindas do conhecimento das intimidades de seus vizinhos. As dificuldades em executar o preenchimento da ficha de cadastro, que pode ser avaliada como uma atividade simples justifica-se por carregar a desconfiança por conter informações das pessoas (número de documentos, endereço, doenças crônicas, hábitos...) que em alguns casos se colocava como um risco conhecer "demais" suas vidas.

Os ACSs estão inseridos nos modos de vida das comunidades que atendem e, ao mesmo tempo, pertencem e lidam contraditoriamente, como pude observar em alguns momentos, com a incorporação de hábitos sanitários amplamente debatidos e prescritos, como por exemplo: não jogar o lixo na rua, utilizar água filtrada, não beber água diretamente da torneira. O encontro com essas experiências oferece pistas importantes para discussões nas temáticas referentes à promoção da saúde no processo de educação permanente, visando a encarnação não moralizadora de modos mais saudáveis de cuidado em saúde individual e coletiva.

A inclusão destas situações como matéria nas discussões sobre o processo de trabalho convoca um manejo de gestão para escapar de um lugar de supervisão que “aponta erros”, o que seria uma intervenção invasiva, produtora de falta, como é tão comum encontrarmos nas atividades do trabalho. O desafio é encontrar um modo de fazer, porque é parte do trabalho intervir, mas de modo que seja uma experiência de preocupação e cuidado. Na situação do lixo, abaixei e peguei até encontrarmos a lixeira mais próxima (o que demorou), e na situação da água, fomos conversando no retorno até a unidade. Uma intervenção baseada restritivamente em crítica promove o endurecimento das pessoas, despertando naturalmente suas defesas e retirando sua espontaneidade, o que não é o desejo. Com Lancetti (2010) aprendemos que a:

Suspensão provisória da opinião: Toda equipe possui uma teoria para compreender a vida e, diante do desespero, tende a ajudar a outra sugerindo que faça o que ela faria. Todas as pessoas têm crenças religiões: Todas devem ser aceitas. Devemos procurar nos relacionar sem dar conselhos inicialmente. Todas as pessoas loucas ou não, mantêm um diálogo com um interlocutor invisível e a maneira que escolhemos para intervir nesse diálogo é algo muito delicado e será resolvido na discussão de casos que ocorreram sistematicamente entre as equipes (LANCETTI apud CHAGAS, p.65,2010)

Uma ACS, Adriana Damázio, que está na função desde o ano 2000 na cidade do RJ, define de modo muito interessante sua função:

O ACS é aquele que faz vínculo entre o usuário e a Unidade de Saúde, é aquele que escuta as histórias que muitas vezes os usuários não querem contar, que acompanha o usuário até a Unidade quando não tem mais ninguém para acompanhar, aquele que arruma um jeito para cuidar uma alegria (extraído do Diário de campo, 2015)

Essa “alegria” dos ACS pode ser identificada no desenvolvimento da sua prática ‘caça jeito’ diária, independente de como esteja a sua vida particular. Um desafio realizado por este grupo de profissionais com maestria! O cuidado envolve a subjetividade através do afeto, do acolhimento, da confiança mútua, do respeito pelas diferenças⁶³, da solidariedade e a responsabilidade contínua. O cuidado é compreendido como uma estratégia de produção favorável à vida digna de ser vivida (NEVES, 2004, p.12). Entendemos com Boff que:

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que o momento de atenção. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro (1999, p.33)

Uma das tecnologias implantadas na expansão da AB, como vimos, foi o prontuário eletrônico (voltaremos a esse ponto no terceiro capítulo): uma ferramenta responsável por compilar e gerar as informações da carteira de serviço⁶⁴ que contemplam os dados dos contratos de gestão, indicadores e remuneração por desempenho dos profissionais. Uma das observações iniciais sobre o impacto do uso do prontuário eletrônico nos serviços foi o fomento de um clima de competitividade entre as equipes. O clima de competitividade poderia emergir nas situações mais corriqueiras, quando um profissional apresentava maior destreza em usar o computador, o que era comum entre os ACS de menor faixa etária, ou

⁶³ Em acordo com o pensamento de Boaventura (2003) quando afirma que: “temos o direito a ser iguais quando a nossa diferença nos inferioriza; e temos o direito a ser diferentes quando a nossa igualdade nos descaracteriza. Daí a necessidade de uma igualdade que reconheça as diferenças e de uma diferença que não produza, alimente ou reproduza as desigualdades” (p,56).

⁶⁴ A Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (APS) é um documento que visa nortear as ações de saúde na atenção primária oferecidas à população no Município do Rio de Janeiro. Todos os profissionais, gestores e população devem se apropriar dos serviços de saúde oferecidos na APS/ <http://www.rio.rj.gov.br/dlstatic/10112/137240/DLFE-228987.pdf/1.0>

durante a campanha do outubro rosa, mês mundialmente eleito para ações em prol da prevenção do câncer de mama.

O entendimento das metas aparecia como outro ponto importante de ser analisado. Elas não pareciam ser compreendidas como fruto dos esforços das equipes na melhoria do acesso e da qualidade assistencial, mas como um “estímulo” financeiro. Um dos exercícios do trabalho como gerente era colocar as metas como o resultado de um processo, como consequência da qualificação do trabalho das equipes, e não como diretriz. Nesse sentido, buscava não falar excessivamente sobre as metas com as equipes, mas estimular o serviço para oportunizar mais encontros de trocas entre os profissionais e equipes. Alguns profissionais notavam essa estratégia e a valorizavam positivamente, outros solicitavam que eu fosse mais rígida e cobrasse as metas dando exemplos de como “funcionava” a cobrança em outras Unidades. Em outras situações também havia a cobrança para o exercício da gerência com maior rigidez e menos diálogo. Nestes momentos lembrava das aulas na UFF com a professora Cristina Mair Rauter quando, ao falar dos afetos e da liberdade em Espinoza, a mesma problematizava as práticas de servidão e de como os homens lutavam por sua servidão como se fosse por sua liberdade (Deleuze, 2002).

As observações de como funcionavam algumas relações de trabalho e o entendimento por uma parte da equipe da necessidade do trabalho da gerente se desenvolver de modo mais “rígido”, produzindo maior obediência/assujeitamento e “menos conversa”, refletiam um aspecto importante da organização da sociedade na contemporaneidade. Ao mesmo tempo, faziam refletir sobre o que produzia o entendimento de que o lugar de gerente deveria produzir ameaça que deveria suscitar o medo, como uma estratégia “positiva” para o alcance das metas. Essa percepção se manteve em vários momentos durante os anos de expansão da AB. Embora mantivesse o esforço de não estimular a competição entre as equipes, a disputa e a rivalidade – elementos que não favorecem a prática de cuidado –, estes encontravam abrigo em alguns momentos na CF Dona Zica.

Durante a campanha do outubro rosa, as equipes com maior número de atendimentos e coletas de exames colpocitológicos recebiam um adicional no salário pela meta atingida na linha de cuidado da saúde da mulher. Nesta campanha, momento em que as unidades ofertam em larga escala o exame do preventivo e a

mamografia, duas médicas de equipes diferentes, que perseguiram avidamente as metas em seu aspecto financeiro, fizeram uma rifa de um liquidificador para ser sorteado entre as mulheres da comunidade. O objetivo era “estimular” o aumento de exames na sua equipe e, conseqüentemente, conquistar o adicional (pay for performance) no salário.

Essa situação não foi trazida por nenhum profissional como questão. Todos destas equipes sabiam que havia uma rifa e que já estava em curso. Soube deste fato acidentalmente ao entrar na sala e estranhar a presença do liquidificador. A naturalização desse fato pela equipe produzia uma inversão de valores no cuidar e deixava claro o quanto qualquer estratégia seria válida, desde que o objetivo financeiro em relação às metas fosse atingido. Como chegamos a esse vale tudo? Era o que questionava e me perturbava, pois sabia também dos vários estudos que faziam severas críticas em relação à efetividade dessa prática em relação ao gasto laboratorial e à exposição desnecessária das mulheres ao exame da mamografia (GOTZSCHE, 2016). Contudo, sabia que esta última prática não era uma questão que as unidades tenham autonomia para gerir.

No mesmo dia, reunimo-nos em equipe para falarmos sobre este fato. Na proposta de trabalho da Unidade, a equipe era solicitada para desenvolver o cuidado em saúde, em consonância com a dignidade da vida, de forma a incentivar a autonomia das mulheres para escolher ou não realizar o exame, buscando promover um despertar para o cuidado consigo. Na prescrição de trabalho pelo Ministério da Saúde a solicitação era para desenvolver uma prática de corresponsabilidade. Paradoxalmente, a equipe multiprofissional era formada por oito mulheres que não pareciam interrogar o que significava colocar um objeto como troca, uma mercadoria que serviria de incentivo para que uma mulher se submetesse a um exame invasivo como é o exame preventivo.

Essa postura também desconstrói alguns discursos de gênero e identidade que defendem o pertencimento como única possibilidade para legitimar um lugar de fala, especialmente em relação às questões relacionadas às minorias de raça e gênero⁶⁵. Como mulheres podiam naturalizar esta violência como sendo um

⁶⁵ Alguns grupos de militantes possuem um discurso muito fechado em relação a participação do coletivo para discussão das questões das minorias. Por exemplo: só mulher pode participar ativamente no movimento feminista, muitas vezes excluindo travestis, lésbicas, homens. Neste caso, me remeto, também, a uma experiência pessoal, enquanto mulher afrodescendente não pude participar de uma reunião do grupo DENEGRIR, um coletivo da UERJ, certamente por não ter a

cuidado? Do que se cuida quando estabelecemos com o usuário uma relação de objetificação? Ao nomear estas práticas como cuidado em saúde pode-se promover práticas extremamente cruéis, e o cotidiano do serviço mostra como não devemos duvidar desta possibilidade no ESF.

A escolha mais adequada seria oportunizar o acesso às mulheres que desejassem realizar o exame e que estivessem há mais tempo sem acessar o serviço, o que seria possível de identificar através das listas geradas pelo prontuário eletrônico e dos registros do acompanhamento dos Agentes Comunitários de Saúde. Entretanto, em meio a essas orientações coexiste o capital laminando subjetividades individualizantes, ávidas de vantagens de si/para si, que nesse caso está explícito no retorno financeiro obtido com o alcance das metas e sua visibilização na unidade. A estratégia utilizada por esta equipe ‘perdeu o juízo’, como resume o ditado popular que é muito utilizado pelos usuários nos serviços. A equipe, neste caso, cooptada pela monetarização do cuidado – valor financeiro atribuído a realização dos exames – perdeu-se em relação ao sentido das suas práticas do trabalho.

A produção da competitividade (sã emulação) como incentivo à produtividade irá aparecer em vários momentos no processo de trabalho e, como abordamos anteriormente, faz parte da lógica neoliberal presente nos modos de gerenciamento da RCAPS. O que vamos percebendo em acordo com Lazzarato (2011) é que nesta lógica:

Para poder “deixar andar”, é preciso intervir o mais possível, intervir simultaneamente sobre as condições econômicas e sobre as condições não diretamente econômicas de funcionamento do mercado e da concorrência. Não se trata de intervir sobre o mercado, mas pelo mercado. Intervir para que os “frágeis mecanismos” da concorrência possam funcionar, significa desenvolver as condições, nomeadamente sociais, do seu funcionamento. (LAZZARATO,2011, p.16)

É importante sinalizar que um dos objetivos das recém-contratadas OSs era manter as equipes de ESF com o número completo de profissionais (as equipes com o cadastro completo no Cadastro Nacional de Estabelecimento de Saúdes (CNES) – o que também garantia maior repasse do Ministério da Saúde e explicitava a competitividade entre as próprias OSs. Entre os profissionais, o médico era o que

quantidade de melanina prescrita. Quando tentei participar estava escrevendo uma dissertação de mestrado sobre a saúde da população negra.

apresentava o menor tempo de continuidade nos serviços e menor disponibilidade para contratação. Diante desta realidade, as OSs criaram condições diferenciadas para “convidar” o médico para trabalhar na ESF como: pagamento do combustível, adicional para especialização (quando não havia para os demais profissionais com a mesma especialização), variação no valor do salário dependendo da AP e da performance no atendimento das metas.

As equipes de saúde, quando compreendem seu papel numa perspectiva ampliada da clínica como agentes de cuidado e produtores de subjetividades, podem produzir práticas de cuidado ancoradas em outros valores diferentes da monetarização e da sã emulação. Uma postura do fazer no qual o vínculo e o afeto possibilitam a abertura de novas experiências sensíveis e existenciais. Na agonística entre a monetarização do cuidado e um cuidado a favor da dignidade da vida se produzem os trabalhos equipes da CF D. Zica.

Entendemos, de acordo com GAMA (2017), que ao “ênfatisar as relações contratuais do mercado, o neoliberalismo se propõe como uma ética em si capaz de servir de guia a toda ação humana e possível de substituir todas as crenças e éticas anteriores” (p.53). No exercício da prática da gestão na contemporaneidade, faz-se necessário indagar os projetos políticos que se agenciam, disputando os fundos públicos e as propostas desenvolvidas no trabalho em saúde pública. Essas indagações também despertam a preocupação com a continuidade da expansão da AB e da ESF na cidade como estratégia de saúde pública, e não como um programa de governo. Será possível manter o clima da “nova era” traduzida na expansão do acesso e na qualidade dos serviços com o modelo diretamente vinculado às Organizações Sociais?

2.6. Buscando Alguns Afetos e Ressonâncias para Pensar o Lugar de Gerente

Em muitas ocasiões, durante o contato com outros gerentes nas reuniões de avaliação e planejamento, pudemos experimentar estranhas sensações como: silêncios frente às questões que escapavam dos objetivos e metas prescritos, solidão por ausência de ressonância das problematizações que tentavam partilhar

quanto aos efeitos de algumas prescrições no processo de trabalho, e a impressão de andar fora dos trilhos.

No início do trabalho como gerente trazia um olhar mais amadurecido em relação aos agravos na saúde da população negra moradora das comunidades populares e defendia a importância da construção de uma clínica diferenciada nestas áreas. Havia finalizado o curso do mestrado há poucos meses e me sentia convocada a problematizar questões clínico-políticas do campo. O silêncio que percebia é difícil de descrever, como se qualquer movimento no sentido de desarranjar aquela “ordem” nos deslocasse para “fora da roda”. A experiência era de estar em meio a dualidades excludentes nas composições do processo do trabalho.

Num cenário inicial de trabalho como gerente numa Unidade localizada no Complexo do Alemão com doze equipes de ESF e responsabilidade sanitária por 48.000 pessoas, buscava parcerias para pensar e construir estratégias conjuntas com os parceiros de função para a lida no território. Em uma localidade cuja política de segurança do local chamava-se polícia pacificadora (UPP)⁶⁶, eu indagava: Como proteger o espaço da Unidade para que os policiais não entrassem armados? Qual o impacto na saúde das pessoas na vivência desta modalidade repressiva no território? Como manter as VDs e os registros atualizados no caderno de serviços, preservando a vida das equipes em tempos de tiroteio? Não havia ressonância.

⁶⁶ Do ponto de vista conceitual, as Unidades de Polícia Pacificadora (UPPs) não podem ser consideradas como política pública, pois entendemos que a dimensão pública da política depende da participação social em todas as fases da sua realização (produção, efetivação e execução). A política pública efetiva-se com a participação substantiva da sociedade civil. Isso não se configura no projeto das UPPs, que foram pensadas e executadas pelo Estado sem qualquer participação social com as comunidades onde foram implantadas (..). Além disso, não existe lei ou normativa que regulamente as UPPs e o seu modelo de ação, seus limites operacionais e objetivos institucionais. Desse modo, pode-se considerar que as UPPs são, no máximo, uma política de governo, pois expressam um determinado projeto do governo do Estado do Rio de Janeiro. Assim, estão propensas às estratégias de governo e aos seus interesses específicos, que não podem ser confundidos com os interesses do conjunto da sociedade e dos direitos humanos como um todo. (...) A UPP é alçada a um patamar de solução mágica para a segurança pública, sem atentar para alguns elementos que seguem inalterados nessa mesma política de segurança. (..) um avanço seria tratar as questões do tráfico de drogas sem recorrer à lógica da guerra, que estimula a produção de uma sociabilidade violenta (DIAS, 2012).

O que ganhava forças nestes encontros era, muitas e reiteradas vezes, as falas que descreviam as medidas severas em curso para que as equipes “cumprissem as metas”, mesmo em situações relatadas de falta de estrutura material para tal. Essas situações eram presentes nos discursos e práticas que relatavam a cobrança excessiva das equipes, mesmo nas situações em que não havia suporte adequado para cumprir a atribuição. Um exemplo disto pode ser dado na atividade de atualização dos dados cadastrais: as equipes não dispõem de computadores suficientes para o número de profissionais desenvolverem essa atividade e a alternativa encontrada era a construção de escalas, incentivo ao trabalho além do turno e o que fosse necessário para que a meta fosse atingida. Alguns gerentes davam ênfase na cobrança realizada no local de trabalho, dizendo “que não admitiam quando algum colaborador reclamava da falta de recurso”.

Nos discursos entre os pares (gerentes e supervisores) havia uma valorização dos profissionais que mais trabalhavam aos sábados, em detrimento dos demais que cumpriam sua carga horária sem horas extras. Num almoço de gerentes, um deles fazia o seguinte questionamento: por que não demitir todos os ACSs e contratar para esta função técnicos de enfermagem? Esta fala mostrava o desconhecimento da política da ESF, além de uma dureza e uma objetificação desqualificadora do colega de trabalho. Nós também queríamos cumprir as metas, expandir com qualidade o cuidado, deixar os cadastros atualizados, alimentar o sistema com dados reais do trabalho realizado, cumprir as responsabilidades do processo de trabalho, sermos avaliados. Porém, o que interrogávamos eram os meios para que isso acontecesse. A custo de que vida se mantém o cadastro atualizado?

Ao longo dos anos, foram muitas as situações vivenciadas. Numa delas fui questionada sobre o porquê de ir ao enterro de uma criança de oito anos que havia sido atendida na Unidade e ido à óbito horas depois em função das consequências de uma meningite. Passado o estranhamento e indignação com a pergunta, respondi: Não deveríamos questionar o porquê da morte da criança? Por que a ambulância demorou em chegar até a unidade?

Durante uma aula da disciplina eletiva com o professor Emerson Merhy, realizada na Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), durante o curso de doutorado na UFF, discutíamos algumas destas situações e os tensionamentos

entre o trabalho real e as prescrições gerenciais desencarnadas do território e suas necessidades. Durante a aula, além de dividir com os colegas e o professor os desafios, pude fazer uma associação entre o que discutíamos e o conceito de Hanna Arendt (1961) denominado “banalidade do mal”⁶⁷. Arendt afirma que o mal, quando atinge grupos sociais, é político e ocorre onde encontra espaço institucional. A banalidade do mal se instala no vácuo do pensamento, trivializando a violência. Com o devido recorte histórico, pois a autora cunha esta expressão no contexto do julgamento do nazista Eichmann (1960), em Jerusalém, o qual acompanhou como correspondente da Revista New Yorker, pensamos juntos a estranha atualidade deste conceito na contemporaneidade, com a ressalva de estarmos observando esta prática nos serviços de cuidado à saúde.

Entre as prescrições presentes no manual elaborado para o cargo da gerência consta:

Os gerentes são os motores que transformam nossas ideias, nossas intenções, nossas metas em resultados. Um dos papéis mais importantes dos gerentes é criar um ambiente de trabalho solidário, colaborativo, eficiente e feliz para que seus funcionários possam trabalhar. (ENSP, 2011,p.4)

O lugar de executores e motores “das nossas ideias, nossas intenções, nossas metas e resultados” ganhava vida e tradução nos processos de sua emulação deste jogo de forças. Alguns gerentes incorporavam essa orientação de modo literal, cumpriam burocraticamente o que era prescrito para a função, demonstrando uma estranha ‘flacidez’ ética. Pareciam ter renunciado a pensar, e isto produzia um grande mal-estar em alguns de nós, assim como uma experiência de afastamento do grupo. A pesquisa, o encontro com professores e a orientação foram espaços efetivos de saúde para a sustentação e construção da aposta na indissociabilidade entre clínica e gestão. Em acordo com Passos (2010):

⁶⁷ Hannah Arendt (1906-1975) foi uma filósofa judia, de origem alemã, autora de vários livros que desenvolveu o conceito de “banalidade do mal” no livro “Eichmann em Jerusalém”, um ano após acompanhar seu julgamento em Jerusalém como correspondente da Revista New Yorker. Sofreu muitas críticas da comunidade judaica e de intelectuais judeus ao definir o nazista Eichmann, não como o monstro responsável pela solução final- extermínio dos judeus, mas, como um mero soldado, um funcionário zeloso que foi incapaz de resistir às ordens que recebeu. Ele não pensa, obedece. A incapacidade de pensar banaliza o mal. Este é o grande perigo! (Arendt,1999)

Urge a construção e disseminação de novas tecnologias de cuidado, inspiradas em uma outra gramática, na qual palavras como “vínculo” e “afeto” substituem eficiência e eficácia. Um jeito de fazer saúde no qual falamos de “cuidado” e de “atenção” sem cobrar abstinência de ninguém. Onde “acolhimento” substitui a noção de “contenção” e a “continência” substitui a noção de “controle”. Uma nova postura na construção de um “novo fazer” que tem como princípio o compromisso ético em defesa da vida, colocando todos da REDE na condição de responsáveis pelo “acolhimento” e “cuidado”. (p. 12-13)

‘

III- TRABALHO, GERÊNCIA E GESTÃO: ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Escolha simples, obra penosa: pois é preciso ao mesmo tempo espreitar, por baixo da história, o que a rompe e a agita, e vigiar um pouco por trás da política o que deve incondicionalmente limitá-la. Afinal, é meu trabalho; não sou o primeiro nem o último a fazê-lo. Mas o escolhi.

(Foucault, 2004a)

O trabalho na gerência, inspiração para esta pesquisa, partiu das experiências clínicas anteriores nos serviços de saúde pública e do pressuposto de que o processo gestor acontece de modo coletivo através das atividades realizadas por todas as pessoas que compõem o serviço. Esse olhar para a gestão encontrou suporte teórico na perspectiva ergológica: uma ferramenta que faz ressonância com nossa aposta de trabalho. Pensar o mundo do trabalho de acordo com a perspectiva ergológica é compreender esse campo pelo que nos captura em meio à atividade humana e que se dá em negociação contínua com as normas (SCHWARTZ, 2007). A problematização da norma e da atividade nos permitiu expandir a compreensão do campo do trabalho da ESF que experimenta, cotidianamente, o encontro paradoxal com a inflação e o vazio de normas. Nosso desafio se coloca no sentido de problematizar, executar e traduzir essa possibilidade de experiência gestonária.

3.1 A Perspectiva da Ergologia

A ergologia é um tipo de *pensamento-ação*, um tipo de *in-disciplina* (Athaíde e Brito, 2007) que convoca o pensamento a pôr-se em conversação com redes de saberes e de experiências concretas e suas imprevisibilidades e variabilidades. Este entendimento não é domínio privado de nenhuma disciplina, mas implica na

experimentação analítica da atividade um funcionamento transdisciplinar e trans-saberes⁶⁸.

Nesta pesquisa, acolhemos como referência a definição de Schwartz (2007) quando diz que “a ergologia é um projeto de melhor conhecer e, sobretudo, de melhor intervir sobre as situações de trabalho para transformá-las” (p.27) e, nesse sentido, lança luz sobre a atividade humana. A palavra ergologia tem como prefixo *ergo*, de origem grega, que significa “ação, trabalho, obra”, e nos indica a incorporação do trabalho enquanto atividade para o centro do conceito. A perspectiva ergológica advém das mudanças no contexto socioeconômico do trabalho, que ocorreram especificamente nos anos 80, na Europa. Neste período, emergem as questões provenientes do processo de declínio do taylorismo, entre elas:

O surgimento das novas técnicas e tecnologias, assim como de redução do tamanho das empresas e fábricas. Um contexto de mudança — do trabalho e da sociedade. Na universidade, como professores, como pesquisadores, entendemos que deveríamos integrar essas mudanças ao nosso ofício, propondo cursos e pesquisas afinados com mudanças. A nossa questão, para ser breve, era: “é verdade que muitas coisas estão mudando no mundo econômico, do trabalho e social, mas o que está realmente mudando? Será que sabemos suficientemente bem o que está mudando?”. E a partir da discussão das mudanças do trabalho, surgiu a seguinte questão: “o que é o trabalho?” (SCHWARTZ, 2006, p.458.)

Os estudos da ergologia (embora ainda não tivessem essa terminologia que foi adquirida nos anos 90) tiveram início nos anos 80, através de uma experiência inicial num estágio que integrava o processo de formação realizado com um grupo de trabalhadores da região de Provence Côte d'Azur, na França. A demanda, que foi inicialmente de trabalhadores sindicalistas, era de trabalhar as dificuldades de intervir politicamente no mundo do trabalho, que estava se transformando de forma

⁶⁸ Aqui entendemos como trans-saberes os saberes que ultrapassam as fronteiras, incluindo os saberes que são produzidos no corpo, nas experiências da vida. Implica no desenvolvimento da atividade em funcionamento transdisciplinar que é a experiência que habita fronteiras, os trans-saberes aparecem justamente nessas fronteiras, que escapam e não se encaixam.

acelerada com inovações tecnológicas e organizacionais. Em menos de uma década, a estratégia de acumulação capitalista havia mudado e produzia novos desafios, tanto para os trabalhadores quanto para os pesquisadores universitários que também se sentiam em forte descompasso com as mudanças que aconteciam nas empresas. No início desse trabalho de estágio, o que os pesquisadores traziam como questão era a complexidade em relação ao processo do trabalho, mas ainda de acordo com Schwartz “era uma intuição sobre a complexidade da atividade de trabalho” (2006,p.456). Estes trabalhos tiveram três influências importantes:

- Das intervenções realizadas pelos ergonômistas da atividade que evidenciaram a existência da diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho efetivamente realizado, devido a necessidade de regulação da variabilidade, o que demonstrou que a gestão do trabalho não se esgotava com a prescrição gerencial e dependia fortemente da gestão dos trabalhadores dos processos em curso;
- Das intervenções realizadas nas fábricas italianas, pelo que se denominou Modelo Operário Italiano, que experimentava dispositivos denominados de comunidades científicas ampliadas que reuniam trabalhadores e profissionais de pesquisa cooperando como protagonistas em intervenções visando compreender a nocividade do trabalho e transformá-lo. Os trabalhadores deixavam de ser fonte de informação para ativamente decidirem conjuntamente sobre os caminhos e os critérios de validação ética e epistêmica da pesquisa;
- Dos trabalhos de Canguilhem que vão abordar a diferença entre saúde e normalidade, enfatizando que os viventes precisam da produção de novas normas para fazer face as infidelidades de um meio que lhes é sempre infiel. Assim, os viventes não apenas se adaptariam ou responderiam a estímulos do ambiente, porque o meio de vida não apenas se apresenta como constrangimento e restrição, mas seria também construído ativamente pelos viventes.

A experiência inicial com o grupo de trabalhadores favoreceu a discussão das situações cotidianas no processo de trabalho, o que nos leva a pensar que, entre esse grupo de pesquisadores e trabalhadores, construía-se, neste momento, um olhar para a micropolítica do processo de trabalho que era realizado a partir da atividade. No processo de formação da pesquisa, foi necessário instrumentalizar teoricamente os trabalhadores no sentido de problematizarem suas práticas. Segundo Schwartz (2006), nessa época ocorre uma oportuna e importante troca de saberes acadêmicos entre os profissionais que se ocupavam em pensar/investigar o mundo do trabalho, sendo parte da referência teórica e metodológica a pesquisa realizada pela ergonomia de Língua Francesa, especificamente com os autores Alain Wisner e Jacques Duraffourg⁶⁹, ambos ergonomistas, que de acordo com o Schwartz (2006):

Apropriaram-se do conceito de 'atividade' que vinha da psicologia soviética, em que Vigotski e Leontiev são as referências. Esta [a atividade], por sua vez, vinha de Marx, que também retrabalhou a herança de Hegel e Kant, toda uma tradição envolvendo o conceito de atividade. A ergologia conseguiu juntar a história do conceito de atividade, de um lado, com os ergonomistas e, de outro, com a herança da filosofia da vida de Georges Canguilhem (p, 459)

O mundo do trabalho, de acordo com a perspectiva ergológica, é compreendido como um campo que nos captura pela “retaguarda do que tange a atividade humana”, uma atividade que se dá em negociação contínua com as normas (Schwartz, 2017, p.31). Este entendimento parte da referência do pensamento de Canguilhem (2002) quando afirma que:

A norma exprime o que uma instância avalia como devendo ser: segundo o caso, um ideal, uma regra, um objetivo, um modelo. Esta instância pode ser exterior ao indivíduo {normas impostas e mais ou menos assumidas}, como pode ser o próprio indivíduo {normas instauradas na atividade}, porque cada um procura ser produtor das suas normas. (SCHWARTZ e DURRIVE, 2008, p.,26 apud BRITO, MUNIZ, SANTORUM, RAMMINGGER, 2011, p. 24)

⁶⁹ Alain Wisner, do Conservatoire National des Arts et Métiers (CNAM) [Conservatório Nacional de Artes e Ofícios]. Jacques Duraffourg foi o ergonomista que fez a ponte com o laboratório de Wisner no CNAM, em Paris.

Schwartz (2000a), tomando como herança o pensamento de Canguilhem, analisa as normas antecedentes com o objetivo de compreender as normas que servem como referência para a realização do trabalho antes mesmo deste acontecer. Nesse sentido, adquirem um significado diferente do que é o trabalho prescrito, que tem a predefinição das tarefas, o modo de realização e os resultados a serem obtidos definidos previamente pela gerência (Alvarez e Telles, 2004). As normas antecedentes incorporam as normas construídas historicamente pelos próprios trabalhadores que se transformam num patrimônio coletivo como referência para a sua ação. Além disso, incluem-se na direção operacional mais concreta do trabalho, mas a concretização da atividade é fruto do embate de normas.

3.2 O Debate de Normas nas Práticas de Visitas Domiciliares Envolvendo a Estratégia da Saúde da Família

Tomamos como um exemplo das situações que envolvem as normas antecedentes e a negociação das normas, no cenário do trabalho da Estratégia de Saúde da Família, a prática das visitas domiciliares (VD). As atividades no território, e entre elas as visitas domiciliares, são estratégias clínicas diferenciadas e potentes dentro da perspectiva do trabalho desenvolvido pela Estratégia de Saúde da Família. Ao longo dos anos, esta intervenção se reafirma como um recurso efetivo no território no sentido de favorecer a construção de vínculos entre usuários e profissionais através do desenvolvimento de cuidados na prevenção, tratamento e reabilitação de doenças e agravos. Esta prática também reflete o investimento na possibilidade de ampliação do trabalho em saúde, incluindo atores do território nos processos de intervenção em saúde. Estas atividades no território também se inserem na tênue linha entre as práticas de controle da população e de extensão de direitos.

Atualmente, as áreas que são reconhecidas publicamente como áreas de maior vulnerabilidade – e aqui entendemos como área de vulnerabilidade as localidades onde a população está exposta aos riscos da violência em função dos conflitos armados, gerados pela disputa do tráfico de drogas ou das ações policiais,

áreas com baixa oferta de serviços públicos (saneamento, mobilidade, saúde, educação) e de entrada da população migrante em busca de melhores condições de vida oriundas do nordeste ou de outros países⁷⁰ - também são as áreas estigmatizadas pelas traduções desses espaços que associam violência com pobreza e, deste modo, prejudicam ou impendem o acesso dessas pessoas a espaços na cidade que, para um outro grupo de brasileiros, significa um pertencimento comum. São localidades onde são somados atributos que negativizam esses territórios e, conseqüentemente, a população moradora desses espaços.

No mapeamento do trabalho da CF Dona Zica, identificamos como a área de maior vulnerabilidade uma ocupação num prédio desativado onde funcionava o IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Na cidade do Rio de Janeiro, as áreas comumente descritas como de maior vulnerabilidade são as áreas ocupadas pelas Comunidades Populares. Na fase de implantação da expansão da AB, com a Reforma dos Cuidados da Atenção Primária em Saúde, esses territórios foram priorizados por representarem o menor PIB (Produto Interno Bruto)⁷¹ na cidade e por contarem com baixa ou nenhuma cobertura dos serviços de saúde.

Nos anos 90, as práticas das visitas domiciliares se atualizaram em sintonia com os avanços das propostas de um novo modelo de atenção à saúde, que nesta época começava a receber maior investimento em torno da promoção da saúde individual e coletiva, que foram incorporadas ao Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). O PACS foi implantado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1991 (Brasil,2012), sendo iniciado na Comunidade da Mangueira em 2000. Na Estratégia de Saúde da Família (ESF), as visitas domiciliares compõem uma das normas incorporadas ao trabalho de todos os profissionais das equipes de saúde.

⁷⁰ O Complexo da Maré, um conjunto com dezesseis Comunidades localizadas paralelamente a AV. Brasil uma importante via de entrada e saída da cidade há uma grande concentração de imigrantes angolanos e de outros países africanos.

⁷¹ PIB é a sigla para Produto Interno Bruto, e representa a soma, em valores monetários, de todos os bens e serviços finais produzidos numa determinada região, durante um determinado período. O PIB é um dos indicadores mais utilizados na macroeconomia, e tem o objetivo principal de mensurar a atividade econômica de uma região. Na contagem do PIB, considera-se apenas bens e serviços finais, excluindo da conta todos os bens de consumo intermediários.

O objetivo prescrito para a realização das visitas domiciliares é o atendimento da população cadastrada em sua localidade de moradia, na área adstrita, observando suas condições de vida individual e familiar, as situações de moradia (número de ambientes, ventilação, higiene), as atividades dos moradores e a escolaridade. Em relação as crianças, é preciso dedicar maior atenção à situação escolar, ou seja, se estão matriculadas na escola e no ciclo proporcional à idade, à imunização (verificar a caderneta de vacinação), à atualização cadastral, entre outros fatores (BRASIL,2006b). Esta atividade é uma norma do programa, mas o modo de realização desta atividade será desenvolvido cotidianamente no território do trabalho.

No trabalho como gerente, uma das atividades com as equipes era criar espaços de diálogos sobre a potência das visitas domiciliares. Esta atividade pode ser utilizada como uma ferramenta para conhecermos as pessoas e o território, construindo um universo de saberes que é singular desta atividade clínica. Na experiência do trabalho como psicóloga, a visita domiciliar permitiu, em inúmeras situações, a construção de um olhar fidedigno sobre as situações vividas pelos usuários e a possibilidade real de cumprirem prescrições clínicas que lhe eram propostas. Este era um espaço especial de construção do cuidado e do olhar que fui tecendo ao longo dos anos em relação às Comunidades Populares. Nas conversas com as equipes, também buscava partilhar dessas experiências e provocar um contágio (LANCETTI, 2006) para a construção de um modo respeitoso e ético de entrar na casa e na vida das pessoas.

A situação trazida no primeiro momento do trabalho com a experiência da Equipe Entorno em relação ao morador que “estava brincando de pobre na Mangueira”, conforme nomeou a situação com muito bom humor uma ACS, ajudamos a traduzir o que buscamos evidenciar sobre as possibilidades de experimentações através das visitas domiciliares. Em outra situação vivida pela Equipe Chalé na CF Dona Zica, também seguimos no sentido de mostrar como se dão alguns processos de negociação das normas no desenvolvimento da atividade com a ESF. Nos serviços públicos de saúde, existem encontros de atividades: a atividade dos profissionais de saúde enquanto atividade do trabalho e a atividade do usuário. Um serviço encontra uma relação de atividades, o que o torna extremamente complexo.

A Equipe Chalé, numa atividade de visita domiciliar, chegou até a casa de uma família que havia sido escolhida preferencialmente para a visita pela presença de uma pessoa acamada, de acordo com a identificação da ACS da área. Esta atividade cumpria a agenda semanal que é habitualmente pactuada anteriormente, na maioria das vezes acordada nas reuniões de equipe que ocorrem uma vez por semana. A visita foi realizada por uma equipe multidisciplinar, com uma ACS (todas as visitas são obrigatoriamente acompanhadas pelos ACS), uma assistente Social do NASF (Núcleo de Apoio ao Saúde da Família) e a médica.

Esta equipe contava com uma médica nova e era o seu primeiro emprego. Muitas vezes é comum que, mesmo passando pouco tempo durante a formação pelos serviços de Atenção Básica, ao concluírem a graduação, os médicos recém-formados encontram como primeira oportunidade de trabalho vagas em equipes de ESF. Sendo assim, iniciam o trabalho nas Unidades com pouca experiência na rotina e desconhecimento sobre as funções do serviço da ESF. A pouca experiência da médica está sendo trazida como mais um dado a ser cuidado pelo serviço e pela gerência. A pouca vivência com o território demanda maior preocupação no serviço em relação à agilidade no território em função das rotinas de segurança pactuadas internamente.

Conforme relato da equipe, após retornarem da visita e solicitarem que a gerente participasse da discussão das intervenções clínicas do caso, elas haviam encontrado “uma situação impensável”. A médica avaliou que a senhora que recebeu a visita da equipe estava orientada, mas desidratada, baixo peso, com a higiene comprometida, com urina e insetos juntos dela na cama. Estava na casa acompanhada do marido que se encontrava alcoolizado. Ela relatou para a equipe que estava “abandonada”. O casal tinha dois filhos adultos, um morava fora da comunidade, sem que mantivessem contato, e a outra estava no trabalho. A assistente social e a ACS com experiência no trabalho em situações graves no território reforçavam a preocupação e a necessidade de acionarmos outros aparelhos públicos.

Entendíamos que se tratava de um caso de urgência, e precisaríamos solicitar um recurso de emergência devido à necessidade de hidratação venosa imediata e a realização de exames para identificação de outros possíveis agravos. Neste caso,

como se tratava de um caso atendido no território, conforme as normas prescritas pela SMS, a ESF não solicita diretamente a ambulância, como ocorre nos casos atendidos na Unidade, em que uma ambulância é requerida através do serviço de regulação nomeado “vaga zero” uma modalidade disponibilizada na plataforma de serviço eletrônica no site da SUBPAV⁷². Este suporte também foi introduzido na RCAPS. Quando há necessidade de resgate no território, os moradores são orientados a entrar em contato diretamente com a SAMU pelo telefone 192 e a ESF mantém suporte.

Na discussão da situação, em relação ao estado de saúde e sobre os aspectos que envolviam a condição de saúde desta senhora, emergiram muitas questões, entre elas as redes públicas e sociais (familiares, amigos, vizinhos) que poderíamos construir ou acionar. Em função do estado que a senhora se encontrava, reconhecíamos que se tratava de uma situação que envolvia maus tratos, negligência, e tínhamos a questão: maus tratos de quem? Quais eram os possíveis responsáveis pela situação ter chegado naquele extremo? Porque não tivemos conhecimento anteriormente? Como estava nossa implicação com o território? Essa última é uma questão que emerge com frequência no encontro com as situações que escapam as equipes de saúde nas atividades do cuidado. A impossibilidade de controle, embora seja uma afirmativa da vida, é uma situação que produz questionamentos que são produtivos para problematizar o trabalho, mas também trazem o peso da cobrança em função da responsabilidade sanitária e da necessidade de prestação de contas para as Instituições a que o serviço está submetido hierarquicamente.

Nos atendimentos em que identificamos uma situação de agravo relacionado à violência, incluindo a negligência, como acontecia neste caso, precisamos identificar um responsável legal – preferencialmente um integrante da família – que seja possível acionar como referência para assumir com a equipe o cuidado com a criança, com o idoso, ou com quem esteja com pouca autonomia para se administrar necessitando que um outro o faça. No entanto, conforme ocorreu neste caso, não há a quem recorrer, não é possível seguir o “passo a passo” dos manuais e protocolos,

⁷² Superintendências de Atenção Primária de Promoção da Saúde e de Vigilância.
<https://subpav.org/logar.php>

o que deixa a equipe forçosamente diante de um debate de normas tendo que criar outras normas para conduzir a situação.

O encaminhamento protocolar nas situações as quais não identificamos alguém que possa se ocupar da responsabilidade com os cuidados com a pessoas atendidas pelo serviço de saúde é o direcionamento para abrigos ou para outra instituição pública, quando há condições de saúde que permitam esta referência. Embora esses espaços também estejam em níveis de oferta aquém da necessidade da população na cidade. A filha do casal, mencionada durante a visita domiciliar, estava envolvida com o *comércio da localidade* e não tínhamos acesso. Quem estava acompanhando a senhora em casa era o marido, que também solicitava atenção diante do alcoolismo. Assim sendo, só conseguíamos relacionar a situação de maus tratos às condições de extrema desigualdade social que são vividas por grande parte da população atendida pelo SUS.

A SAMU foi acionada no território e a senhora levada para o CER-Coordenação de Emergência Regional – Centro, que se localiza no centro da cidade, próximo ao Hospital Souza Aguiar. Ambas são Unidades de referência de emergência para a AP.1.0. No processo da internação, a equipe de ESF manteve contato com a assistente social do local, que nos acionava solicitando que articulássemos apoio da família, que também não tínhamos.

A comunicação entre a Equipe da ESF e do CER era mantida de forma muito estreita. A assistente social do CER fazia ligações nos atualizando e buscando apoio através do meu telefone pessoal inclusive nos finais de semana, o que evidenciava a extensão do tempo dedicado ao trabalho das equipes e da gerência que não temos como mensurar. O tempo dedicado ao trabalho é um analisador importante do modo de desenvolvimento do trabalho na contemporaneidade, pois o trabalho não solicita somente as habilidades técnicas, mas captura na produção da subjetividade como veremos em alguns momentos nesta pesquisa.

Neste caso, a visita domiciliar foi a primeira intervenção clínica para acessarmos às inúmeras situações que demandavam o acolhimento. Nas que não tínhamos possibilidades técnicas para atender, foram construídos apoio com os demais recursos disponíveis da rede de serviço de saúde. No entanto, também havia uma situação familiar que mostrava o limite na possibilidade de intervenção. O

limite é uma questão importante enfrentada no processo do trabalho das equipes de saúde, embora seja natural em qualquer situação da vida, transforma-se num analisador que facilmente se traduz em desqualificação. Isso porque os serviços de saúde também estão atravessados pela lógica do mercado que compreende a ausência de limite como competência e a impossibilidade de desenvolver a execução de alguma tarefa como desvalorização numa lógica que incentiva a competição com o outro e consigo.

Nas atividades do trabalho da ESF, inevitavelmente encontramos inúmeras situações nas quais não há possibilidade de contarmos com normas prévias para enfrentá-las, o que demanda a construção de novas normas. Em algumas situações, como ocorreu no caso acima, agrega-se à equipe da ESF atores que compõem a rede de assistência através da intersetorialidade (um desafio na gestão pública⁷³). Entendemos como uma aposta significativa de sustentação subjetiva dos profissionais a construção conjunta de normas que favoreçam a condução das questões heterogêneas as que estão expostas cotidianamente.

A realização da atividade acontece envolvendo o debate de normas, conforme buscamos evidenciar nas situações que se desdobraram após a visita domiciliar da equipe da ESF. A atividade não pressupõe somente o que foi objetivamente realizado, mas tudo o que o trabalhador ficou pensando, todas as reflexões que conduziram a equipe a optar por atuar de determinada forma em detrimento de outra, isto é, todas essas habilidades compõem o processo da atividade (CLÔT, 2006). Após a finalização do período da internação, a senhora retornou para a comunidade da Mangueira e a família segue em acompanhamento pela CF Dona Zica. De acordo com Alvarez e Telles (2004), os conceitos “remetem ao que é dado, exigido, apresentado ao trabalhador, antes do trabalho ser efetivamente realizado” (p.7).

⁷³ A construção efetiva de redes é um desafio que está posto nos serviços, porque não basta a construção formal territorial de uma rede de referência, embora seja importante termos essa construção. Se faz necessário a disponibilidade dos atores, que se traduz na abordagem com os demais profissionais, com as famílias, na construção de linguagem e na escuta do que cada situação solicita.

3.3 O Debate de Normas, o Dimensionamento de Valores e os Fluxos de Trabalho das Linhas de Cuidado

No cenário da Estratégia de Saúde da Família, podemos pensar sobre as normas que visam estabelecer os fluxos diários de trabalho para as linhas de cuidado⁷⁴. Essas normas têm a função de estabelecer a entrada do público alvo no serviço, com direcionamentos específicos para os profissionais e equipes responsáveis pela referência de cada grupo contemplado nas linhas de cuidado, que são respectivamente: saúde da criança, saúde da mulher, saúde do adulto - doenças crônicas (hipertensos e diabéticos) e doenças sexualmente transmissíveis.

Os fluxos das linhas de cuidado são organizados para funcionar a partir de uma norma institucional que entendemos na perspectiva da ergologia e de acordo com Schwartz como uma atividade que estará em “aprendizagem permanente dos debates de normas e de valores que renovam indefinidamente a atividade: é o ‘desconforto intelectual’ (SCHWARTZ, DUC, DURRIVE, 2010, p.30). As normas ocupam uma dimensão bem operacional do cuidado em saúde, têm como característica a descrição do que propõem como intervenção nas situações institucionais e na atenção ao usuário, como por exemplo as dietas restritivas para o grupo de gestante, hipertenso, diabético, entre outros, com prescrições objetivas para cada grupo de pessoas, com recomendações explícitas a serem seguidas como por exemplo a realização de atividades físicas, ou noutro caso repouso, mas apresentando o sentido e finalidade definidos para os usuários.

Os profissionais de saúde experimentam em suas práticas o debate de normas, ou seja, como devem proceder a partir da avaliação que fazem do que está prescrito na norma. Neste caso, a escolha pelo que está estabelecido como conduta

⁷⁴ Com vistas a garantia a integralidade na atenção à Saúde e a otimização dos recursos e serviços dispostos à população e usuários, surgiu a necessidade de se desenvolver as linhas do cuidado. As linhas de cuidado têm como objetivo organizar a distribuição dos serviços ofertados pelas Unidades de Saúde. No sentido da construção de um fluxo eficiente e eficaz para produzir o cuidado. Na construção de uma linha de cuidado o usuário deve necessariamente ser o elemento estruturante de todo o processo, juntamente com a união dos saberes, multidisciplinar, de forma integrada e respeitando as necessidades, potencialidades e limitações do usuário. Para CECÍLIO & MERHY: “... uma complexa trama de atos, de procedimentos, de fluxos, de rotinas, de saberes, num processo dialético de complementação, mas também de disputa, vão compondo o que entendemos como cuidado em saúde. A maior ou menor integralidade da atenção recebida resulta, em boa medida, da forma como se articulam as práticas dos trabalhadores...”. (CECÍLIO, L.C. e MERHY, E.E.; 2003).

técnica também se deve à avaliação positiva da norma. A existência do debate de normas é inerente à vida e não representa necessariamente o descumprimento da norma estabelecida, mas sim a constatação de que o uso da norma estará sempre em debate. Nas situações que estão postas no mundo do trabalho, como nas implementações das políticas públicas, as normas são importantes por ofertarem os protocolos técnicos que legitimam e respaldam legalmente a execução da atividade. Nas situações que foram apresentadas no trabalho das equipes no território, a norma é a visita domiciliar, que faz parte das prerrogativas do trabalho da ESF, o que estará sempre em debate é o manejo clínico do desenvolvimento desta atividade.

Quando Schwartz (2000) analisa a questão que envolve os valores nas atividades do trabalho dos profissionais, enfatiza que os valores não são concretos (como identificamos em relação às normas), sendo os valores a princípio sem dimensão. Mas são os valores que sustentam as bases das escolhas para o desenvolvimento das atividades. Na efetivação das práticas do cuidado em saúde é preciso dimensionar os valores, e neste ponto se coloca a questão: como se dimensiona os valores?

Entendemos com a ergologia que realizar o dimensionamento dos valores é agregar ao que é abstrato o que na abstração se dá como um consenso. Por exemplo: quando um grupo de profissionais concorda em relação a um determinado tema, a uma ideia geral, como o acesso à saúde, em que entendem que todas as pessoas têm direito à saúde e o serviço tem como exercício dimensionar, ou seja, tornar efetivamente concreto esse objetivo. Nesse ponto se produzem as normas, políticas de administração na articulação entre o micro (processo) e o macro (constituído). No entanto, as políticas macro só serão efetivadas nas atividades, o que corrobora para entendermos parte das dificuldades da efetiva implementação de algumas políticas públicas. Por exemplo, avaliamos, a partir de nossa pesquisa realizada anteriormente sobre saúde da população negra, que a implementação da Política de Saúde para essa população, ainda enfrenta dificuldade de comunicação e efetivo entendimento da sua validade nos âmbitos dos serviços da AB.

Na contemporaneidade, a presença dos valores mercantis também transversaliza o processo de construção das normas. Esses valores “perpassam

todos os setores, mesmo as atividades do serviço, com o imperativo da economia dos meios e, por vezes, da possibilidade de lucros” (BRITO, MUNIZ, SANTORUM, RAMMINGER, 2011, p.25). Este ponto se torna ainda mais evidente quando trabalhamos a questão da validação nos serviços. Em relação as normas gerais, elas se incluem nas atividades dos gerentes, que as constrói com referência nos documentos técnicos do Ministério da Saúde, da Secretaria Municipal de Saúde e atualmente também das Organizações Sociais. Nessa construção, somam-se os saberes dos trabalhadores locais, que as elaboram ou modulam, tomando como referência as características específicas dos usuários ou as necessidades dos profissionais. Nesse último, vale a ressalva para o risco de encontrarmos normas que não estejam planejadas/pactuadas internamente com vistas a favorecer o acesso ao serviço.

Um dos desafios contínuos do SUS é garantir o acesso aos serviços de acordo com a necessidade dos usuários, que têm sua entrada nas Unidades de Saúde reguladas pelas normas gerais que antecedem a realização do serviço. Numa situação na CF Dona Zica, identifiquei que a recriação da norma produzia a restrição do acesso ao serviço de imunização, com intuito de melhor adequação dos profissionais. A imunização estava teoricamente disponibilizada para a população até às 17:00, o horário de encerramento das atividades da Unidade, mas internamente funcionava até às 16:00. Entendemos que a abertura de alguma vacina às 17:00 pode significar um prejuízo, já que algumas não podem ser armazenadas e devem ser desprezadas caso não sejam utilizadas. Uma das responsabilidades do serviço é a atenção com a eficácia dos insumos e recursos para que não haja desperdício ou mal-uso do recurso público.

Porém, a população deve ter a entrada e a escuta da sua demanda garantida e, posteriormente, o serviço deve colocar sua disponibilidade de atender prontamente, solicitar o retorno no dia seguinte ou desenvolver qualquer outra conduta relativa ao encaminhamento. O que “escapou” numa fala durante uma reunião de equipe era que a entrada para a imunização era encerrada às 16:00hs. Quando perguntei quem havia dado essa orientação, as pessoas se entreolharam, o que avaliei positivamente por não ter se instaurado um clima de acusação. De certo modo todos assumiram que estavam equivocados. Mas, de fato os ACS haviam sido orientados pela enfermagem e pelas técnicas de enfermagem a encerrarem a

entrada das pessoas às 16:00 hs para a imunização. Quando tomei conhecimento deste fato, problematizei a questão com a equipe, ponderando os casos em que deveríamos tentar remarcar, mas negar o acesso nunca havia sido a orientação geral. Havia uma preocupação contínua, enquanto gerente, de cuidar para que o serviço não causasse “mais problemas para as pessoas” e esta era uma fala reiterada para a equipe. Há norma, mas no acesso à imunização, essa foi (re) criada entre os trabalhadores, tendo como base seus respectivos valores. Não saberia precisar a quanto tempo isto estava em funcionamento na Unidade.

Conforme destacam os autores Brito, Muniz, Santorum e Rammingger (2007), as normas antecedentes não se restringem somente às regras e procedimentos que devem ser seguidos, mas ao que não é visível. Estão relacionadas com a parte do trabalho que pode ser observado na execução externa ou com a parte invisível do trabalho, que é propriamente executado. No território do trabalho, as produções das normas antecedentes estão atreladas à concepção das diferentes visões de mundo que se mantém em permanente disputa na vida e no mundo do trabalho. Elas refletem o “patrimônio histórico, cultural, científico e político de uma sociedade” (p.24). Na atividade humana, também se incorpora nesse fazer um processo invisível que é intrínseco à atividade dos seres humanos e que faz parte do envolvimento subjetivo, do pensamento, do planejamento individual e singular para a execução do trabalho BRITO; MUNIZ, SANTORUM; RAMMINGGER (2011).

3.4- O Vazio de Normas e a Invenção de Novas Normas para o Trabalho em Saúde em Contexto de Violência e Ameaça à Vida dos Usuários e dos Profissionais

Em função da variabilidade que ocorre em qualquer situação de trabalho, as normas antecedentes coexistem com a criação de novas normas, que emergem a partir da necessidade dos trabalhadores cumprirem as demandas do serviço. As novas normas são produzidas quando há necessidade de transgressão das normas antecedentes, nas situações nas quais os trabalhadores se encontram num vazio de normas para enfrentar um fato inédito ou uma situação sem uma norma prévia de conduta para lidarem com as eventualidades. O vazio de normas é um dos

paradoxos experimentados no território de trabalho da saúde com a ESF, que concomitantemente ao vazio de normas lida com a tensão gerada pela inflação de normas (BRITO, MUNIZ, SANTORUM, RAMMINGGER, 2011). A inflação de normas produz tensão nas atividades dos profissionais de saúde, com o acréscimo recrudescente de prescrições e documentos reguladores das atividades. Com o crescimento dos meios digitais, somam-se aos documentos físicos os virtuais, que devem ser preenchidos ou respondidos pelos trabalhadores e serviços.

Algumas situações vivenciadas no território da Mangureira nos levaram a pensar mais fortemente sobre o conceito do vazio de normas e sobre a criação de novas normas, em especial nas situações que envolvem a violência. No segundo semestre do ano de 2015, um ex-líder do narcotráfico da Mangureira, que já estava em liberdade após passar mais de dezessete anos no sistema prisional, foi assassinado no território, numa área atendida pela Equipe Entorno. Após esse episódio teve início uma sequência de atos de violência que envolveu assassinatos, expulsão de moradores da comunidade e inúmeros conflitos armados que assolaram o território por quase três meses ininterruptos.

Durante todo esse período, as visitas domiciliares foram suspensas, sendo necessária a construção diária de estratégias para a chegada e saída dos ACSs na Unidade. Na função de gerente, mantinha contato por telefone com eles e muitas vezes solicitava que não saíssem de casa tendo em vista o clima tenso nas suas áreas de moradia e o perigo a que estavam expostos. Entre os ACSs, preocupava-me em especial com o único ACS homem que tínhamos na equipe, por ser um jovem negro, e por isso estar ainda mais exposto à abordagem policial truculenta e aos agravos em decorrência do racismo. Eram muitas as recomendações que eram enunciadas para ele: “Não atenda o celular na rua! Utilize o uniforme completo! Não esqueça o crachá! Qualquer problema, não saia de casa!”

Quando eu ligava para os ACSs e eles atendiam, perguntava imediatamente se estavam na rua, e se estavam, ficava aflita interrogando em seguida o porquê de terem atendido o celular na rua. As respostas eram as mesmas: porque era você! E reiterava que não era para atender o celular na rua, nem mesmo as minhas ligações. Mas era difícil, muito difícil para eles e para mim. Uma tentativa de minimizar riscos que pareciam o tempo inteiro nos desafiarem e nos escaparem. Uma das

abordagens policiais nesta época era tomar o celular da mão das pessoas para verificar fotos, ou conversas no aplicativo *WhatsApp*, o que as submetiam a uma situação de grande constrangimento. Aqui, a excessiva descrição se deve ao esforço de mostrar um pouco da tensão daquele período e de como a violência afetava nossas relações de trabalho.

Neste período, os usuários diariamente chegavam à Unidade relatando uma experiência direta ou indireta com a violência. Em seus relatos, diziam se sentir ameaçados de modos diversos. O ir e vir para casa estava suscetível aos riscos dos frequentes conflitos entre o narcotráfico e a polícia. Enquanto serviço de saúde, desenvolvíamos o esforço de atender aos agravos que apareciam de modo mais evidente na saúde das pessoas. Era recrudescente o número de usuários que procuravam a CF Dona Zica com desestabilização da pressão arterial, transtornos de ansiedade, do sono, labilidade emocional, entre outros.

Como gerente da Unidade, abria um espaço ainda maior do que naturalmente existia para receber os usuários. Alguns chegavam encaminhados pela equipe, e outros espontaneamente. Numa dessas situações, entrou uma mulher chorando muito na sala da administração, ela deveria ter um pouco mais de quarenta anos (muitas vezes pela vivência das pessoas fica difícil estimar a idade da população), estava muito abalada. Quando começou a ter condições de falar o que estava havendo especificamente com ela, disse que sempre foi trabalhadora e a administrativa que estava ao meu lado confirmava – como se fosse necessário – que a conhecia e sempre a via trabalhando. Disse-nos que estava sendo expulsa da comunidade, que no dia anterior havia chegado em casa e encontrado “tudo revirado”, que “deram” até o fim daquele dia para sair da comunidade e não tinha para onde ir.

Essa mulher nos contava, muito emocionada, que os três filhos haviam entrado para o narcotráfico e que perdeu o filho mais velho com 22 anos, assassinado no ano anterior. Ela dizia que recomendava aos dois outros para que escolhessem “outra vida”, para que não acontecesse o mesmo com eles. Repetia-nos exaustivamente que não era justo que tivesse que deixar a casa dela, que tinha as “coisas direitinhas” e que nunca desejou “essa vida” para os filhos. Esta é umas

das práticas cruéis do narcotráfico: ameaçar os familiares dos envolvidos de retaliações e expulsá-los da comunidade.

A usuária chegou diretamente na gerência para solicitar que intervisse na confecção de um atestado médico para levar para o trabalho, que obviamente não tinha condições de ir, e não poderia expor os reais motivos de seu impedimento na empresa sem correr o risco de ser demitida ou ficar muito exposta diante do seu grupo de trabalho e empresa. Não conhecia a usuária anteriormente. A demanda em relação ao atestado não foi difícil de ser atendida, ela era diabética e hipertensa e naquele momento as condições de saúde física estavam desestabilizadas. O atestado só teria que conter sua condição de saúde, não era necessária qualquer outra explicação que lhe deixasse exposta.

Após esse primeiro encontro nos tornamos muito próximas. A usuária passou a frequentar a Unidade com regularidade, compartilhando o que estava vivendo e as alternativas construídas para cada nova situação. Ela também construiu uma relação mais próxima com a enfermeira da equipe, através dos acompanhamentos de controle do nível da glicose e aferição da pressão arterial. Nesse período do ano de 2015, diariamente recebíamos pessoas sentindo-se inseguras até mesmo para ir até a Unidade. Eram relatos de pais temendo pela vida dos seus filhos ou de parentes próximos.

Em outro atendimento na gerência, numa sexta-feira, um homem negro de aproximadamente 40 anos, pai de um rapaz que estava envolvido com o narcotráfico contou o receio que sentia a cada véspera de final de semana. No sábado e no domingo muitas vezes as situações de violência se tornavam ainda mais graves. Em meio a intensidade dos conflitos que estavam presentes no território da Mangueira, a CF Dona Zica se afirmava como um espaço de confiança e suporte para as pessoas que acessavam buscando uma rede de apoio.

Nesta sexta feira, conversei longamente com esse homem que trouxe suas aflições como pai de um jovem de 21 anos. No seu relato, havia uma expectativa bem diferente das que são comuns para outros grupos de pessoas com filhos com idades similares, que projetam para seus filhos a capacidade de realização, acreditam na construção de uma vida com um futuro diverso, mas em expansão. Para aquele pai, a questão era como o filho iria sobreviver a cada final de semana.

Não havia sonhos, era o pesadelo da perda que o atormentava, uma descrição de limite e impotência diante da adversidade que ambos estavam expostos. No final de semana seguinte se confirmou a intensificação de conflitos na Mangueira e o medo da perda se concretizou: três jovens foram assassinados e entre eles o seu filho.

Na terça-feira seguinte, este homem me procurou levando uma caixa de bombom. Não sabia como me dirigir a ele. Embora já soubesse do falecimento do rapaz, não esperava que ocorresse tão recente a nossa conversa na Unidade. Uma parte da nossa prática profissional é conhecer o que as pessoas levam como medo e, naquela situação, estava evidente que o dele infelizmente havia se efetivado. Ele estava sereno e, após o abraço, disse que os bombons eram em agradecimento pelo respeito com que havia sido recebido na Unidade. A situação e a postura dele me remeteram a outras já vivenciadas no campo da clínica, em que mesmo quando as pessoas são expostas as maiores adversidades, conseguem reconhecer e responder com generosidade ao que haviam experimentando como potência no acolhimento. Seria este um dos efeitos rizomáticos da clínica?

Nos atendimentos aos usuários em situações de extrema exposição à violência, experimentamos um vazio de normas. O que o serviço e os profissionais têm como norma prévia é a escuta e o acolhimento, mas fazê-lo será uma construção em ato. Outra perspectiva de trazer a singularidade que envolve o processo do trabalho em saúde se coloca a partir do conceito do *trabalho vivo em ato*. Na definição de Merhy e Feuerwerker (2009), o trabalhador que se encontra em meio ao trabalho vivo em ato vive um processo de captura dos objetos e do entorno para a produção de bens e produtos no território do trabalho em saúde, o vive para produzir o cuidado.

O trabalho em si é o trabalho vivo e os instrumentos de trabalho e a organização do processo de trabalho são o trabalho morto (ou seja, são produtos de um trabalho vivo anterior). Os autores ressaltam a micropolítica do trabalho em saúde a partir do encontro entre trabalhadores de saúde, serviço, território e usuários, afirmando que o ato de cuidar deve ser compreendido como lugar de singularização. De acordo com a análise de Neves (2008):

Ao afirmar que o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, mostra que este não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso pelos equipamentos e pelo saber tecnológico estruturado, pois se afirma em tecnologias relacionais, nos encontros entre subjetividades que portam um grau de liberdade significativo nas escolhas do modo de fazer esta produção. O ato clínico em saúde se dá em meio à existência efetiva do trabalho vivo em ato, e deste modo implica uma imprevisibilidade que impossibilita, fora do encontro, marcar a subsunção de um polo sobre outro, de uma valise sobre a outra, pois ele é construído pela ação territorial dos atores em cena, "*no ato intercessor do agir em saúde*" (p.1954).

Durante o período que durou esse conflito mais intenso no território, antes de iniciarmos as atividades na Unidade fazíamos uma roda de conversa na sala dos ACSs com a participação de alguns profissionais médicos, enfermeiras, equipe odontologia e ACS. Nesses encontros, os ACSs falavam um pouco do que estavam vivendo, como havia sido a noite, como estavam seus familiares e amigos, era uma estratégia de acolhimento construída no espaço do trabalho. Enquanto gerente e com a aposta na indissociabilidade entre clínica e gestão, estava continuamente presente e os demais profissionais ficavam livres para estarem conosco.

O espaço de encontro era utilizado para traçarmos minimamente nossas atividades do dia, mas principalmente para acolher os ACS e os demais profissionais que estavam com uma sobrecarga de atendimentos transversalizado pela temática da violência. Naquele espaço, ouvíamos muitas durezas da vida dos ACSs e de seus familiares e amigos. Após o segundo mês, alguns ACSs diziam “não aguentar mais o espaço” que não era obrigatório, mas opcional, contudo era um lugar de contato com fala e escuta das dores produzidas pela violência. Era interessante ouvir e acolher também “esse não aguentar mais” e entender que, pelo menos em algum espaço, era possível afirmar que não aguentavam mais e traçar outro caminho.

Este período na Mangueira foi um tempo ainda mais intenso do que outros para conhecer as histórias vividas pelas pessoas, usuários e trabalhadores. Um tempo que produzia muitos efeitos evidentes na saúde de todos os envolvidos no processo do trabalho: usuários, trabalhadores, familiares e parceiros do território. Um período em que também percebemos um aumento das instabilidades nas

situações das doenças crônicas, conforme mencionado anteriormente, como na produção de novos agravos na saúde da população e na saúde dos trabalhadores. Durante esta experiência na gerência da CF Dona Zica, desenvolvi uma dor de ouvido que não conseguia adquirir uma melhora significativa, apesar de fazer uso contínuo de medicação.

Durante uma orientação com a professora Cláudia Abbês em que a mesma me ouvia atentamente relatar as situações de violência do território, sobre as dificuldades e arranjos construídos na gerência e sobre o mal-estar produzido com minha dor frequente de ouvido, assim como também escutava os áudios do tiroteio que chegavam durante as aulas na UFF e faziam com que entrasse e saísse da sala angustiada por me sentir dividida entre a UFF e a Mangueira. Cláudia pontuou num dado momento que as informações que chegavam até a mim através dos usuários e trabalhadores eram informações que ficavam ‘apodrecidas”, já que não tinha como dividi-las, elaborar, dar significado, e que então as guardava. Senti aquela intervenção como um alívio. Lembro claramente que pensei: para onde vai o que escutamos em nossas práticas? Neste momento, como em muitos outros no processo de construção da pesquisa, sentia a orientação como o espaço de saúde que tornava possível sustentar a aposta na indissociabilidade entre clínica e gestão e construir outros significados do vivido.

No trabalho das equipes de saúde, somam-se a diversidade de saberes compondo os corpos dos profissionais para intervirem no cuidado em saúde, numa prática de múltiplos saberes, valores, técnicas e éticas do uso de si por outros (heterodeterminação sempre presente) e uso de si por si (renormatizações durante o próprio processo da atividade) (SCHAWRTZ,2000b). Um debate de normas ocorre em imanência, no corpo dos trabalhadores, mesmo nas atividades de serviço onde muitas vezes de forma equivocada se pressupõe que se trata da execução de um trabalho apenas intelectual e psíquico, e não corporal.

Quando Schwartz (2000b) afirma que sempre há o uso de si nas atividades realizadas pelos trabalhadores, encontra suporte no pensamento de Canguilhem que defende que na atividade do trabalho todo o ser é convocado, e não somente partes desse ser que estão em jogo. Não são apenas partes do seu corpo que estão

em uso, mas todo seu corpo. Segundo os autores Brito, Muniz, Santorum e Ramminger (2011):

O trabalhador se envolve na atividade com sua história singular, com os seus valores e com uma capacidade instituinte que lhe permite transformar-se à medida que produz outras normas. O trabalho também é lugar de “retrabalho” de sua história, juntos com os desafios colocados pelas variabilidades da história da atividade humana, que faz cada contexto ser sempre singular (p.27).

Schwartz (2007) apresenta a ideia de que a atividade envolve dramáticas de uso de si e nesse uso de si se dariam micro escolhas gestionárias. A ideia do uso de si traz a afirmação que, mesmo nas situações de maior constrangimento do corpo, como na situação dos trabalhos realizados nas fábricas em linhas de produção em série, observa-se o uso de si por si mesmo e o uso de si pelos outros. Nas atividades do trabalho em saúde, o uso de si se torna bem evidente, como nas situações apresentadas no período de maior violência vividos na gerência no território da Mangueira. Naquele período, observamos intensivamente o uso de si por si mesmo e pelo o outro. Partindo desta afirmativa, o autor propõe pensar o trabalho num ponto em que a elaboração ergológica e filosófica irá ultrapassar a concepção do trabalho assalariado, do trabalho mercantil. Ainda de acordo com Schwartz (2006):

Num mundo tão dominado por normas, com forte expectativa de resultados, o 'trabalho do uso de si por si mesmo' é cada vez menos visível, dado que é cada vez mais impalpável. Com o encontro dos seres humanos que se dá nos serviços(...) A noção de 'dramáticas do uso de si' surgiu um pouco a partir do encontro com esses trabalhadores, que nos falavam desse debate de normas, do encontro com os jovens em dificuldades, da tentativa de inseri-los no mundo do trabalho, e com todos os pacientes do setor saúde. O encontro com essas pessoas acrescentou a ideia de que esse uso de si é sempre uma arbitragem a ser feita, passando sempre pelo uso de si pelos outros, tornando-se uma variável comum, em especial no trabalho (p.460)

A ergologia compreende as especificidades de cumprimento e realização das práticas no campo do trabalho em relação às normas a partir do debate de normas

que acontece no desenvolvimento da atividade pelos trabalhadores. No entanto, o debate de normas não é uma especificidade desse campo de atuação da vida, mas uma característica do viver: onde há vida humana haverá sempre o debate de normas. Schwartz (2007) propõe pensar o trabalho inserido num contexto de tempo e espaço que solicita um diferencial de corpo do trabalhador para atender as diversas demandas desse território.

Na experiência da atividade da gerência, a relação com o debate de normas e a construção de novas normas em alguns momentos lembrava um trabalho artesanal. Nesse trabalho recebia fios diversos: um fio da SMS, outro fio da OSS e outro dos representantes do território, que pela condição expoente da Mangueira como Comunidade e cultura brasileira, sempre estavam presentes. Com esses fios, que apresentavam texturas e cores que muitas vezes não estavam em harmonia, mantinha o esforço de tecer um bordado, uma recriação da norma, que estivesse na sintonia verde e rosa, que eram as cores do desenho do trabalho que estava sendo tecido com o território.

3.5 Os Desafios da Atividade dos Usuários para os Trabalhadores do Serviço e Saúde

A atividade pode ser compreendida pela ergologia como uma característica da vida humana, com potência de transgressão se diferenciando dos conceitos disciplinares. A atividade no território do trabalho opera um retrabalho das dimensões da vida humana (SCHWARTZ, 2000b). O trabalho como vemos na contemporaneidade “nas situações mercantis, onde há uma troca do esforço realizado por dinheiro é um formato historicamente específico, um recorte em relação a algo muito mais amplo e complexo que é a atividade humana” (SCHWARTZ, 2007, p.30).

Quando Canguilhem define o conceito de saúde (2002), coloca a atividade como a força responsável pelo processo de intervenção humana. Nesse ponto, o autor dá ênfase à relação ativa que há entre o indivíduo e o seu meio. A partir desta concepção, sadio não é aquele ser humano que se enquadra facilmente às normas, mas aquele que é normativo, ou seja, aquele que produz novas normas para fazer

um contraponto com as infidelidades do meio que lhe é sempre infiel. A saúde então é o que se constrói na margem de tolerância entre as infidelidades do meio e a capacidade criativa em produzir novas normas (Canguilhem, 2002). Segundo o autor:

Se o normal não tem a rigidez de um fato coercitivo coletivo, e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso (2002, p.126)

A capacidade inventiva da construção contínua de normas é uma das características inerentes à saúde dos seres vivos. Sendo assim, podemos entender que, em contrapartida, a doença é a diminuição da normatividade. A doença é uma condição de existência diminuída, que acontece quando a vida apresenta restrições, situações de diminuição de potência ou constrangimento, que causam as doenças que representam a restrição da normatividade. Mas vale ressaltar que a doença também representa uma norma, mas é uma norma restritiva no sentido de limitar de modo parcial ou totalmente a vida. Não podemos conceber a vida humana sem normatividade, pois a definição do ser vivo por excelência é a de um ser normativo. Conforme Canguilhem:

Uma norma de vida é superior a outra quando comporta o que esta última permite também o que ela não permite. No entanto, em situações diferentes, há normas diferentes e que, mesmo enquanto diferentes, se equivalem. Deste ponto de vista todas as normas são normais (2002, p.126)

Se compreendemos o território do trabalho como um organismo vivo e com capacidade normativa, então podemos pensar que as situações que limitam ou impedem a criação de normas inibem o fluxo constituinte do exercício natural do viver, produzindo a perda da potência, o enfraquecimento e conseqüentemente o adoecimento. Nas observações dos últimos anos no espaço do trabalho, a perda da potência para produzir novas normas pelos gerentes e trabalhadores nas diferentes funções na Unidade pareciam se apresentar nas situações que estavam em maior

adequação. Nomeamos como sendo de maior adequação quando havia o atendimento às situações prescritas e executadas, sem questionamentos sobre elas. Os motivos que corroboram para que esta situação se estruture podem se dar por naturezas diversas, entre elas: desimplicação política do processo de trabalho, o entendimento que o lugar ocupado é de execução, e também como consequência da produção do medo da instabilidade empregatícia (em que os mais “adequados” ilusoriamente estariam em menos risco). O medo é potente em operar constrangimento e controle em todas as relações da vida.

O ser vivo está em atividade por natureza. É parte da sua estrutura biológica manter uma postura ativa frente ao meio. Podemos confirmar essa prerrogativa quando observamos o comportamento dos animais em seus movimentos instintivos de autopreservação na vida. O comportamento de preservação se manifesta naturalmente quando, por exemplo, escolhem andar numa área mais fresca ou procuram por calor nos dias mais frios, quando se direcionam por um determinado lado da rua em detrimento de outro. São comportamentos que mostram, a partir dessas pequenas escolhas, o movimento de preservação da vida, que permite diagnosticar o meio ambiente e realizar escolhas que favoreçam sua relação com o meio.

Porém, mesmo os animais não se limitam as atividades de preservação. Canguilhem (2002) provoca os pesquisadores dos seres vivos que utilizam apenas os saberes físico-químicos colocando a questão do porque os animais escolhem comer certos alimentos e não outros com os mesmos nutrientes? O autor ressalta a atenção para o cuidado de não subestimar os seres vivos, com base estrita dos estudos em laboratório. Ele segue dando o exemplo dos ratos, para que não julguemos os ratos, por não conseguirem resolver os problemas criados pelos pesquisadores nos laboratórios. Estes são problemas dos humanos e não dos ratos. Ele ainda destaca que, quando os ratos lidam com problemas da vida deles, tendo que sobreviver nos esgotos, demonstram uma eficiência impressionante.

Partindo desse modo de entendimento em relação aos seres vivos, à natureza dos animais e ao movimento de ampliação da vida como uma condição da interação com a construção do meio, não podemos observar, sem estranhar ou interrogar, as restrições de realização de escolhas das pessoas no território do

trabalho como um aspecto natural da vida do ser humano. Seria uma possibilidade de análise neste caso a restrição de mobilidade como um sintoma de adoecimento? Para Schwartz (2011), o trabalho é uma evidência viva e seu entendimento escapa de toda definição simples e unívoca. Segundo Clôt:

O trabalho é, então, a capacidade de estabelecer engajamentos e pode perder o sentido quando não permite a realização das metas vitais e dos valores que o sujeito extrai dos diferentes domínios da vida em que está envolvido, pois o trabalho é, também, um meio de "[...] *invenção dessas vidas*" (2006, p.14)

As pesquisas ergológicas evidenciaram a necessidade de compreensão do trabalho através da atividade, um conceito que compreende que, qualquer que seja a situação às quais os seres humanos estiverem expostos, haverá sempre uma negociação de normas inexorável à vida. As atividades da vida acontecem em meio a esta negociação de normas, e cada pessoa na atividade do trabalho “tenta mais ou menos (e sua tentativa nem sempre é bem-sucedida) recompor, em parte, o seu ambiente do trabalho em função do que ele apresenta como condição e do que desejaria que fosse” (SHWARTZ 2007, p.31).

O conceito da atividade com o olhar que estamos construindo no desenvolvimento do trabalho em saúde, com especial interesse ao trabalho realizado pelas Unidades de Atenção Básica com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), torna-se uma “ferramenta”⁷⁵ que dá força à compreensão das dinâmicas que ocorrem no cotidiano dos serviços a partir das atividades dos profissionais. A ESF apresenta uma especificidade em relação às prescrições de trabalho na AB no desenvolvimento com o território, conforme descrevemos nas atribuições da ESF na primeira parte da pesquisa. As atividades do trabalho da ESF demandam na rotina das atividades um desenvolvimento que é sempre singular.

⁷⁵ Quando nos referimos a ferramenta tomando de empréstimo a afirmação de Gilles Deleuze quando diz que: “uma teoria é como uma caixa de ferramentas. Nada tem a ver com o significante... É preciso que sirva, é preciso que funcione. E não para si mesma. Se não há pessoas para utilizá-la, a começar pelo próprio teórico que deixa então de ser teórico, é que ela não vale nada ou que o momento ainda não chegou. Não se refaz uma teoria, fazem-se outras; há outras a serem feitas. É curioso que seja um autor que é considerado um puro intelectual, Proust, que o tenha dito tão claramente: tratem meus livros como óculos dirigidos para fora e se eles não lhes servem, consigam outros, encontrem vocês mesmos seu instrumento, que é forçosamente um instrumento de combate” (Foucault, 2004, p.71).

No cotidiano do trabalho na CF Dona Zica era comum repetirmos que “não poderíamos reclamar da rotina ou monotonia, que todo dia era diferente”. Esta era uma expressão dita como uma brincadeira entre o grupo de trabalhadores mas, pensando sobre a falta de rotina num serviço que paradoxalmente tem o desenho do trabalho como mencionamos anteriormente composto por uma “inflação de normas” como é comum nas práticas dos serviços de saúde, é interessante pensar o que se produz como invenção nas práticas dos trabalhadores no desenvolvimento de uma rotina que é sempre diferente.

Algumas vezes chegava no serviço às 8:00 e já eram muitas “novidades” que haviam ocorrido desde às 7:00, que é o horário em que se inicia o funcionamento de realização de exames de sangue. Uma das rotinas implantadas quando iniciei o trabalho como gerente foi organizar a entrada para exame de sangue no formato de livre demanda, o que significa não realizar agendamento prévio e, com isso, favorecer o acesso ao serviço. A cada dia tínhamos a disponibilidade de atender vinte pessoas, que era a possibilidade de atendimento da Unidade pactuada com a enfermagem e técnicas que realizavam a coleta.

Inicialmente, houve muita resistência dos profissionais que avaliaram que *iria dar confusão*, que o número de usuários que chegariam seria maior que nossa possibilidade de absorção. A enfermeira responsável técnica tinha uma postura muito interessante: ela inicialmente negativava qualquer nova proposta e logo depois se interessava em realizar. Não aceitava passivamente sem uma reflexão crítica qualquer nova proposta. Com um pouco mais de proximidade, conversamos com leveza sobre esse modo de agir e ao longo dos anos ela se tornou uma parceira importante para implantar novas rotinas. Ao implantarmos o novo formato, tivemos que realizar alguns ajustes como naturalmente acontece na construção de um novo fluxo de trabalho, mas com o tempo nós ajustamos como equipe e a população também ‘aderiu’, o que nos fez seguir com o novo formato.

A rotina dos exames de sangue nos ajuda a ilustrar o que referimos em relação às rotinas que não se repetem, embora se tratasse do mesmo serviço realizado diariamente. Como estamos lidando com os usuários que trazem suas normas e valores, a cada dia uma nova situação se apresentava. Em alguns casos era o usuário que brigava na fila, ameaçava as técnicas, além disso, alguns

profissionais também relatam como as pessoas chegavam muitas vezes agressivas ou impacientes (“tão cedo”). Entendemos que essa atividade dos pacientes expressava um pouco das condições que vivem. Nosso trabalho gerencial era o de compreender o que acontecia e traduzir para a equipe como modos operante da população que, após terem introjetado a necessidade de lutar (devido as dificuldades vividas), poderiam entender que era necessário brigar até mesmo pelo que tinham direito já garantido, como o exame de sangue. Esses são aspectos sociais que transbordam iminentemente nos serviços de saúde.

Algumas vezes também ouvia queixas da população sobre a abordagem de alguma técnica ou enfermeira. Uma das atividades na gerência era acolher e encontrar saídas para essas situações. As solicitações em relação ao pedido de atestado médico após a realização de exame de sangue também surgiam. Numa manhã, cheguei e havia um usuário de mais ou menos 40 anos me aguardando para solicitar um atestado de liberação para o trabalho. Nesse caso, respondi que não havia problemas, que faria uma declaração de horas e ele poderia levar para apresentar no seu respectivo trabalho. Como resposta ele disse que não seria possível porque não estava vestido adequadamente para ir direto ao trabalho. Expliquei que poderia atestar o horário que estava saindo da Unidade, mas uma liberação total do dia porque ele havia escolhido realizar o exame sem estar vestido para trabalhar posteriormente não seria possível. Quando coloquei a situação da roupa como uma escolha dele e que essa escolha não seria possível compartilhar e justificar, ele iniciou uma série de culpabilizações ao serviço, gerou uma tensão e saiu com o atestado de horas. Mas é esta situação mostra a diversidade de problemáticas que chegam até o gerente, mesmo nos fluxos que parecem mais simples e rotineiros. Não há rotina.

O cotidiano dinâmico da CF Dona Zica, com seu desenvolvimento inventivo, mostrava como na prática dos profissionais a atividade deriva, escapa e cria brechas. Uma situação que acontecia concomitantemente ao universo de cobranças e muitas vezes com endurecimento de normas que nos eram propostas de modo vertical pelas instituições a que o serviço se reportava hierarquicamente. A multiplicidade que coexiste no território da ESF nos convoca a pensar sobre:

O que tende a ser negado-ignorado pelas organizações. É o ângulo da vida, do trabalho vivo, buscando identificar os "possíveis", presentes nas atividades. Encontrar a vida presente no processo de trabalho nos parece fundamental quando pretendemos construir alternativas – em parceria com os protagonistas da atividade – que favoreçam a saúde dos grupos envolvidos. (BRITO, 2005, p.4)

3.6. Uma Gerência Suficientemente Boa na Estratégia de Saúde da Família

O trabalho como gerente de Unidades de Saúde da Família produziu inquietações e convocou a reflexão sobre a construção do manejo desta função. Nesse exercício, eu trazia as referências do meu percurso profissional anterior, em que já havia construído o registro teórico e vivenciado a prática clínica, desenvolvida especialmente nas Comunidades Populares, nos serviços de saúde pública, em atendimentos individuais e coletivos, sobretudo à população negra (maioria nesses espaços). Essas experiências corroboravam para o entendimento de que, quando a clínica se desenvolve num setting adequado (não idealizado) - o que Winnicott nomeou como um meio ambiente suficientemente bom⁷⁶ - favorece a experiência do acolhimento, pertencimento, da elaboração e da emersão da criatividade, condições essenciais para encontrar novos sentidos de vida ou, nas palavras de Winnicott, “a *sensação de uma vida que vale a pena ser vivida*” (WINNICOTT, 1975, p.75).

O entendimento desse conceito, desenvolvido a partir da observação e atendimento às crianças pelo autor que era pediatra e psicanalista, torna-se muito adequado no trabalho com adultos⁷⁷ e também como uma possibilidade de compreensão das relações no território do trabalho. Parece-nos uma ferramenta que pode contribuir especialmente quando lidamos com um grupo que se encontra com

⁷⁶ Apesar de inata, a tendência a integração não acontece automaticamente, como se bastasse a mera passagem do tempo. Trata-se de uma tendência e não uma determinação. Para que ela se realize, o bebê depende fundamentalmente da presença de um ambiente facilitador que forneça cuidados suficientemente bons. O fato da dependência, que é absoluta nos estágios iniciais, é essencial na teoria winnicottiana: os lactentes humanos não podem começar a ser, exceto sob certas condições. Nenhum bebê, nenhuma criança pode vir a tornar-se uma pessoa real, a não ser sob os cuidados de um meio ambiente que dá sustentação e facilita o processo de amadurecimento DIAS (2003,p.96).

⁷⁷ GUIMARÃES e PODIKAMENI, 2008.

maior necessidade de espelhamento e acolhimento, como ocorre nas situações em que há exposições demasiadas às invasões e instabilidades do meio.

No território de trabalho em Comunidades e também na CF Dona Zica, foram muitos os encontros com as situações que agregavam uma multiplicidade de fatores oriundos da violência e da desigualdade social. À medida que essas questões se agravavam na cidade do Rio de Janeiro, também aumentavam os atendimentos com essa composição. Deste modo, podemos pensar que a ESF, quando se constrói como um dispositivo para acolher a população, com flexibilização do acesso e o entendimento da saúde em seu amplo aspecto, como é intrínseca a função da ESF, obtemos como efeito um espaço que pode contribuir para a saúde da população de forma ampliada.

As atividades da ESF são desenvolvidas em meio a dinamicidade do território e se recriam em função do mesmo. Ao longo dos anos a disponibilidade para desenvolver a adaptação ativa (Winnicott, 1975) no desenvolvimento do manejo do cuidado clínico, e posteriormente no manejo da gestão, foi amadurecida a ideia da aposta num processo gestor do gerente, que favoreça a experiência de confiabilidade e continuidade que são essenciais para gerar a longo prazo a esperança ativa: um sentimento que pode ser difícil de ser nutrido em meio às inúmeras situações de privações vividas por grande parte da população atendida nos serviços de saúde pública.

Embora o trabalho com a função de gerente se desenvolvesse noutro contexto em termos de atribuições e responsabilidades, diverso do trabalho como psicóloga, a compreensão relativa às possibilidades de interferência clínica produziam um modo diferenciado de manejo na gestão da Unidade. Isto se tornava evidente na relação com os profissionais quando investia em partilhar as dificuldades e decisões do serviço, na preocupação ativa em favorecer o acesso para a população e também no investimento na relação com os demais aparelhos públicos do território. Rauter (2005), quando se refere ao conceito winnicottiano de *meio ambiente suficientemente bom*⁷⁸, valoriza a importância de:

⁷⁸ Para Winnicott, no início do desenvolvimento, o indivíduo que parte de uma não integração e de uma dependência absoluta, necessita de um meio ambiente ativamente adaptado. Este meio

Incluir as múltiplas situações de extrema precariedade que atravessam o território humano no contexto do capitalismo globalitário” pensando num território onde as invasões se dão de formas contínuas e diferenciadas não havendo muito espaço para vivências de cuidado continuadas. “A mãe suficientemente boa” certamente tem condições muito mais precárias de funcionamento quando está desempregada e/ou seu marido, quando mora no meio do tiroteio entre facções do tráfico em luta, quando sabe que o pai de seu filho terá vida curta etc. A insegurança campeia no campo social”. (p.68)

Partindo das referências teóricas já experimentadas e também com algum conhecimento prévio sobre as especificidades do território da Mangueira em função da experiência anterior de trabalho (conforme mencionado na primeira parte da pesquisa), iniciamos a construção do diagnóstico da área, onde era preciso mapear as condições sociais e epidemiológicas, vulnerabilidades relativas à violência em seus diferentes aspectos e a produção cultural (principalmente relacionada ao samba), que é um elemento estruturante para problematizar o território da Mangueira. Neste contexto, algumas reflexões se organizaram de forma mais evidente. A questão central e que transversalizava as demais inquietações era o desejo em desenvolver um trabalho na gerência que tivesse como aposta a indissociabilidade entre gestão e cuidado.

Com o eixo de trabalho nessa escolha ética de gestão, algumas perguntas se colocaram no sentido de efetivar essa aposta na atividade como gerente, por exemplo: como iniciar um trabalho compreendendo o processo gestor como uma prática que envolve todos os profissionais? Como construir espaços de encontros para pactuar decisões e construir processos com a limitação do espaço físico? Como lidar com o desinvestimento político de alguns profissionais? Como investir na produção de um coletivo? Como retrabalhar as prescrições

ambiente é a mãe, ou pessoa que exerça esta função. Esta mãe que Winnicott vai nomear de “mãe suficientemente boa”⁷⁸ (good enough) é a mulher “comum” que é capaz de desenvolver um processo de profunda identificação com o bebê conseguindo assim, “saber”, traduzir e atender suas necessidades.

Ser ativamente adaptada é não só traduzir as necessidades fisiológicas, como a alimentação, por exemplo, mas, sobretudo, compreender as necessidades de suporte (*holding*) e acolhimento de sua criança. Esta adaptação ativa, fruto de uma identificação profunda, constrói um clima de confiabilidade entre a criança e o mundo para que a realidade externa não se apresente de forma intrusiva, não deixando que o bebê tenha sua continuidade de ser interrompida, se sinta invadido e reaja criando defesas “Guimarães e Podkameni (2008).

administrativas que comumente reduzem o trabalho do gerente (sem deixar de respondê-las) - e afirmar outras, em que clínica e gestão não se dissociam? Seria possível construir outros indicadores que incorporem a beleza criativa e a potência do trabalho das equipes da ESF que não são mensurados nos instrumentos atuais?

Essas interrogações, entre tantas que foram emergindo em meio a atividade como gerente, são colocadas não para respondê-las, mesmo porque não havia a pretensão ou a crença de que alguma resposta sobre o processo de trabalho pudesse ser dada a priori, as respostas também são fluxos e variam. Mas esses questionamentos e problematizações em relação ao campo do trabalho foram instrumentos utilizados para associar ideias, construir e potencializar experimentações de novos modos de cuidado. Ocupando o lugar gerente, havia o desejo de construir uma prática de trabalho que fizesse sentido para os trabalhadores do serviço e uma aposta que a experimentação da vivência dê suporte e escuta na partilha do desenvolvimento de suas práticas cotidianas, contribuindo para a construção de modos de cuidado vinculados com à dignidade da vida.

A gestão, numa perspectiva ergológica, é compreendida como um processo de tomada de decisão, de debate de normas que procuram dar uma operacionalidade viva aos valores presentes na situação de trabalho e na sociedade. Estão presentes diferentes focos que vão ampliando ou restringindo o modo de trabalhar. Como exemplo podemos citar a preocupação com a própria vida, a defesa dos interesses da categoria profissional, a busca pela melhor assistência para os usuários e o projeto de construção da saúde articulado a projetos de construção de uma sociabilidade para além dos serviços. Vale ressaltar que essas escolhas ocorrem sempre a partir dos valores de quem executa a atividade. Deste modo, o processo gestor passa por todos aqueles que partilham o espaço do trabalho. Em acordo com Schwartz (2007):

Dentro do infinitamente pequeno do trabalho, encontram-se os maiores problemas do político. E os debates de valores que vão condicionar a escolha entre essas duas atitudes(...) debates de valores que são os nossos, na vida: na vida do cidadão e na vida política. Daí encontramos nas escolhas atuais, bem diretamente, tudo o que se passa no macro. Todas essas escolhas que são feitas no micro do trabalho, são uma maneira de gerir- e então ponderar- o resultado dessas transformações ou a sequência da história dessas transformações – que ninguém pode prever precisamente porque não se sabe como vão se operar as escolhas e as decisões nesse

tipo de situação. Não se trata de miopia. A perspectiva ergológica obriga, ao contrário colar permanentemente o micro e o macro, a partir do momento em que ela aponta o fato de que toda atividade de trabalho encontra escolha, debate de normas e logo encontramos os valores. (p.33)

Numa Unidade de Saúde se integram ao processo gestor os profissionais, usuários e seus familiares, sendo a produção do cuidado realizada por todos os envolvidos. A partir dessa compreensão, como mencionamos anteriormente, todos esses atores estão envolvidos no processo gestor e irão sentir suas interferências em função do local e dos interesses aos quais estiverem submetidos. Em relação à CF Dona Zica, a Unidade que tomamos como campo privilegiado, em função das relações políticas que coexistem no território, da relação estreita do território com a escola de samba Estação Primeira de Mangueira e a articulação com figuras públicas locais, outros atores também se incluem nas interferências do processo gestor.

O trabalho para a ergonomia da atividade é compreendido como atividade humana, e como característica intrínseca, articula-se com a criatividade para desenvolver o que foi prescrito. Nesse sentido, faz-se necessário compreendermos o conceito de atividade que define o trabalho como um lugar permanente de micro escolhas, de debate de normas e de valores (Schwartz, 2000a) , pois o sujeito, nesta situação, é colocado diante de diferentes racionalidades: racionalidade/norma imposta pela hierarquia e racionalidade/norma do próprio coletivo de trabalhadores (seu patrimônio, suas descobertas cotidianas e valores – econômicos, social, político, de solidariedade, saúde, entre outros). Nas atividades do trabalho, sempre irá diferir o que é prescrito e o que é executado efetivamente.

A teoria da ergonomia foi construída a partir das observações de pesquisadores numa fábrica de funcionamento taylorista, onde subentende-se que toda tarefa foi prescrita minuciosamente com o objetivo de previsão e controle de todos os detalhes que envolvem a produção. As observações realizadas pelos ergonomistas nesse grupo de operárias, identificaram que mesmo num ambiente rígido, com controle excessivo, as atividades do trabalho sofriam variações, ou seja, durante a execução das tarefas as operárias apresentavam um modo singular de desenvolver suas funções. Essa observação compôs uma pesquisa clássica da ergonomia realizada na França (Ferreira, 2015), numa época em que o

entendimento do trabalhador operário era o de um mero executor de funções, numa avaliação que o assemelhava ao funcionamento de uma máquina, sem emoções, que poderia ser programado como um robô.

As observações realizadas nessa fábrica corroboraram para o entendimento de que, por mais elaborada que seja uma prescrição, ainda assim, não será capaz de eliminar a variabilidade, que é inerente à atividade humana. Mesmo num cenário com prescrições rigorosamente bem-feitas, a variabilidade compõe as características do trabalho. No território do trabalho as variabilidades se evidenciam através da estética, idade, gênero, época da realização da atividade, singularidades relativas ao trabalhador como a afinidade com o objeto de trabalho. Por variabilidades, entendem-se tanto as características humanas em suas infinitas possibilidades de diferenciação, como também as variabilidades técnicas.

Considerar as variabilidades humanas e técnicas é um dos manejos do trabalho em gestão, num cenário em que todos estão regulados pela carteira de serviço como acontece atualmente na ESF no Rio de Janeiro. Conforme descrito no primeiro momento da pesquisa, a carteira de serviço foi implantada durante o processo da Reforma dos Cuidados da Atenção Primária em Saúde com o objetivo de padronizar a atenção ofertada pelas Unidades com ESF. No entanto, os profissionais pertencentes a mesma categoria, obviamente apresentam habilidades distintas, mas no serviço, as normas são comuns para todos.

Uma estratégia utilizada na gerência da CF Dona Zica era tentar, o que nem sempre era possível, dividir os profissionais nas ações que apresentavam maior identificação. A equipe conseguia se distribuir deste modo na realização dos grupos de promoção em saúde em que a enfermeira e médico mesmo que de equipes diferentes assumiam, por exemplo, o grupo de gestante. Os demais grupos que existiam naquele momento da Unidade eram o de tabagismo, o de hipertenso e diabético, atividades físicas (que eram realizadas na quadra da Mangueira) e o grupo nomeado conviver. Este grupo tinha como objetivo ofertar um espaço de convivência no qual os usuários conversavam sobre alguma temática de saúde junto com os profissionais enquanto produziam alguma atividade manual ou outra atividade que o grupo construísse.

O grupo conviver era coordenado por uma enfermeira e uma técnica de saúde bucal, mas contava frequentemente com a presença de outros profissionais, como a odontóloga, educadora física, administrativa e farmacêutica, entre outros. Com o crescimento e fortalecimento do grupo como espaço de partilha, inclusive para os profissionais, houve um momento que foi preciso acompanhar previamente os profissionais que iriam participar do grupo conviver para equilibrar o número de profissionais que estariam no grupo e os profissionais que estariam cumprindo as atividades na Unidade.

Mesmo essa atividade de grupo que agregava um número grande de profissionais, não causava o mesmo interesse nos demais profissionais de enfermagem. Assim, como acontecia no grupo de planejamento familiar que despertava mais interesse a um profissional de enfermagem do que aos demais. Essas situações naturalmente acontecem, mas com as rotinas que os serviços necessitam cumprir nem sempre é possível administrar os interesses dos profissionais com a demanda do serviço. Mas, quando é possível porque não fazer? Este modo de organização na CF Dona Zica foi uma estratégia que de alguma forma colaborava para enfrentar outros momentos que não tínhamos como dividir o grupo em função das variabilidades humanas e técnicas.

Nesta pesquisa partimos do entendimento que o trabalho efetivamente realizado sempre irá se diferenciar do trabalho prescrito. Com esse modo de analisar o processo de trabalho e observando o modo como se desenvolveu a expansão da Estratégia de Saúde da Família, podemos identificar o grande investimento da gestão da Secretaria Municipal de Saúde em construir práticas padrão/normativas em torno do desenvolvimento do trabalho das equipes de ESF na cidade. A padronização de oferta foi realizada com a construção da carteira de serviço (mencionada anteriormente - anexo) que nos dá uma dimensão objetiva do esforço e investimento em padronizar as atividades das equipes de ESF, mesmo com equipes tecnicamente tão diferenciadas.

Em relação à padronização do trabalho e ao investimento na melhoria da qualidade estrutural destaca-se a construção das novas Clínicas de Saúde da Família, conforme nos referimos na segunda parte desse trabalho, com uma estrutura física num modelo padronizado em que os conceitos de ambiência foram

incorporados e se diferenciaram por completo de qualquer outro aparelho de Atenção Básica construído até aquele momento na cidade. Nos dois exemplos, evidencia-se o investimento em instituir uma norma de acesso da população ao serviço a partir de um espaço de acolhimento previsto para funcionar dentro de uma previsibilidade e rotina.

Compreendendo o campo do trabalho, a partir das referências teóricas que estamos utilizando, avaliamos os esforços em relação a construção da estrutura da Unidade e da norma representada pela carteira de serviço, e reconhecemos que embora exerçam alguma regulação, ambos não impedem a emergência da variabilidade no acontecimento do encontro entre usuários, profissionais e serviço. O conceito de variabilidade é fundamental para analisarmos o campo do trabalho em saúde. Nesse campo, as variabilidades são inúmeras e atravessam continuamente o processo de trabalho. No entanto, os serviços de saúde apresentam como característica de funcionamento um grande número de prescrições que definem desde a entrada das pessoas nos serviços, com as descrições minuciosas para a porta de entrada e construção de escalas de prioridades no atendimento, até os inúmeros afazeres dos diversos trabalhadores.

Em acordo com a questão colocada pelos autores Brito, Muniz, Santorum e Ramminger (2007; 2011), em relação às normas e quando interrogam a inflação e a ausência de normas no funcionamento dos serviços de saúde, entendemos que:

Há uma situação paradoxal a ser gerida nos cotidianos do trabalho, que envolve a coexistência de uma inflação e de uma ausência de normas? Isso porque compreende-se que um olhar sobre o trabalho que privilegia a atividade concreta – ela própria matriz de história é permeada por diferentes valores- traz elementos para enfrentar a presença contraditória de distintas lógicas (pública e privada) no sistema público de saúde (p.28).

Os atuais contratos de gestão para a ESF com as Organizações Sociais (OSS) elucidam claramente o que os autores acima ressaltam: se por um lado os profissionais experimentam uma ausência de normas para lidar com o inusitado, o imprevisto, o impensável que atravessa o cotidiano, seja numa intervenção clínica

ou numa intervenção em situações de violência do narcotráfico, por outro lado, experimentam uma inflação de normas produzidas pelo viés da gestão compartilhada com o retrabalho, com o aumento de obrigações a serem respondidas e rotinas onde se incluem cobranças recrudescentes.

Nos desafios do campo clínico e da gestão, uma situação vivida na CF Dona Zica nos ajuda a trazer alguns elementos que evidenciam nosso tema de interesse. Uma médica de uma equipe solicitou que entrasse na sala onde estava atendendo. Ela abriu a porta no momento em que eu passava e pediu (aflita) que entrasse. Na sala havia uma adolescente com sua mãe. A mãe, muito irritada, falava alto e solicitava que a médica fizesse uma avaliação para verificar a virgindade da filha de 13 anos. A menina falava pouco e mal levantava a cabeça. Apresentei-me como gerente da Unidade, psicóloga, e busquei entender o porquê da solicitação da avaliação da virgindade. Por que não conversar com a menina, escutando o que a mesma teria para nos dizer e se gostaria de compartilhar conosco. Também esclareci que esse tipo de exame não é realizado por nós e sim pelo Instituto Médico Legal.

Conforme buscamos evidenciar no primeiro momento da pesquisa, a Atenção Básica se apresenta como um campo complexo de trabalho, de reinvenção de normas, em função do tipo de cuidado que buscamos construir. O que nos indica o protocolo para as solicitações ou necessidades de exame de virgindade é o encaminhamento para o Instituto Médico Legal, mas este encaminhamento não deve ou não deveria prescindir o acolhimento da Unidade Básica. Nesse sentido se faz necessário a escuta, comprometimento e suporte técnico para atender a diversidade da demanda. Em diferentes situações a atividade do trabalho na AB nos convoca ao retrabalho, caso cumpríssemos o prescrito em relação ao referenciamento estaríamos atendendo a demanda inicial trazida pela mãe, mas não estaríamos desenvolvendo um cuidado como é possível desenvolver na potencialidade da ESF.

Durante o atendimento, a mãe da menina explicou, notoriamente alterada emocionalmente, que estava vindo até a Unidade porque no dia anterior a filha e outras duas amigas da mesma idade colocaram fotos nuas na rede virtual do Facebook. Ela nos contou que já havia batido na menina em casa e que todos na vizinhança estavam apontando para ela (pelo menos era assim que estava se

sentindo). Na sequência do atendimento busquei interrogar o problema que estamos enfrentando, ou seja, o que fazia com que meninas expusessem seus corpos numa rede virtual?

Uma percepção construída ao longo dos anos no trabalho, principalmente com jovens, era a dificuldade para que preservassem limites entre o que pertence ao espaço privado e o que é público. O que ocorre não somente no que se refere a sexualidade. Em alguns momentos, com grupos de jovens questionávamos inclusive as campanhas públicas de prevenção, onde o que parece como mais importante é somente o uso de preservativo sendo o desejo de estar naquela situação colocado num lugar menor. Partindo dessas observações, uma das intervenções a serem construídas nos serviços é o reconhecimento de uma valorização de si, da vida, não numa interdição através dos discursos moralistas, mas uma construção de sentido e da possibilidade de identificação e afirmação de desejo.

Em relação a este ponto que estamos tratando como um excesso de exposição ou uma ausência de fronteiras, casos como este não acontecem somente com os jovens, mas pelas características típicas da idade, esse grupo acaba por possuir maior vulnerabilidade. Podemos pensar os espaços de saúde como territórios que podem corroborar para a construção desses limites, mas também como espaços que podem naturalizar essas práticas, quando, por exemplo, as pessoas chegam aos serviços e falam alto suas intimidades e não encontram interdição do interlocutor que pode ser um ACS no acolhimento ou qualquer outro profissional nos corredores do serviço, na sala de espera, ou em qualquer outro espaço no serviço.

No caso específico da adolescente que estamos abordando, colocava-nos a questão do por que as meninas utilizam desse tipo de exposição. Indagação que colocamos no encontro para que ela refletisse conosco. O comportamento das meninas parece refletir um efeito da contemporaneidade, da cultura de consumo, do excesso de imagens, da cultura machista que objetificam o corpo e a vida das mulheres. Seguindo no atendimento pontuamos que o comportamento das meninas estava incluído numa situação complexa e estrutural, com especial risco para a população que fica mais vulnerável frente aos maiores agravos social.

A mãe da menina tinha a idade próxima a minha e busquei usar esse fato para aproximá-la, afirmando que o uso da internet ainda era algo muito novo para todas nós. Coloquei como referência que até a alguns anos atrás usávamos fichas para utilizar os telefones públicos, sendo impossível pensar na tecnologia da internet. O uso da rede virtual ainda é algo novo para todos. Ela prontamente pareceu entender para onde estava conduzindo a conversa e me interrompeu perguntando se eu já havia imaginado minha filha naquela situação? Respondi que não, assim como também não imaginei estar diante daquela situação profissional. Estávamos cada uma de nós enfrentando um desafio naquela situação e a proposta era criar uma saída cuidadosa.

A pergunta da mãe marcava como estávamos diante da ausência de normas, produzia um desconforto e ao mesmo tempo à necessidade de uma resposta rápida e honesta. A ausência de normas é um ponto essencial para pensarmos esse campo do trabalho. O cotidiano complexo e dinâmico dos serviços da AB nos coloca diante do enfrentamento de situações que não dispomos de repertório subjetivo ou de normas e protocolos para seguirmos de forma estrita. Sendo assim, a articulação entre os profissionais nos espaços de trabalho, aí incluindo a gerência, pode favorecer a construção do cuidado em sintonia com a necessidade da população e com os limites do serviço.

Após algum tempo, a mãe foi se acalmando e a menina começou a participar conosco, dizendo que o motivo de colocar as fotos “foi uma brincadeira”. Seguindo em nossa conversa e com o intuito de ampliar o olhar para além da situação vivida por elas, trouxemos alguns exemplos de como a sociedade produz e, muitas vezes, naturaliza a violência, objetificando o corpo das meninas e valorizando um comportamento masculino desrespeitoso através das músicas, de outras manifestações culturais, e também nos diferentes discursos midiáticos. Aos poucos na conversa foi se revelando os sentidos aos quais a menina atribuía a sua atividade, e discutíamos as normas e os valores articulados à mesma, que envolviam o lidar com o próprio corpo, a sexualidade e as novas tecnologias de comunicação. Uma demanda de inquérito inicial da mãe foi reconstruída para um trabalho de discussão das normas e valores produzidos no contemporâneo.

A médica da equipe, inicialmente muito aflita, também foi ficando mais tranquila. A situação desta família nos desafiava em termos de intervenção e acolhimento. A todo o momento nesse encontro afirmamos essa dificuldade, assim como afirmamos o compromisso em buscar saídas cuidadosas para a questão trazida pela mãe. Nas situações que apresentam o imprevisível na AB não há norma prévia, mas se afirma a importância do reconhecimento dos códigos do território, da possibilidade de partilha entre os profissionais nas suas diferentes funções no serviço, o que constrói efetivamente condições de suporte e acolhimento para a atividade da prática clínica.

3.7 O Trabalhador como Colaborador e a Equipe como Família: armadilhas gerenciais capitalistas

Embora as Unidades da ESF respondam às prerrogativas de funcionamento estabelecidas pelo Ministério da Saúde para a ESF, somam-se a essas as normativas as trazidas pela gestão das OSSs que estabelecem desde um modo de nomear o trabalhador da saúde, que passa a ser chamado de colaborador do serviço (como já destacamos anteriormente), até um monitoramento próprio da OSS dos diferentes fluxos. Dentre outros aspectos traz, também, uma lógica de competição e recompensa que é típica na lógica de mercado, do pensamento neoliberal, mas nesse caso é trazida para dentro do SUS. Nesta pesquisa, buscamos construir um olhar para esse modo de gestão contemporâneo das unidades de Saúde da Família com a atenção que aponta Campos (2008) quando diz que: “apesar da ofensiva liberal, cresce em todo o mundo a convicção que saúde e negócios não combinam” (p.2).

O termo colaborador surgiu em propostas de gerenciamento privado, num momento em que gestão capitalista investe em “laçar” os trabalhadores por reconhecer seu papel maior na produção no trabalho. No campo privado era uma estratégia de incorporar os profissionais no processo ativo de gerenciamento. Entender o trabalhador como colaborador pressupõe a efetiva participação dos profissionais nas críticas e avaliações do processo de trabalho, pactuação conjunta

de normas e diretrizes para a empresa. O colaborar pode efetivamente contribuir com a empresa pela percepção privilegiada da ponta do trabalho que prevê variabilidades que escapam ao profissional num nível hierárquico diferenciado.

Assim, algumas empresas que antes não aceitavam a participação dos trabalhadores, passaram a considerá-la obrigatória, porque as regulações da variabilidade feita por estes, auxiliam nos ganhos de produtividade e qualidade. Porém, essa nomenclatura de *colaboradores* se dissemina pelo setor privado e muitas vezes tem um sentido bem mais degradado em relação a proposta original. Isso porque vem associado a ideia de gerenciamento que transforma os trabalhadores em assalariados-empresários, ou seja, em empreendedores que tem vínculos institucionais precários, contratados como se fossem uma empresa que tem como expectativa o atendimento em termos de qualificação e competências para cumprir os serviços contratados. Esse é um dos aspectos do modelo neoliberal, que vem sendo implantado em vários serviços públicos.

Uma das características no trato administrativo com os profissionais de saúde, iniciada no processo de expansão em função da contratação pelas OSS, foi a nomeação dos profissionais de saúde como colaboradores. O termo é utilizado amplamente de forma acrítica no interior dos serviços pelas OSS e também pela SMS, sendo essa representada de modo mais próximo das Unidades através da presença da coordenação da área programática e demais servidores. O termo aparece somente como um modo de nomear os profissionais, porque o sentido efetivo de colaborador não pode ser operado de acordo com a ideia original.

O trabalhador é nomeado como colaborador, mas num contexto em que seu pertencimento se dá através de um vínculo precário, numa relação de trabalho na qual é reforçada a produção do sentimento de instabilidade contratual. A fragilização do sentimento de pertencimento do trabalhador estava posta, de modo explícito ou não, na 'recomendação' de que a gestão dos serviços não poderia ser colocada em análise. Condição, essa, que consideramos fundamental para a operacionalização do trabalho em saúde, em especial em seu desenvolvimento clínico.

Uma das situações que me chamou atenção na primeira reunião que participei como gerente em 2011 foi a recomendação veemente de uma gerente para "que não falasse nada!" Sentia que ela tentava me proteger, ainda que não

entendesse, inicialmente, do que se tratava. O espaço estava cheio de gerentes de todas as áreas com muitas pessoas se cumprimentando e conversando socialmente, mas durante a reunião, na apresentação do direcionamento do trabalho não havia efetivamente uma interlocução. Ainda era uma experiência inicial, mas de algum modo já explicitava uma das dificuldades experimentadas pelos gerentes no desenvolvimento de suas atividades.

Observando e participando do cotidiano dos serviços, destacam-se as estratégias encontradas pelos profissionais. Algumas conseguimos cartografar e chegar mais perto para tentar entender. Numa dessas situações, ressalta-se a linguagem utilizada pelos trabalhadores. É comum, nas Unidades de Saúde da Família, que os trabalhadores digam que fazem parte da família X (nome da Unidade). A nomeação da equipe como “família” aparece como um investimento em criar um espaço de pertencimento, mas também de propagar certa ideologia de família numa concepção de que não há embates, disputas, brigas ou limites. Uma ideia que seria irreal até mesmo num núcleo familiar. Essa estratégia, em determinadas situações, se mostrou como uma concepção de moralizar o processo do trabalho.

De outro modo, a nomenclatura de família também corre o risco de ser cooptada por um processo de trabalho de sobreimplicação, no sentido do tempo dedicado a ele, ao ‘tarefismo’, ao lugar que ocupa na vida das pessoas, com solicitações de trabalho realizadas em horários incompatíveis com o horário do trabalho no serviço. Estas solicitações e a ‘doação’ naturalizada da extensão do tempo acontecem sem críticas, com a justificativa de que é pela preocupação e pelo empenho no cuidado, ainda que de fato estes sejam atributos dessa prática e ocorram quando, por exemplo, uma pessoa atendida pela equipe entra em trabalho de parto, ou está numa situação de risco (diversos), entre outros.

A solicitação para uma disponibilidade irrestrita parece se espalhar para todas as categorias, não sendo incomum frente a um posicionamento de limite de algum trabalhador ele ser rotulado como “aquele que não veste a camisa” ou “aquele que não se pode contar”, correndo o risco de ser aquele que estará com seu contrato mais vulnerável como consequência perversa desse modelo de gerir o trabalho. O cruel desse processo é que a disponibilidade “de corpo e alma” é tratada como

investimento pessoal do profissional, contudo, ela é produzida de modo vampiresco pelo sistema neoliberal, e pode ser observada na fala *prazerosa* de um profissional quando diz numa reunião que “não dormiu agendando SISREG⁷⁹”. Nas entrelinhas, ele se ‘vende’ como “maravilhoso” e “dedicado ao trabalho”, sem se dar conta do reforço a uma rede de descuido, de si inclusive, em nome cuidado.

Quando ocorre uma situação clínica ou no território que desperta maior preocupação da equipe, é muito comum que os profissionais sigam se comunicando após a saída do espaço do trabalho. Mas, como essas situações não ocorrem como exceção em função da dinamicidade do trabalho da ESF, caso não sejam questionadas, passam a incorporar uma prática natural do processo do trabalho. No caso dos ACSs, que são moradores do território, eles seguem dando notícias de algum caso ao longo da noite ou no final de semana, por telefone e através dos demais meios de comunicação utilizados exaustivamente. A equipe, sendo uma “família”, reforça o risco no modo de operar as relações de trabalho na contemporaneidade que também capturam pelo afeto, criando uma extensão sem borda entre o trabalhador e o trabalho.

Conceitualmente nos favorece a compreensão de uma realidade complexa e dinâmica, não só do trabalho, mas da vida, se pensarmos que toda atividade humana pressupõe um processo de gestão. As atividades do dia a dia fazem parte de decisões políticas da existência que se apresentam nos gestos mais simples, como decidir o comer, vestir, falar, entre outros. Desse modo, entendemos as atividades do viver como práticas de um processo gestor. No trabalho, isso se dá em meio a práticas de produção de coletivo. Esse modo de compreender e operar o serviço encontra como um dos desafios o desinvestimento da equipe ou parte dela quando está distanciada da proposta de construção, planejamento, e execução do trabalho. Como lidar com esse limite e produzir contágios?

Nas reuniões de equipe da CF Dona Zica, em alguns momentos os encontros em equipe foram esvaziados do comprometimento dos profissionais, que às vezes era atuado com atrasos para comparecerem às reuniões ou mesmo permaneciam

⁷⁹ SISREG é o sistema de regulação de exames do SUS. Os agendamentos são realizados pelos médicos responsáveis técnico das equipes. Nos últimos anos os gerentes também agendavam as consultas. Um número maior de vagas são disponibilizadas na madrugada. O porquê desse horário para as marcações não era algo possível de ser questionado, sem ser compreendido como um profissional desimplicado com o serviço.

presentes, mas ausentes em relação ao interesse. Em outras situações, emergiam processos no grupo que externavam às experiências dos profissionais com os aparelhos públicos de saúde ou com situações relativas ao cuidado em saúde, demonstrando de modo evidente que se não tivéssemos um espaço para ressignificar essas vivências algumas ações que eram da função do serviço realizar não teriam a efetividade que esperávamos.

As situações do trabalho visibilizam o que trazemos como problema. Numa reunião geral, tínhamos entre os temas de pauta a construção de estratégias para incentivar as mulheres que atendíamos a escolherem pelo parto normal. A proposta inicial era construirmos um planejamento para melhorar o diálogo sobre o parto normal e a amamentação. Logo que iniciamos a reunião, algumas ACSs relataram experiências pessoais difíceis no cuidado recebido em seus partos, realizado na mesma maternidade que é referência para o serviço e para a qual são encaminhadas as gestantes da Unidade.

Em relação à amamentação, a experiência das mulheres ACS não havia sido diferente. Elas relatavam um processo doloroso e solitário. Sobre o serviço, contavam-nos relatos que associávamos à vivência de violência obstétrica e racismo. Era falas que se entrecruzavam numa conversa orquestrada, uma espécie de catarse de uma dor vivida silenciosamente até aquele momento. Algumas ACS se emocionaram enquanto traziam suas experiências e relembavam seus partos. Entendemos em equipe que não havia outra pauta para ser tratada, que naquele momento o mais importante era seguir na escuta das mulheres que eram nossas companheiras de trabalho e faziam emergir a pauta do cuidado na saúde da mulher, nossa pauta inicial, mas sobre outra perspectiva.

Nesse encontro, foi importante a flexibilidade do serviço para acolher o que estava sendo trazido como demanda pela equipe. Uma situação semelhante acontece nos grupos de promoção em saúde no qual se planeja trabalhar com uma temática específica e outra questão emerge do coletivo. Uma das características da Atenção Básica é a variabilidade. Esta solicita maleabilidade na construção do cuidado, com escolhas coerentes em relação às questões que emergem do plano do trabalho alinhadas aos objetivos de cuidado do serviço. Ou seja, não podem ser aprisionadas a prescrição da pauta prévia (em cumprir o que foi programado) caso

não esteja em sintonia com o desejo da população. O manejo para lidar com a variabilidade parte inicialmente do trabalho com a equipe, com o acolhimento dos seus valores e vivências, uma experiência que poderá contribuir nas atividades do trabalho com a população.

A situação acima também nos mostrou a importância de construir um espaço na Unidade de Saúde que favoreça a partilha e as dores possíveis de serem divididas em equipe, um espaço que represente um cuidado na saúde do trabalhador. Neste encontro, também conversamos sobre o equívoco que seria incentivar o grupo de ACS a repetir o que orienta a “cartilha” sobre parto normal e não problematizarmos e incluirmos suas experiências. O trabalho prescrito para a equipe da CF Dona Zica tinha como ponto de partida o investimento nas práticas de incentivo ao parto normal e à amamentação, mas na atividade das ACS, os valores norteadores das suas experiências com estas atividades não positivavam essas práticas. Vale ressaltar, a importância dos serviços reconhecerem que os valores dos trabalhadores estão presentes inevitavelmente nas atividades desenvolvidas. Na especificidade do trabalho da ESF, a prática nos mostra, a validade de acolher a experiência pessoal dos trabalhadores com os aparelhos públicos de saúde e de educação, para construirmos modos efetivos de comunicação entre esses e a população.

3.8 As Dramáticas da Atividade Gerencial: O que fazer? O que cabe fazer? Como construir nas vicissitudes do cotidiano?

Todas as Unidades de Saúde funcionam a partir das orientações padronizadas pelo Ministério da Saúde, sob a coordenação das secretarias municipais (SMS) e coordenadas pelas áreas programáticas. Atualmente, na cidade do Rio de Janeiro, todas as Unidades de Saúde também possuem no gerenciamento de seus serviços um regimento interno. Um instrumento se integra ao serviço na fase de expansão da ESF como uma determinação de 2011⁸⁰ da SMS, no qual ficou determinado que a cada início de ano o regimento deverá ser atualizado e enviado

para a coordenação da área programática, assim como deverá permanecer disponível para consulta pública nos meios de comunicação virtuais da unidade: os Blogs⁸¹ das Unidades⁸².

O regimento interno é um instrumento normativo que tem a função de apresentar descritivamente o funcionamento do serviço de saúde: os profissionais das equipes, o perfil do território e o que é nomeado como “missão” da Unidade. Nesse ponto, apresenta-se a responsabilidade sanitária da Unidade e o fluxo do acolhimento definindo a entrada e o acesso da população ao serviço. A orientação da SMS foi para que este instrumento fosse construído coletivamente pelos profissionais das Unidades, de modo que contemplasse o objetivo acordado pelos serviços. Nas unidades que dispusessem do conselho gestor, este deveria participar da construção.

3.8.1- O Regimento Interno e os Usos de Si

Quando iniciei o trabalho na CF Dona Zica, já havia o regimento interno e a função era atualizar os dados anuais. Em algumas reuniões de equipe coloquei essa necessidade de construção para a equipe, mas não havia ressonância em relação ao tema. Esta situação suscitava pelo menos duas questões: a primeira era construir um instrumento que objetivamente não era utilizado pelas equipes no seu cotidiano, o que fazia com de fato se apresentasse como algo exterior ao trabalho e a segunda era como incluir os profissionais numa construção coletiva quando não veem sentido e não despertam o interesse para esta prática? Por se tratar de uma obrigatoriedade do serviço o envio do regimento, atualizei as informações e disponibilizei para que fosse publicizado, mas certa que não era o resultado de uma produção coletiva.

Uma equação difícil de ser exequível nos serviços é administrar o tempo para as respostas das demandas administrativas com o tempo subjetivo de incorporação das demandas à serem cumpridas pelo trabalhador. A inclusão de uma nova rotina suscita um tempo de adaptação para o entendimento sobre sua finalidade no

⁸¹ O Blog é uma ferramenta virtual e foi uma exigência no processo de expansão da ESF que todas as Unidades tivessem um Blog com informações e fotos atualizadas do seu cotidiano.

⁸² <http://smsdc-cf-donazica.blogspot.com.br/p/regimento-interno.html>

serviço. O que tenho acompanhado/vivido no âmbito das unidades de saúde é a ausência de um tempo possível para a incorporação de uma nova norma, ou seja, a inserção de uma nova prática que pode ser expressa por um novo instrumento, fluxo, protocolo, que comumente é inserida de modo vertical, não dispondo de espaço/tempo para que os trabalhadores elaborem o porquê da sua utilização. Isso contraria a necessidade dos viventes de construírem ou adotarem normas já construídas que tenham sentido em suas vidas profissionais e não apenas como algo para ser executado por máquinas.

A relação espaço/tempo para a incorporação das orientações é um ponto central nas situações do território do trabalho onde se faz necessário a inclusão de uma diretriz na política pública de saúde. Nesse sentido, acompanhei com atenção (por ser tema da pesquisa anterior de pós-graduação) a inclusão da política de saúde da população negra (BRASIL, 2009a). Resumidamente, a política trazia a proposta para o acolhimento nos serviços das especificidades desse grupo populacional no acesso as linhas de cuidado. A orientação da política era incluir os impactos do racismo e o atendimento das doenças que são específicas ou mais frequentes nesse grupo populacional, como por exemplo, a anemia falciforme, tendo em vista que este é o grupo que mais acessa o SUS. No entanto, ela implica na construção de novos paradigmas de cuidado e na tradução e construção junto aos profissionais de que não se trata de um novo trabalho e sim da qualificação do trabalho já realizado.

No cotidiano dos serviços, as equipes vivem uma relação de sobrecarga de demandas, o que pude perceber em relação a política de saúde da população negra era uma indisponibilidade para a inclusão dessa questão, justificada como “mais trabalho”. Esta resistência também pode ser compreendida como um dos reflexos do racismo estruturante da sociedade brasileira que encontra suporte no mito da democracia racial (SODRÉ, 1999). Como acompanhava as informações sobre ações neste tema, identifiquei que informes e ações não chegavam até o serviço, por exemplo: num determinado momento foi oferecida uma oficina em saúde da população negra para os profissionais da AP 4.0, no entanto a oferta não chegou até os profissionais para que se inscrevessem. Embora na época trabalhasse na área AP. 4.0, podendo incentivar a participação dos profissionais, só tomei conhecimento

da oficina porque seria realizada por uma profissional da SMS que se incluiu na minha rede de relações pessoais⁸³.

Estas observações reforçaram o entendimento de que, sem espaços de reflexão e problematização para a discussão dos impactos do racismo (que é a questão que estamos colocando como exemplo, mas vale para todo tema que desejamos trabalhar na assistência), o que teremos é a política como diretriz desencarnada. Ainda que consideremos um avanço sua inclusão como diretriz na política municipal, esta por si só não garante efetivamente que haja um impacto positivo na produção do cuidado em saúde para a população negra.

Entendemos que a construção de novos modos de cuidar nos serviços de saúde solicita um investimento contínuo na problematização dos valores incorporados nas atividades dos profissionais. Em relação ao tema da saúde da população negra, a inserção desta temática não será efetivamente incluída sem a construção de espaços de diálogos nos quais o racismo e seus significados nos modos de viver e morrer estejam pautados. Outro tema que deixa claro as dificuldades de implantação das políticas do serviço da AB é o referente a saúde mental. Embora os discursos de inclusão para o cuidado em saúde mental já estejam presentes no serviço, a operacionalização da inclusão se dá numa prática do dia a dia, na micropolítica do cuidado em ato.

3.8.2 A Ficha de Cadastro, o Prontuário Eletrônico e o Brincar

Desde a sua implantação, a Estratégia de Saúde da Família (ESF) segue com prescrições de trabalho oficiais elaboradas pelo Ministério da Saúde, e ao longo dos anos incorpora as especificidades mais comuns encontradas nos territórios. Entre os instrumentos de cadastro dos moradores das áreas adstritas temos a ficha de cadastro nomeada como ficha A (anexo). Essa ficha cadastral tem o objetivo de construir o registro do perfil da população atendida, apresentando uma configuração que permite organizar as informações relativas ao cadastro individual e familiar das

⁸³ Essa situação também mostra o desafio em construirmos nos serviços diálogos e referências baseadas nas redes institucionais e não pessoais.

peças, com informações sobre sua condição de saúde, moradia e território, a partir do preenchimento realizado no cadastro domiciliar pelos ACSs. A ficha A deve ser atualizada periodicamente durante as visitas domiciliares dos ACSs, os dados desses registros compilados e analisados irão produzir o perfil epidemiológico do território e, posteriormente, o diagnóstico situacional.

Além da ficha A de cadastro, existem outras fichas referentes às linhas de cuidado e à saúde da criança e da mulher (gestante), que também devem ser atualizadas com regularidade pelos ACS. Uma novidade em relação aos registros, que foi inserida com a expansão da ESF em 2009, foi o uso do prontuário eletrônico (PEP). A escolha por esse modelo de registro justificava-se pelo avanço tecnológico na organização das informações referentes ao percurso dos usuários na unidade, o que permitiria uma informação mais fidedigna para a realização do cuidado longitudinal, objetivo da ESF.

Quando o Rio de Janeiro iniciou o uso do PEP, este já era uma ferramenta em uso em outros países, especialmente em Portugal, país que inspirou tecnicamente o movimento de Reforma da Atenção Primária na cidade. O uso desse modelo de prontuário se integrava ao movimento maior de agregar *qualificação e modernidade*, adjetivos usados com frequência durante esse processo. O prontuário eletrônico significava um investimento no registro das informações e na busca por um modelo de prontuário que se comunicasse com outras informações em saúde (o que ainda hoje acontece de modo precário).

Atualmente, diferentes modelos de prontuários encontram-se em uso nas dez áreas programáticas da cidade, ou seja, não há um modelo único de prontuário em funcionamento. Todos os PEP operam na organização dos registros do cadastro e acompanhamento da população atendida, e são provenientes de empresas portuguesas prestadoras de serviço das Organizações Sociais. Ao indagar sobre a escolha do modelo de prontuário português em detrimento de um modelo nacional, as informações obtidas com uma responsável pelo PEP de uma OSS (a SPDM) foram de que havia uma recomendação para o uso do modelo de Portugal, uma das cláusulas da licitação do contrato para a OSS, e que até aquele momento não havia um modelo nacional que atendesse à complexidade do programa.

O uso de uma ferramenta importada produziu várias demandas para o serviço que se tornaram ainda mais intensas durante o período inicial de implantação do uso. O que registramos de modo mais comum nos serviços foram: às dificuldades com as diferenças entre o uso da língua portuguesa em Portugal e o português utilizado no Brasil; algumas informações que existiam na ficha A e não existiam na ficha A do PEP; problemas relativos à velocidade da internet (alguns prontuários só funcionam com internet) ou com funcionamento intermitente; a inconsistência entre os dados armazenados e a produção gerada; cadastro duplicado ou apagado pelo sistema; opções de profissões não condizentes com o perfil da população cadastrada, entre muitos outros. Uma reclamação comum dos ACSs é o tempo que gastam nas atividades de retrabalho no PEP e deixam, assim, de atuar diretamente nas suas respectivas áreas. Estes fatos produziram e ainda geram sobrecarga, desgaste, tensão no cotidiano dos serviços que não dispõem de autonomia e capacidade técnica para solucionar.

Cada OSS conta, entre seus profissionais, com um responsável pela tecnologia da informação (TI), que tem como atividade dar soluções aos problemas provindos dos recursos de computação referentes a produção, questões técnicas de informática em geral e internet. Os profissionais de TI atendem as Unidades em relação ao prontuário, mas com limitações. Os demais profissionais do suporte estão nas bases dos prontuários, em Portugal. Parte da assistência técnica do PEP é realizada à distância, mas em função da complexidade, principalmente durante o período de implantação, era necessário o deslocamento do profissional português até as Unidades.

Embora o uso do prontuário eletrônico esteja atrelado às normas de funcionamento do serviço, nas situações em que o operamos este não cumpre objetivamente a sua função pré-determinada e produzem, muitas vezes, a experiência do vazio de normas. Schwartz (2000b), quando destaca o *vazio de normas*, afirma que todo o trabalho tem prescrição e, no entanto, as normas ofertadas para o trabalho não atendem integralmente à necessidade de referências. Sendo assim, é preciso criar uma nova norma, uma norma que seja orientadora do trabalho. Vale destacar que essa nova norma não precisa ser algo escrito, num modelo formal, mas é a construção de um modo de fazer em ato.

No trabalho das equipes de ESF referentes ao uso do prontuário, identificamos a construção de instrumentos paralelos de anotações entre outras saídas que demonstravam a construção de novas normas para lidar com o vazio de normas que era encontrado no uso do prontuário português pelas equipes da ESF da Mangueira. Esta estratégia de renormatização demonstrava o que encontramos suporte na ergologia quando diz que as pessoas são criadoras de normas, como condição humana e vivem seu trabalho a partir de seus afetos, na medida em que a realização de uma tarefa passa pela invenção de um uso de si (SCHWARTZ, 2000b).

O vazio de normas se refere às situações nas quais as normas estabelecidas não dão conta de referenciar o trabalho. Esse conceito, trazido pelo Schwartz, contempla a diversidade do cenário dos serviços de saúde onde se vivencia o paradoxo, por sofrer uma inflação de normas orientadoras do trabalho e ao mesmo tempo o encontro contínuo com o inusitado, que escapa as prescrições de normas, conforme dito anteriormente. Nessas situações, emerge a criatividade (uma característica do trabalho em saúde) de quem exerce o cuidado e que cria continuamente uma nova norma para orientar e realizar suas práticas.

As equipes podem se defrontar com o vazio de normas nas situações clínicas urgentes que podem ser apresentadas numa situação em que uma gestante que venha a entrar em trabalho de parto e ter seu bebê no serviço da AB (uma situação já experimentada num serviço e vivenciada por algumas equipes de ESF). O vazio de normas também se coloca nas situações em que a violência ultrapassa os limites de proteção do serviço, por exemplo; quando alguém ferido e envolvido no comércio ilegal precisa ser atendido na unidade e as equipes desenvolvem estratégias diferenciadas para o acolhimento. O vazio de normas também se apresenta nas situações clínicas que solicitam intervenções que escapam a normatização prévia (como no caso da adolescente e o uso da rede social), afirmando a complexidade da AB, em detrimento de qualquer definição que descreva esses serviços como uma assistência mais simplificada e “mínima”.

Entendemos que, em relação ao trabalho da gerência, a construção de prescrições é uma função intrínseca ao cargo, uma etapa que se inclui no viés administrativo e como nas demais atividades estará agenciada com os valores de

quem a executa e o que pretende afirmar. Nessa atividade, o que nos parece como um dado determinante na experiência de construção das normas é a aposta ética do profissional que ocupa a gerência e as resistências que puder sustentar subjetivamente. No território do trabalho, assim como na vida, as relações não se dão em dualidade, o que está em jogo na construção do processo do trabalho é o que se quer afirmar com a implantação de uma norma num serviço.

No Início do trabalho da CF Dona Zica, como os trabalhadores já haviam experimentado, em quatro anos, o trabalho com oito gerentes anteriores, eles lembravam de algumas orientações ou desconstrução de algum processo de trabalho realizado por alguns dos gerentes. Numa dessas situações, que relembavam uma prática que havia sido desenvolvida na unidade, os profissionais trouxeram o exemplo de uma ação aparentemente simples, mas que explicitava uma típica prática de controle, constrangimento, afirmação de poder, por mais que estivesse sendo contada num tom de piada pelos profissionais. Eles se lembraram de uma gerente que estava no cargo anterior a minha chegada e que havia proibido a equipe de cantar parabéns no aniversário de qualquer trabalhador da Unidade com a justificativa de não haver barulho no serviço.

Entendemos que um dos cuidados em relação ao bem-estar no serviço é a sonoridade, porém reprimir uma manifestação de afeto que é comum nos serviços e favorece a confraternização, a brincadeira entre os trabalhadores, não parece um modo mais adequado de garantir a qualidade do som no ambiente. No entanto, durante todo o período que a gerente esteve no cargo, a equipe cumpria essa determinação e não realizava uma prática que era comum naquele grupo. Vale ressaltar que uma das características da equipe da CF Dona Zica era a alegria, a brincadeira, o modo criativo com que tratavam suas questões profissionais e também as dificuldades, a partilha em relação às vicissitudes do viver, especialmente entre o grupo de ACS, mas não somente este grupo.

Um modo de entender o lugar da brincadeira nos espaços vitais é através do pensamento winnicotiano. O autor compreende o brincar como uma expressão da saúde, o brincar é o que facilita o desenvolvimento, o crescimento e o pertencimento ao grupo. *O brincar é uma coisa natural e universal* (WINNICOTT, 1975, p.63). A brincadeira para a equipe da CF Dona Zica era algo que fazia parte da estética do

serviço. A brincadeira se manifestava naturalmente no modo dos profissionais se relacionarem entre si e entre os usuários. Podemos pensar que de alguma forma o clima “verde e rosa” da Mangueira interferia para esse modo de relacionamento. A brincadeira também era algo que buscava agregar no trabalho da gerência na relação com os trabalhadores, assim como construir um espaço livre para as crianças brincarem.

Entendemos a partir da perspectiva da ergologia que, para se desenvolver a gestão coletiva, as regulações não devem ser feitas isoladamente pelo gerente, pois é parte do processo gestor dimensionar valores, apontar direções para o serviço que não afetam somente um trabalhador ou usuário, mas todo um modo de vida em comum. Deste modo, afirmamos a necessidade de cuidado com as relações entre trabalhadores e destes com os usuários, condições que criam um ambiente de confiabilidade essencial para que sejam estabelecidas as negociações de eficácias, conversas críticas sobre o trabalho. Neste cuidado, encontramos as condições estruturantes para o avanço de uma política coordenada de gestão da variabilidade dos serviços que não envolva apenas regulação, mas também um trabalho de renormatização, de produção de novas normas que podem apontar para a volta de um funcionamento da organização ou para uma mudança de paradigma do modo de trabalho assistencial.

Na organização de uma atividade de trabalho referente às práticas de imunização, pudemos perceber os efeitos desagregadores da equipe na implementação de normas reguladas exclusivamente pelo gerente. Em função de uma nova orientação sobre o registro da produção das vacinas no prontuário eletrônico, a gerente da época comunicou à equipe que os cartões de vacina-espelho das crianças (que ficam guardados na Unidade) em forma de papel deveriam ser suprimidos e as informações inseridas exclusivamente no PEP. No entanto esta informação foi equivocada (o que não é incomum) sendo realizado um direcionamento rígido para o cumprimento vertical da norma ou pelo menos no entendimento e no modo de conduzir está orientação no serviço.

Vale ressaltar que manter o cartão espelho atualizado demanda muito investimento de trabalho para as equipes. Para dar um panorama do número de cartões que estamos mencionando, no ano de 2016 havia 2.466 crianças de 0 a 5

anos cadastradas na Unidade e, pouco antes da entrada dessa gerente, a equipe havia atualizado os cartões desse grupo. Com base na orientação por ela recebida, a gerente determinou que não poderia haver cartões de papel na Unidade e rasgou todos os cartões espelhos. Uma enfermeira, que ainda hoje é responsável pela imunização, contou essa situação muito emocionada. A enfermeira em questão é dedicadíssima ao trabalho e não há dúvidas que esse processo significou uma vivência de violência ao seu trabalho e ao trabalho coletivo que havia sido construído.

A situação acima também nos leva a investigar sobre os impactos de uma prática isolada de gerência como observamos comumente nos espaços de trabalho. Essas práticas podem interferir não somente nas atividades realizadas no trabalho e na confiabilidade no serviço, mas no processo de produção de subjetividades dos profissionais com reflexos em outras áreas do viver. O exercício de problematizar a micropolítica do trabalho em saúde é necessariamente incluir os efeitos das práticas nos atores que fazem parte do cuidado.

3.8.3 A Gerente Ritmista: no ritmo das atividades

Especialmente no primeiro ano na gerência da CF Dona Zica, ouvi muitos relatos sobre as experiências com as gerentes anteriores e buscava acolher, assim como colocar minha opinião em relação a alguma intervenção. Também era um momento de construção do que viria a ser o nosso modo de fazer o trabalho, o que iríamos construir em termos de gestão da Unidade. Nesses encontros, percebia como um atravessamento comum a questão da identificação com o território. Na comunidade da Mangueira se fala num “orgulho verde e rosa” que também reconhecia em mim e era valorizado por alguns profissionais.

Mesmo reconhecida pelo orgulho verde e rosa, no início das atividades como gerente os ACS disseram que não iria escapar do “bolão⁸⁴”, apostas para saber quanto tempo eu iria trabalhar na Unidade. Entendia que era uma brincadeira que

⁸⁴ É uma modalidade de aposta coletiva onde vários apostadores se juntam para adquirir uma série de cartões de apostas, aumentando assim a probabilidade de acertos, e com posterior divisão dos prêmios

mostrava um dos modos que os ACSs encontravam para lidar, como mecanismo de defesa, com as inúmeras mudanças de gerente na unidade. Estas inúmeras trocas de gerência impactavam negativamente no trabalho dos profissionais, pois, muito comumente implicam descontinuidades nos processos e fluxos do trabalho, nas relações afetivas construídas e retrabalho.

Numa conversa com um líder da comunidade da Mangueira sobre o que era minha função como gerente, a descrevi como a de um ritmista. Quando iniciei o trabalho como gerente na CF Dona Zica, a bateria já estava tocando e cheguei com o “meu tamborim”. Sendo assim, precisava sentir o ritmo, escutar a bateria antes de tocá-lo, e, como gerente, buscava ser “uma boa mestra de harmonia”: entrar na avenida sem deixar o samba atravessar⁸⁵. O uso da metáfora do ritmista foi escolhida neste caso porque o líder comunitário já havia tocado na bateria da Mangueira, e poderia associar com tranquilidade o que dizia em termos de metodologia do trabalho na gerência.

Schwartz (2004) alerta que, antes do trabalho de qualquer gerente começar, já existe uma série de negociações de eficácias acontecendo, modos de gerir o trabalho, que não podem ser ignorados. Não se trata de simplesmente aceitá-los acriticamente, pois por vezes não produzem efeitos positivos para a assistência, mas é necessário conhecê-los e dialogar com eles. É preciso que o “gerente-ritmista” possa em algum momento discutir mudanças de ritmo, ou estar atento às propostas que surgem, não considerando o samba como algo já dado, que não pode ser inovado:

É necessário recordar que as dramáticas de eficácia já precedem sempre a todo encaminhamento gestor que pretenda subordiná-las. Essas negociações implícitas não têm por vocação legislar unilateralmente. Mas, tocar no ponto essencial sem considerá-las, é correr riscos, o que só pode implicar disfuncionamentos ou crises de confiança. (Schwartz, 2004, p.32)

⁸⁵ “Atravessar o samba”, na gíria popular, muito usada na transmissão dos desfiles significa que uma banda ou bateria errou a batida ou a melodia. Para que haja harmonia numa bateria de uma Escola de Samba todos os instrumentos precisam funcionar harmonicamente, é preciso muita comunicação da parte do mestre de bateria. Suas ordens devem chegar até o último músico da bateria. Se isso não acontece, surge o fenômeno chamado “atravessar o samba”, ou seja, é quando os instrumentos não estão tocando em harmonia, uns estão mais acelerados e outros mais lentos.

Assim, foi fundamental para a construção da inserção como gerente este trabalho de mergulhar no ritmo coletivo e depois participar de sua reconstrução. Isso certamente ajudou a experimentar relações nas quais existia a confiança de que o processo gerencial não era para atravessar o samba, ou seja, impedir que os profissionais construíssem coletivamente formas de gestão do trabalho e sim um processo para agregar os sons dos instrumentos de cada profissional ritmista, apostando num desfile no qual haja esforço de coordenação entre as atividades.

Embora não houvesse pensado nesse modo de tradução da prática como se deu no encontro com o líder comunitário, parecia-me um modo fidedigno de apresentar o que trazia como aposta na construção do processo de trabalho. O encontro acima mencionado também ilustra um dos pontos essenciais no desenvolvimento da atividade no trabalho, que é o de criar uma linguagem no campo que estabeleça uma comunicação transparente da mensagem que desejamos transmitir. A fluidez na comunicação é um desafio nas relações humanas, não sendo um desafio menor nas atividades do trabalho. Na prática clínica, o exercício de uma linguagem fidedigna é um dos resultados de um processo de identificação e de construção de um campo onde a linguagem cuidadosa emerge com naturalidade. No exercício da gestão, vivi como algo similar.

O pensamento da ergonomia entende que a gestão do trabalho não se resolve no planejamento e na prescrição do gerente, como se defendia anteriormente no pensamento taylorista. Durante o processo de desenvolvimento industrial Taylor (1990) diz que há uma gerência que vai planejar, prescrever, treinar e supervisionar, e com essa configuração os trabalhadores iriam apenas executar. Hoje em dia, ainda há o entendimento equivocado de que o trabalho da gestão é realizado pelo gerente, ou aquele que ocupa o lugar da chefia. No campo da saúde, há uma divisão em termos de nomenclatura estrategicamente política que nomeia como gestor quem ocupa os cargos de secretária municipais. Já quem ocupa os serviços de ponta são nomeados como gerentes. Esta divisão se opera a fim de produzir certa divisão estratégica de atuação. No entanto, na prática essas nomenclaturas se tornam confusas já que todos trabalhadores fazem gestão do trabalho e não apenas os nomeados “gestores”.

Durante a experiência de trabalho nos serviços de saúde, nas reuniões com os representantes da secretaria municipal de saúde ou com os representantes das OSS, os discursos direcionados aos gerentes os nomeavam como *gestores*. Nesses espaços, também se colocava um direcionamento implícito (embora muito claro em função das solicitações irrestritas realizadas em horários improváveis) para uma disponibilidade sem limite do gerente para o serviço, o que é uma característica do trabalho no contemporâneo. Em muitos momentos, recebia nessas reuniões determinações e orientações para o desenvolvimento de uma prática gerencial administrativa e prescritiva, exatamente o inverso do que pretendia para essa função e do que considerava fundamental em relação às oportunidades que poderiam ser construídas a partir do lugar de gerente, como por exemplo, interferir no acesso e na porta de entrada da Unidade.

Uma questão que transversalizava diuturnamente o trabalho como gerente era como lidar com a invenção dessa atividade em meio às prescrições recebidas para o desenvolvimento da função. Como preservar a criatividade no trabalho e construir linhas de fuga sem deixar de responder às demandas que também fazem parte do exercício da atividade de gerente? Uma das estratégias utilizadas era tornar o processo de trabalho o mais transparente possível, partilhando com a equipe direcionamentos recebidos ou encontrando no início do turno de trabalho com os ACS na sala da Unidade para tomarmos juntos o café, um espaço não institucionalizado, mas nem por isso menos potente. Esses espaços, teoricamente informais, contribuem para que as pessoas se expressem e interroguem o processo de trabalho de forma mais livre do que muitas vezes ocorre nos espaços das reuniões com toda a equipe.

Outra estratégia utilizada era o investimento na relação com os parceiros do território, mantendo-os informados sobre os processos de trabalho na Unidade, buscando evitar ou pelo menos não estimular os encaminhamentos pessoais, ou seja, que as pessoas viessem até a unidade através de algum líder comunitário, ou pelas pessoas de influência política, o que já reconhecia como uma prática comum no território da Mangueira. A proposta era construir um trabalho o qual a população pudesse sentir e reconhecer a unidade como um espaço legítimo de acesso. Nessas duas estratégias, estava presente o esforço de pactuar como iríamos dimensionar o valor saúde pública.

Um dos esforços no desenvolvimento da prática na gerência era afirmar a diferença entre gerência e gestão, conceitos que ainda parecem ser mal compreendidos, já que fazer gestão é diferente de fazer um gerenciamento. A atividade da gestão implica inevitavelmente em realizar escolhas e colocar em análise os valores. O gerenciamento seria o trabalho tanto de secretários, como dos gerentes de unidades básicas de saúde. Já o trabalho de gestão é aquele realizado por todos os profissionais, tanto os secretários, gerentes, como os trabalhadores da assistência, limpeza, entre outros.

Em relação às responsabilidades técnicas, o gerente se diferencia dos demais profissionais pela função de acompanhar o desenvolvimento da Unidade em termos das avaliações sanitárias, processos administrativos e responsabilidades típicas do gerente. Isso seria o gerenciamento. Porém, conforme mencionamos anteriormente, devido à variabilidade presente em qualquer situação de trabalho, todos os trabalhadores são convocados no seu cotidiano a tomarem decisões importantes a cada momento sobre quais normas são mais apropriadas para a realização do seu trabalho, podendo inclusive criar normas contrárias as que existem para permitir alcançar os objetivos da assistência, quando seguir cegamente uma prescrição seria ao contrário negar o cuidado.

Tendo em vista esses pressupostos, nomear como gestor somente os secretários de saúde, como prevê na lei do SUS, ajuda a manter uma ideia que criticamos anteriormente de que apenas os mesmos fazem a gestão. E, infelizmente, muitos secretários e gerentes se comportam negando a existência dessas dramáticas gestonárias na atividade, na ilusão de que se poderia ignorá-las administrando de forma arbitrária pela imposição do medo. O que várias pesquisas (Muniz, 2000; Souza, 2009) têm apontado é que na verdade essa gestão cotidiana continua, mesmo clandestinamente, e por vezes de forma fragmentada pela ausência de um espaço público para construir a coordenação e discussão dessas renormatizações.

Todo trabalho é uma atividade humana que envolve dramáticas do uso de si por si e o uso de si por outros. Entendemos que, quando o trabalho dificulta o uso de si por si, o corpo irá escapar por possibilidades infinitas como estratégia de fuga e resistência. Nessas situações, podem surgir as somatizações, um adoecimento que

causa um afastamento, uso abusivo de alguma substancia que permita certo “anestesiamento” para lidar com o que incomoda e tantas outras invenções do corpo. Não há possibilidade de constranger o corpo, a vida, para um enquadramento em prescrições sem que haja derivação. Não é da natureza humana atuar estritamente de modo prescritivo, a vida deriva, sempre. Compreendemos de acordo com Barros (2007) que:

Toda situação de trabalho é lugar de uma "dramática" subjetiva onde se negociam circunstâncias pessoais, históricas, entre usos de si pelos outros e usos de si por si mesmo que se cruzam, constituindo uma "dramática", um destino a ser vivido. Assim, os humanos têm de fazer escolhas para fazer valer suas próprias normas de vida, produzindo formas de "des-anonimar" o meio. Não há atividade humana desenvolvida mecanicamente, como postulava a organização científica do trabalho (p.356).

No ambiente dos serviços de saúde, a partir de uma perspectiva ergológica, se diferencia o trabalho do gerente e o processo gestor. O processo gestor dentro de uma unidade de saúde se refere a totalidade do trabalho que produz o cuidado e que envolve o trabalho realizado por todos os profissionais. O gerente do serviço está vinculado diretamente com os processos que o envolvem um debate de normas, debate este típico do trabalho gestor. Um dos papéis do gerente é assumir decisões e escolhas, mas, no entanto, todos os profissionais estão incluídos na gestão das práticas e somente a partir desse processo individual e coletivo que envolve as pequenas e micro decisões, enfrentando o debate de normas, que emerge o cuidado da instituição de saúde.

Nos serviços de saúde pública, vive-se no cotidiano o debate de normas. O debate de normas atravessa as práticas do trabalho nas intervenções mais simples e também nas que exigem complexidade no seu desenvolvimento. Na atuação do ACS, o debate de normas se explicita quando ele cria uma estratégia singular para acompanhar por exemplo a administração de uma medicação, ou conseguir entrar numa casa que não tem muita abertura. No entanto, a renormatização nem sempre terá um efeito positivo em relação ao seu impacto no acesso e no cuidado. Os profissionais também podem criar normas de condução do serviço que podem escapar a observação do gerente e produzir a dificuldade no acesso.

Com a aposta nesse modo de condução do trabalho, na gerência da CF Dona Zica, quando um profissional solicitava folga (que era um direito adquirido através dos números de horas extras cumpridas), indicava que pactuassem sua ausência também com os demais profissionais da mesma categoria valorizando a importância que todos estivessem de acordo e viessem a cobrir a ausência do colega, caso se traduzisse em menor possibilidade de atendimento no serviço.

Investir na comunicação entre os profissionais também era uma estratégia de incentivar o diálogo e pactuação da responsabilidade do cuidado com o grupo. No início, não foi nada simples, porque havia uma cobrança para que o gerente decidisse sozinho, partilhar responsabilidades é uma prática que solicita implicação e trabalho, mas com o tempo desse exercício, os profissionais vinham solicitar a folga, já tendo pactuado anteriormente com os demais a ausência. O fato de apostar que o processo gestor é coletivo, não significa se eximir do lugar de tomada decisões que são próprias do cargo, mas privilegiar um certo manejo de gestão que passe pelo diálogo e envolvimento da equipe na condução do processo do trabalho.

O entendimento da gerência como sinônimo de um cargo estrito ao burocrático e administrativo é uma redução dessa função. Nossa aposta é na possibilidade da construção de um *ergogerenciamento*, um gerenciamento que incorpore a perspectiva da atividade, que compreenda que o processo gestor é vivo e atravessa a todos os trabalhadores, incluindo a gerência. O gerente dentro desse entendimento seria um “gestor de gestões”, que não assumiria a ideia que iria criar a gestão e os demais executá-las, e assumiria a ideia que existe um processo gestor acontecendo concomitantemente e que sua função seria a de potencializar esse processo gestor existente. A relevância desse papel se dá com o entendimento que é preciso haver um comum no espaço do trabalho, na construção de espaços de pactuação e negociação, caso contrário, cada profissional assumiria a sua norma e não se cria um corpo comum do serviço.

O processo gestor a partir da ergologia assume que todos os seres humanos têm atividade e estão em atividade no serviço, que é o espaço de encontro de todos, incluídos usuários, familiares e profissionais. Sendo o encontro dessas pessoas o que produz o serviço. Numa visão ergológica, é preciso construir dispositivos que afirmem que há uma normatividade de todos, e que por isso mesmo

é preciso construir pactos de cuidado e intervenção. Uma perspectiva ética e epistemológica compreende que a clínica, atuando de modo prescritivo, não é efetiva, e o usuário deve ser compreendido como sujeito ativo no exercício da atividade do cuidado.

O usuário também renormatiza, e deve-se levar em conta que sua saúde implica a ampliação dessa normatividade. O que quer dizer que a adesão ao tratamento ou a qualquer outra prescrição que esteja sendo administrada deve ser pactuada, porque na prática será incorporada ou não de acordo com suas normas e conveniências. Ignorar essa prerrogativa é uma ilusão. Partindo desse pressuposto, é importante que no exercício de suas atividades, os profissionais deixem claro os riscos e benefícios, que estão sendo assumidos pelo usuário em cada escolha (SCHWARTZ, 2000a).

Entendemos que o exercício dessa prática que defende a ergologia envolve uma aposta ética de cuidado que reconhece o outro como sujeito ativo do cuidado e não como sujeito passivo das prescrições. Essa prática no cotidiano convoca um deslocamento, um despir-se do lugar dos supostos saberes e pede a construção de um corpo que esteja aberto ao encontro, que assim como na experiência clínica coloque em análise seu manejo e intervenções. Nessa aposta, valorizamos uma postura que privilegia o cuidado que se dá como acontecimento, em detrimento do cuidado idealizado, programado, burocrático, sem, contudo, abrir mão do rigor técnico. Em acordo com Merhy (2006), o cuidado é um acontecimento produtivo e intercessor a partir do momento que:

O trabalhador de saúde encontra-se como o usuário, no interior de um processo de trabalho em particular clinicamente dirigido para a produção do cuidado, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre existirá nos seus encontros, mas só nos seus encontros em ato. A imagem desse espaço é semelhante à da construção de um espaço comum, no qual um intervém sobre o outro, por isso é caracterizado como processo intercessor e não uma simples intersecção, pois contém na sua constitutividade a lógica da mútua produção em ato micropolítico, que supõe a produção de um no outro. (p.36)

A gerência difere da gestão porque todo trabalhador, no território do trabalho, independente do grau de formação ou de lugar hierárquico no serviço, realiza inerentemente em suas práticas um debate de normas para realizar a sua atividade. O desenvolvimento do trabalho se dá efetivamente por micro escolhas diversas dos trabalhadores de acordo com o ambiente e com as condições de realizações da prática, que envolvem normas diferentes. Esse é o processo gestor de cada trabalhador, mas que corre o risco de ficar descoordenado se cada um seguir como referência apenas o seu debate de normas, sua normatividade em si, quando o serviço é coletivo. Nesse sentido, faz-se necessário a construção de um trabalho que é difícil, porém possível de ser realizado, que promove o investimento na construção de um espaço de encontro, numa gestão coletiva.

Entendemos como gestão coletiva a possibilidade efetiva dos encontros entre os protagonistas no serviço de saúde onde estes pactuem e construam acordos em torno dos processos de cuidado. Essas pactuações precisam ser realizadas com as categorias entre si, com as demais, com o gerente, com os usuários, e afirmam um processo de trabalho baseado na atividade humana. Esses encontros pressupõem um espaço aberto para a construção de um processo comum. Uma das preocupações nessa proposta de trabalho é não partimos de uma verdade, seja ela do usuário ou dos profissionais, o encontro é para tecer uma via em comum em conversa com heterogêneos. Sem dúvida, um exercício difícil no mundo do trabalho e da vida. Principalmente, quando vivemos numa realidade de trabalho contemporâneo que produz subjetividades atravessadas pelo medo: medo de se expor, medo de perguntar, entre outros.

3.8.9- A Avaliação do Trabalho e as Metas Gerenciais: a desconsideração da atividade

A construção de metas para as práticas gerenciais é estabelecida sem considerar (ou considerando com um potencial de interferência menor) o conceito que estamos utilizando repetidas vezes que pode causar uma certa fadiga ao leitor, mas é inevitável voltarmos a ele, que é o conceito de variabilidade. O uso constante

se deve a presença contínua da variabilidade nos inúmeros processos que compõem o espaço do trabalho. Podemos tomar como exemplo da situação que buscamos evidenciar o que ocorre em relação as metas utilizadas para o desenvolvimento de uma determinada atividade (traçadas a partir da responsabilidade sanitária da Unidade) com o objetivo de mobilizar um determinado público alvo. São exemplos: campanhas de vacinação, realização de preventivo (atividade que acontece no mês de outubro⁸⁶), acompanhamento do programa bolsa família (o que é uma distorção do programa, pois este prevê como uma das condicionalidades para as famílias se incluírem no mesmo o acompanhamento pelo serviço de saúde. Assim sendo, o acompanhamento das famílias deveria fazer parte da assistência e não se incluir numa meta semestral).

O debate de metas é um modo de avaliação do financiamento. Os serviços precisam encontrar um modo de responder tecnicamente ao uso do recurso público que está sendo utilizado. Nossa questão é que essas respostas podem ser dadas de modo a traduzir as atividades do trabalho ou como um modo de reduzir o valor das atividades desenvolvidas. Para a construção dessas respostas, é preciso dimensionar o que envolve a construção de valores de avaliação, como se inclui a questão relacionada às metas, como se cria indicadores para avaliar, por exemplo, o uso do recurso financeiro em determinado programa. O que temos como questão é o fato de termos apenas indicadores quantitativos, porque já é usual a prática de avaliar o uso do investimento financeiro.

Os setores econômicos e financeiros utilizam os valores dimensionáveis previamente, os valores mercantis. Os valores que não são dimensionáveis são os valores que Schwartz (2007) chama de valores do bem comum e existem numa sociedade capitalista, e os valores mercantis estão presentes no cotidiano dos serviços expressos através das verbas utilizadas para gerir as linhas de cuidado das Unidades de Saúde. Os valores mercantis e os valores do bem comum estão em

⁸⁶ Outubro Rosa engloba as atividades realizadas pelas unidades no mês de outubro com o objetivo de prevenir, orientar e realizar diagnósticos iniciais sobre o câncer de colo de útero e mama, a Secretaria Municipal de Saúde (SMS) realizará uma série de atividades em diversas unidades de Atenção Primária (Clínicas da Família e Centros Municipais de Saúde) do município do Rio. Alguns dias do mês é dedicado para a realização do que se chama intensificação do preventivo e encaminhamentos para mamografia.

debate nas atividades gestonárias sendo preciso lidar com a presença de ambos e com as habilidades diferenciadas que demandam. Os valores mercantis se referem ao que é previamente dimensionável em relação a quantificação de serviços ou financeira, já os valores do bem comum são complexos e variantes. Para enfrentar essa dificuldade o mais comum é encontrarmos a construção de metas por produção.

Interessa-nos pensar outros modos para avaliar se uma unidade de ESF está desenvolvendo bem a sua função de cuidado ampliado de saúde no território. Seria o acesso uma possibilidade de analisar o serviço? No entanto, apesar da importância da construção de critérios para a avaliação do serviço, os indicadores e as metas não devem estar sozinhos para análise do serviço de saúde, se assim estiverem, o serviço estará exposto ao eminente risco de ter seu potencial reduzido.

Um dos modos utilizados para avaliar o desenvolvimento das equipes na CF Dona Zica era analisar o acesso para as equipes, as queixas recebidas pelos usuários se encontravam dificuldade ou não, a percepção durante o processo de trabalho em relação a comunicação entre os profissionais. As equipes apresentam movimentos de trabalho diferenciados, e perceber se as construções de trabalho estão favorecendo ou não a entrada das pessoas por ser um analisador do trabalho.

Em outras situações em relação ao acesso, as atividades de grupo outras variáveis devem ser consideradas na avaliação do acesso da atividade. O comparecimento da população nas atividades ofertadas pelas Unidades está diretamente condicionado às situações que envolvem os meios de vida das pessoas em sua diversidade, como as variações climáticas, instabilidade no território (no caso de áreas de conflito urbano), o dia/horário da semana escolhido, o desejo das pessoas em estarem envolvidas numa determinada prática ou não, entre tantas outras possibilidades.

No entanto, quando a expectativa de público alvo ou a meta prevista não é atingida, mesmo quando não são factíveis, frequentemente é associada a uma falha do serviço no processo de trabalho, e principalmente dos profissionais diretamente envolvidos na atividade. Em relação ao gerente, há uma “brincadeira” entre o grupo de gerentes que diz que: não se sabe o motivo, mas já se sabe quem é o culpado!

Uma fala que também ajuda a elucidar a cobrança e a produção de culpa no processo de subjetivação dos trabalhadores.

No organograma do trabalho do gerente, consta o planejamento e o desenvolvimento das ações oferecidas pelo serviço. Neste ponto, incluem-se a execução das atividades que lhe são prescritas e também as dificuldades de lidar com as equipes e com os coletivos de profissionais que se formam dentro delas (como um subgrupo), a partir das especificidades das categorias. Este manejo delicado demanda maleabilidade para dar força, vez ou outra, às questões que se formam em cada um desses grupos, a fim de que saiam das fronteiras e retomem para as equipes. Um dos esforços é lidar com as dissimetrias e lugares de poder entre as categorias, mesmo com um investimento diuturno em tratar as pessoas indistintamente, com o mesmo espaço de fala e de problematização do trabalho.

As dissimetrias estão postas. O trabalho do gerente que aposta na inseparabilidade entre clínica e gestão pode contribuir para que essas situações não sejam reforçadas ou valorizadas. No entanto, os gerentes das ESF que desenvolvem suas atividades no atual modelo de relação contratual entre OSS e SMS, vivenciam uma limitação de interferência no que se refere a discriminação no trato financeiro dado para as categorias profissionais nas equipes da ESF. No exemplo desta situação contratual, a única categoria profissional que recebe gratificação por especialização é a médica.

Em relação aos demais profissionais que também recebiam esta gratificação no início do processo de expansão, os gerentes e enfermeiros tiveram corte por um decreto da SMS no ano de 2016. Isto se coloca como mais um desafio: como lidar com a diferença da gratificação incorporada ao salário do trabalhador e seus efeitos na relação entre as categorias? Entendemos que a ética capitalista, com sua ideologia de mercado, é responsável por grande parte da produção de subjetividade que estamos expostos também no mundo do trabalho em saúde, e lidar com os efeitos dessa produção é uma das atividades do gerente.

IV- CLÍNICA E GESTÃO: UMA CONVERSA COM MUITAS VOZES

*Companheira me ajude
Que eu não posso andar só,
Eu sozinha ando bem,
Mas com você ando melhor!
(Marcha das Mulheres,2018)*

Uma conversa com uma Agente Comunitária de Saúde na Quadra da Mangueira será o “abre alas”⁸⁷ neste capítulo em que tratamos especificamente da aposta na indissociabilidade entre clínica e gestão no ritmo-trabalho da ESF. A vida tem ritmos! O trabalho tem ritmos! Ritmo é algo que nunca se repete! Ritmo é aquilo que é sempre desigual, e como tal, exalta e estimula o pensamento – são os momentos em que a vida transborda, exacerba e produz no corpo signos de arrepio e saída dos limites instituídos (NEVES, 2018).

Numa noite de ensaio da escola de samba da Mangueira, conversávamos no embalo de ritmos, paradas e (des) compassos, sobre as dificuldades e invenções que construíamos no dia a dia do trabalho na C.F.D. Zica. Num dado momento, a ACS afirmou que “o trabalho que desenvolvíamos quando estava na gerência era a serviço do serviço”. Essa expressão enunciava um entendimento do trabalho, da gestão, em meio a um debate de valores e normas vivenciados na atividade, por alguém, em seus fazeres cotidianos em saúde. Experimentava nesta conversação certa perturbação: o que é uma gerência a serviço do serviço?

Para Zarifian (2001), o serviço envolve a construção de relações e nos oferta duas definições:

- O serviço é uma transformação nas condições de atividade do destinatário, cujas consequências (efeitos) são consideradas válidas e positivas por este último e/ou pela coletividade.
- O serviço é a organização e a mobilização eficiente possível de recursos visando interpretar, compreender e produzir a transformação mencionada acima. A eficiência dessa mobilização é

⁸⁷ O abre-alas é a primeira alegoria apresentada que segue alinhada ao enredo do desfile apresentado pela escola de samba.

avaliada pela direção da organização, por seus empregados, e mesmo pela pessoa a que o serviço se destina, quando ela própria é utilizada como recurso. (p.102.103)

Nesta pesquisa, em consonância com Zarifian, entendemos o serviço numa relação que se constrói ativamente e envolve um manejo de gestão atento ao debate de normas e dos valores que transversalizam as atividades constituintes dos serviços. Com esta compreensão, foi desenvolvido o processo gestor na CF Dona Zica.

Na experiência do trabalho da CF Dona Zica, agregavam-se à complexidade da AB os modos de vida da população, transversalizado pela cultura *verde e rosa*⁸⁸ que trazia a singularidade da atividade clínica na Mangueira. Na aposta na indissociabilidade entre clínica e gestão, o território é tomado na sua dimensão existencial em acordo com o pensamento de Guattari e Rolnik (1986):

A noção de território aqui é entendida num sentido muito amplo [...]. Os seres existentes se organizam segundo territórios que os delimitam e os articulam aos outros existentes e aos fluxos cósmicos. O território pode ser relativo, tanto a um espaço vivido quanto a um sistema percebido no seio do qual um sujeito se sente “em casa” (p. 323).

Se sentir-se “em casa”, como Guattari e Rolnik (1986) propõem, remeteu-nos a descrição de uma experiência existencial primária de acolhimento, pertencimento, confiabilidade, de entrega, que também pode ser construída nas relações cotidianas que ratificam positivamente esta experiência. No trato com as crianças, Winnicott (1975)⁸⁹ nos ajuda a entender a importância de se sentir atendido na medida da sua

⁸⁸ O verde e rosa são as cores da escola de samba da comunidade e está presente nas diversas linguagens da população. O verde e rosa compõe, também, a estética dos ambientes com paredes pintadas de verde e rosa e no vestuário cotidiano das pessoas durante todo o ano. Na CF Dona Zica notávamos os bebês chegando na Unidade para a primeira vacina e realização do teste de pezinho (que deve ser realizado até os 5 primeiros dias de vida) já vestidos em verde e rosa, uma expressão compreendida como um modo afetuoso de afirmar a identidade e pertencimento da criança. Dentro da Unidade e nos demais espaços da comunidade da Mangueira há uma marca verde e rosa que vai para além da estética, uma afirmação de um jeito de ser mangueirense que era importante conhecer e entender no desenvolvimento da clínica.

⁸⁹ O desenvolvimento humano na área da cultura e da criatividade inicia, conforme Winnicott (1951), a partir do surgimento da ilusão na relação inicial mãe-bebê. A possibilidade de comunicação entre os seres humanos tem início aí. Na ilusão de que você cria o mundo! A medida em que a pessoa pode

necessidade, o que ao longo das sucessivas experiências satisfatórias permitirá o desenvolvimento da condição estruturante da ilusão e criação. Ao longo da vida adulta, a experiência positiva, geradora do sentimento de se “sentir em casa” pode ser experimentada nas relações com o território.

Quando pensamos o território como território existencial, uma unidade de saúde pode vir a ser um dispositivo que se faz território por agenciamento e singularização desse processo de subjetivação coletivo. Para Macerata (2015):

O território existencial se configura como uma paisagem existencial material e imaterial, que se faz o espaço relacional de onde advém sujeitos, formações subjetivas. Território existencial é o plano de expressão de uma existência (2015, p.45).

Um desafio contínuo desta pesquisa é apresentar através das narrativas as vivências no território, um modo de trazer as interferências no trabalho do cuidado em saúde que foi intensamente experimentado em meio às prescrições duras de trabalho que incluíam respostas que deveriam ser reportadas para os diferentes atores aos quais o trabalho estava subordinado. As narrativas assumem a função de afirmar uma aposta ética e as possibilidades de construções coletivas. A experimentação da escrita tem, em si, um caráter de subjetivação permitindo um novo encontro com as vivências do campo, o que neste trabalho, funciona como parte da manutenção da aposta no coletivo, na diferença, na criação de outros possíveis, num tempo que nos desafia a nos reinventar e a reinventarmos nossas práticas. Muitas vezes ‘perdendo tempo’ para ganhar vida. Esta difícil e paradoxal lida com o tempo é fundamental na gestão.

ter a ilusão de que foi ela quem criou o mundo, abre-se uma oportunidade para atribuir significado à existência. Exemplo: uma criança brincando na praia constrói um castelo de areia e coloca ali dentro vários personagens de seu mundo interno. Esses processos da ilusão e do brincar são a base da saúde mental e do sentimento de criatividade. Não no sentido artístico, mas no sentido de ter recursos para lidar com a vida. A mãe no início da vida, através de uma adaptação ativa às necessidades do bebê, propicia a oportunidade da ilusão de que foi ele, o bebê, quem criou o seio. De que o seio dela faz parte do bebê e está sob o controle mágico do mesmo. Ele e a mãe são uma coisa só. Nesse período, ainda não há separação do “eu- mundo”. Ele sente fome? O seio aparece! Surge bem no lugar que ele deseja. Dessa forma o seio é “criado” pelo bebê repetidas vezes, tanto pela sua capacidade de amar, como por sua necessidade de se alimentar. Assim, cria-se também, em termos subjetivos, o “seio” da vida (WINNICOTT, 1978; 1982).

A situação que foi trazida no terceiro capítulo, na qual uma usuária nos procura para atestar a virgindade da filha após a exposição na rede social virtual, mostra a delicadeza e a complexidade nas quais os serviços da AB estão inseridos, assim como evidencia a necessidade da construção de um manejo para marcar os limites da intervenção e o compromisso ético do serviço. Exercício ético-clínico-político de primeira ordem! Aquele atendimento havia sido marcado pela densidade de vetores que compunham a situação levando a solicitação da interferência da gerente. O pedido aflito da mãe, o silenciamento e exposição da menina, a recusa da médica e sua recalcitrância frente à reação da mãe, as prescrições do código de ética. A inserção no atendimento se fez na possibilidade de uma escuta atenta e porosa ao debate de normas e valores que envolviam a situação. No cotidiano dos serviços da AB, convivemos com a demanda de rápida resposta para as complexidades que nos são direcionadas como parte de um processo clínico. Nesta situação, o debate de normas dizia respeito a fazer ou não o procedimento para atestar a virgindade da adolescente de 13 anos atendendo a solicitação da mãe. Esse debate acionava o debate de valores que implicava em como responder ao argumento de ação educativa/punitiva por parte da mãe, a moralização que envolvia esta demanda, as restrições previstas pelo código de ética, a vulnerabilidade da menina frente a possibilidade de intervenção do serviço e a violência contra a mulher a que estava exposta.

Essas situações que adentram o serviço apresentam as experiências que vamos inventando no cotidiano de trabalho na lida do lugar da gerência, que se desenvolvia incorporando os demais atores daquele serviço de saúde, reconhecendo os valores que estavam em disputa no desenvolvimento das atividades e que dava o tom da vida que buscávamos afirmar. Como pensar a experiência do acolhimento na partilha do processo do cuidado? Como manter a porta aberta para as questões que transversalizam a comunidade da Mangueira, entre elas as questões e tensões relativas à violência e aos impactos produzidos nas experiências no território?

4.1. Acolhimento em Verde e Rosa

Podemos pensar numa gerência que funcione de portas abertas? No trabalho da CF Dona Zica, havia um esforço diuturno para que a Unidade se construísse como um território de porta aberta, o que não se tratava de repetir uma prescrição da carteira de serviço, mas de efetivamente construir cotidianamente um serviço de saúde de porta aberta, o que representava investir numa relação com a população que favorecesse a sensação de pertencimento, que pode ser experimentada através da escuta e acolhimento da sua necessidade, o que não quer dizer responder positivamente ao que é demandado .

A descrição de porta aberta é utilizada como uma norma para os serviços do SUS, para indicar uma orientação de trabalho e a descrição de modelo de acesso, uma habilidade que deve ser perseguida pelos serviços. Entendemos que porta aberta não se refere simplesmente a garantia da entrada do usuário ao serviço, como pode ser interpretado erroneamente, mas do acesso referenciado pelo acolhimento (que atravessa todo o serviço) como diretriz ético-política no trabalho em saúde. A porta aberta, nesse sentido, representa a possibilidade de realização de alguns princípios do SUS e, dentre eles, a equidade, por ser diretamente afetada quando não há um serviço que priorize a atenção para as situações que são produtoras de exclusão e preconceito, que são em sua maioria relacionadas às questões raciais e de gênero, que dificultam ou impedem a entrada dos usuários aos serviços.

Um exemplo da dificuldade de acesso relacionado ao preconceito, pobreza e ao racismo era experimentado pela população moradora do IBGE, uma ocupação da Mangueira cadastrada na área da Equipe Entorno. Essa localidade se destacava pela condição de agrupar inúmeras situações produtoras de iniquidades, sendo a área de maior concentração de esforços para garantir a porta aberta do serviço. Identificamos que havia maior dificuldade da entrada dos moradores do IBGE ao serviço e, que por isso, desenvolviam junto a ACS “esquemas” para o atendimento de suas demandas, entre eles, a ida na Unidade nas segundas-feiras que era o dia fixo da ACS de referência na escala do acolhimento da equipe.

A porta aberta com essa população não se limitava ao espaço da Unidade, mas incluía as iniciativas de estreitar a relação com as pessoas nas atividades de saúde que eram realizadas na quadra da escola de samba, no aumento do número

de visitas domiciliares multidisciplinar e na utilização dos espaços de reuniões de equipe para dar visibilidade e reconhecimento da resistência do grupo em acolher essa população.

Esse trabalho envolveu um grande esforço, em especial da ACS de referência e da enfermeira da equipe. Percebíamos que a dificuldade no acesso era fortalecida pelo preconceito em relação àquela população, o que possivelmente era sentido por esses usuários que respondiam a esse afeto demonstrando na chegada ao serviço uma postura de certo enfrentamento, como se estivessem “prontos” para um embate. Analisávamos esta resposta como uma defesa, contudo, ela gerava conflitos e demandava um difícil e delicado manejo da gestão com a população e equipe para interferir na situação/tensão e construir um encontro possível.

Em relação às questões referentes à violência de gênero, faz-se necessário interrogar (reconhecendo como um agravo em saúde pública) a questão do acesso da população ‘trans’ aos serviços de saúde. Embora os dados estatísticos⁹⁰ não deixem dúvidas sobre a exposição à violência vivida por essa população, a inserção desse grupo ainda é baixa nos serviços da AB, o que podemos entender como dificuldade de acesso, e não como ausência de demanda. Na experiência profissional como psicóloga clínica e gerente, registramos apenas o atendimento a duas usuárias trans, ambas chegaram em momentos diferentes na CF Dona Zica, após terem sofrido violência na área próxima à Unidade nomeada como Quinta da Boa Vista. Em ambos os momentos houve dificuldade no entendimento imediato do ACS em cadastrar com o nome social, e a gerência foi acionada para interferir. O atendimento bem-sucedido da primeira fez com que ela encaminhasse uma amiga quando esta também necessitou de cuidados.

Nessa perspectiva de trabalho ‘porta aberta’, um serviço de saúde deveria indicar não apenas a possibilidade de acesso, já que a entrada em si não é garantia de acolhimento. A população pode entrar num serviço e ser mal-cuidada, maltratada, ou estar sujeita às práticas estigmatizadas muitas vezes dispensadas a população

⁹⁰ De acordo com a Associação Nacional de Travestis e Transexuais (Antra), apenas em 2017 foram contabilizados 179 assassinatos de travestis ou transexuais. Isso significa que, a cada 48 horas, uma pessoa trans é assassinada no Brasil. Em 94% dos casos, os assassinatos foram contra pessoas do gênero feminino. Os dados são detalhados no Mapa dos Assassinatos de Travestis e Transexuais no Brasil em 2017 (Agência Brasil, 2017)

usuária do SUS. Porta aberta seria a efetiva consideração do usuário como um vivente, que sendo ativo, produz suas próprias normas e precisa ser ativo na produção do serviço, ou seja, interferir nas condições de atividade. Acessar o cuidado na dimensão de porta aberta implica transformar as necessidades de saúde em ampliação de potência de vida, e não de demandas de normalização.

O acolhimento é o eixo do trabalho que aposta na indissociabilidade entre clínica e gestão. Aqui, entendemos o acolhimento, como nos propõe Brasil, 2006a:

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e “perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Esta atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente neste sentido, de ação de “estar com” ou “próximo de”, que queremos afirmar o acolhimento como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da Política Nacional de Humanização do SUS. Ética no que se refere ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, dor, alegrias, modos de viver, sentir e estar na vida. • Estética porque traz para as relações e encontros do dia a dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, com a construção de nossa própria humanidade. • Política porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros. (p.3)

A aposta de cuidado no trabalho da gestão, nesta pesquisa, não se dá por vias teóricas, mas através das construções cotidianas em produzir uma dobra nas linhas de poder que prescrevem endurecimentos e normatizações nos serviços da AB, principalmente em tempos de expansão de uma agenda política neoliberal. Um dos sentidos em modular as prescrições na atividade de gerente da CF Dona Zica era a aposta do trabalho de gestão agenciado ao trabalho dos outros trabalhadores do serviço, estando como a ACS descreveu “a serviço do serviço”. Uma prática que afirma uma escolha ética e o investimento no coletivo, em meio as infinidades de solicitações administrativas que forçosamente produzem o distanciamento entre os atores envolvidos no processo do cuidado.

Com esta perspectiva da produção do trabalho em saúde, entendemos a atividade de gestão diversa de um foco exclusivamente administrativo de gerenciamento. A gestão de um serviço na AB, pela complexidade que apresenta, implica de modo inequívoco a gestão da clínica porque envolve o processo de

produção de subjetividades e no vívido do trabalho que queremos afirmar como gerentes. Essa experiência da produção de cuidado e de gestão coletiva na tomada de decisões e pactuação de processos de trabalho se constrói agonisticamente, porque inclusiva do território, trabalhadores, usuários e familiares como viventes envolvidos no processo gestor. Desse modo, não se pretende como um guia de prescrição de passos, mas sim de reconhecermos as políticas que estão em disputa na produção de subjetividade, e de afirmarmos que não está “tudo dominado”⁹¹. Para Rolnik (2003), o desenvolvimento de tais políticas:

Depende o quanto um modo de subjetivação favorece ou constringe a processualidade da vida, sua expansão enquanto potência de diferenciação – potência que depende da força de invenção que decompõe mundos e compõe outros e, indissociavelmente, da força de resistência que garante a mudança. Como problematizar nestes termos a política de subjetivação dominante no contexto atual do “capitalismo mundial integrado”⁹² ? (p.2)

Nossa aposta de trabalho na gerência afirma a indissociabilidade entre clínica e gestão visando problematizar as interferências no contemporâneo que possam inspirar novos contágios, outros modos de cuidado, novos possíveis e invenções. Igualmente, sem negar o esforço e o investimento de uma escolha ética que pode se sustentar a despeito das práticas verticais e prescritivas que transversalizam nosso campo de trabalho. Interessa-nos pensar a interferência com Neves (2004), que compreende o conceito pela via da produção social da existência, utilizando as contribuições da micropolítica proposta por Gilles Deleuze e Félix Guattari.

A ideia da interferência é incorporada pela força que nos oferta através da possibilidade de acolher a multiplicidade de movimentos que coexistem no mundo e produzem a vida individual e coletiva. Neves (2004) utiliza, como um dos sentidos para o conceito, a afirmação de Deleuze e Parnet (1998) quando diz que “toda e

⁹¹ Uma expressão do funk carioca utilizado pela Furacão 2000 para dizer que está tudo sobre controle.

⁹² Capitalismo Mundial Integrado (CMI) é o nome que, já no final dos anos 1960, Félix Guattari propôs para designar o capitalismo contemporâneo como alternativa à “globalização”, termo por demais genérico e que vela o sentido fundamentalmente econômico, e mais precisamente capitalista e neoliberal do fenômeno da mundialização em sua atualidade. Nas palavras de Guattari: O capitalismo é mundial é integrado porque potencialmente colonizou o conjunto do planeta, porque atualmente vive em simbiose com países que historicamente pareciam ter escapado dele (países do bloco soviético, a China) e porque tende a fazer com que nenhuma atividade humana, nenhum setor de produção fique de fora de seu controle” (Guattari, 1986).

qualquer entrada é boa, desde que as saídas sejam múltiplas” (apud, NEVES,2004, p.4). Um pensamento que traz consigo a ideia de movimento, a partir do entendimento, da pluralidade de encontros que habitam os verbos do viver, seja pelas forças da natureza, nos encontros com os objetos e nas ações humanas:

Interferência é uma relação ou um conjunto de relações de forças que incidem, de maneira casual ou intencional, sobre outra relação ou outro conjunto de relações de forças. Isto quer dizer, nos termos de certas filosofias contemporâneas da diferença, que interferir é estar presente em um jogo de forças e, portanto, em um complexo jogo de poderes, entendendo que poder implica sempre correlações plurais de forças. (NEVES, 2004, p.4)

Com a física e na tradução do dicionário da língua portuguesa, a definição de interferência ajuda a pensar as interferências na perspectiva da produção social da existência traduzindo-o como um "fenômeno que consiste na interação de movimentos ondulatórios com as mesmas frequências e amplitudes e que mantém entre si uma determinada diferença de fase, de tal modo que as oscilações de cada um deles se adicionam, formando uma onda resultante" (NEVES, 2004, p.4).

O uso deste conceito, no horizonte dos problemas da pesquisa, ajuda-nos a problematizar o processo gestonário no qual as interferências se dão não somente por sobreposição de uma “onda sobre outra, mas por interação de movimentos ondulatórios em ressonâncias e contágios”(id.4). Interessa-nos pensar as interferências na gestão da AB, como possibilidades de inaugurarem movimentos e saídas. A autora realiza uma "bricolagem" para pensar as interferências e seu caráter intensivo no socius em especial para pensar o funcionamento do capitalismo que constrange o movimento, o que:

Em suas formas híbridas de dominação política e subjetiva, tem-nos confrontado com uma paradoxal dramaticidade contemporânea, qual seja: o cadenciar da vida e dos modos de operá-la em meio a processos produtores de constrangimento e indiferença, mas também a afirmação de modos singulares de inventar a vida em meio à própria vida (NEVES, 2004, p.5)

Pensar a gestão implica em interferir e enfrentar as dramáticas do uso de si que se colocam neste processo. Numa perspectiva ergológica, pensar o trabalho do ponto de vista da atividade é focar o olhar onde operam os debates de normas, normas que podem afirmar valores mercantis ou que são maneiras de dimensionar valores do bem comum, como saúde, autonomia, entre outros. Na atividade da gerência da AB, gerir significa realizar micro escolhas a cada instante enfrentando esse debate a partir da indagação: que valores estão se produzindo e se afirmando em novas normas? Ou, quais normas antecedentes estão sendo consideradas na atividade, e quais valores são dimensionados pelas mesmas?

4.2. Estratégia de Saúde da Família, Interferência e Cotidiano

Como produzir interferências entendendo esse plano paradoxal que é a atenção básica? Como, a partir de uma escolha ética, operar uma norma e modulá-la? Uma das expectativas para a função do gerente é que este funcione como um veículo, operacionalizando, dentro das Unidades, as prescrições advindas da SMS, da OSS e de quem mais se incluir no processo de direcionamento administrativo e de gestão. Na micropolítica desta atividade, nas atribuições que estão postas para o gerente, inclui-se a habilidade para lidar com a multiplicidade de relações que coexistem no espaço do serviço, assim como o cuidado com as questões físicas estruturais que envolvem a estética da unidade. Sendo esta última valorizada e cobrada no processo de expansão para qualificar ou desqualificar o gerente.

Nas funções da rotina do cuidado com a estrutura do serviço, além das questões que envolvem a higiene e a logística, está o acompanhamento do placar da saúde, uma das normativas implantadas com a RCAPS. O placar que nas competições esportivas tem a função de marcar os pontos das equipes, quando trazido para dentro das Unidades de Saúde ocupam uma função similar. São painéis padronizados que estão expostos tanto nas Unidades que foram adaptadas para o trabalho com a ESF, como nas novas Clínicas de Saúde da Família.

Os painéis estão localizados nos corredores dos serviços para que as informações estejam visíveis para todos. Nos placares estão expostos os dados referentes ao número da população cadastrada, aos números de gestantes

(menores e maiores de 20 anos), número de crianças acompanhadas, registro dos casos de tuberculose, escolaridade da população e a descrição das condições ambientais, tais como o destino do lixo e a situação da rede de esgoto. Todas as informações devem ser atualizadas mensalmente.

A proposta do placar era o da inclusão de um instrumento que tornasse acessível para todos o alcance do trabalho executado (em números) e o perfil da área de atuação da ESF. No entanto, a observação em relação ao uso dessa ferramenta nos serviços era a de que servia externamente para ilustrar o modelo desenvolvido pela ESF no Rio de Janeiro. Os placares eram comumente fotografados por diferentes visitas de avaliação ou por visitantes⁹³ e cobrado o preenchimento atualizado em cada visita de supervisão da SMS ou OSS. No serviço, entre os trabalhadores, não era um recurso acessado para a reflexão do trabalho, e sim mais um dispositivo que provocava tensão e a corrida para verificação se estava adequadamente preenchido nos momentos de supervisão.

Conforme referimos no capítulo três, os serviços de saúde convivem com uma inflação de normas, estando os trabalhadores centrados em preencher os dados/normas utilizadas para traduzir suas competências. Na contemporaneidade, o uso de ferramentas como o painel têm servido mais para gerar uma competição entre as equipes a partir da exposição das suas produtividades. No entanto, o efeito desse dispositivo de “sã emulação” como ferramenta gerencial “contrapõe os indivíduos entre si e atravessa cada um, dividindo-o em si mesmo” (Deleuze, 1992, p.2.) e é produtor de um alto grau de tensionamento, de desestabilização e de fratura no sentido de coletividade.

A relação com o uso do painel não difere de outras ferramentas que tinham como proposição a geração de dados numéricos para informar quais demandas eram cumpridas, mas constituía um exercício burocrático, porque estava desencarnado das circunstâncias e dos problemas que os envolveram. Uma das alternativas que não é uma novidade para o serviço, pois não se trata de inventar

⁹³ Com a expansão da AB se tornou frequente as visitas nos serviços por estudantes e profissionais de outras cidades e de outros países. Na CF Dona Zica era comum recebermos visitantes que iriam conhecer outros aparelhos no território da Mangueira e que visitavam a Vila Olímpica da Mangueira. Entre as visitas recebidas na CF Dona Zica, se incluiu a OPAS, Curso Programa Colaborativo Harvard-Brasil, journal le monde, entre outros. Em outras Unidades também eram frequentes as visitas para conhecer o trabalho desenvolvido pela ESF e acompanhar o desenvolvimento da expansão no Rio de Janeiro, em especial a estrutura das Clínicas de Saúde da Família.

uma “nova roda”, é potencializar/encarnar a análise dos dados utilizando os espaços que já estão pré-definidos na organização da agenda, como o das reuniões semanais das equipes de ESF, operando-os de outro modo. A alternativa seria a apropriação desse espaço pelo grupo de profissionais como um recurso efetivo para a reflexão sobre o processo de trabalho, e neste a problematização dos dados produzidos pelas equipes. O que tem nos constrangido ao fazê-lo?

A reunião semanal na estrutura organizacional do trabalho da ESF não se traduz necessariamente como um dispositivo de construção e fortalecimento da equipe. Em diferentes momentos foi possível observar profissionais médicos que não se integravam na reunião, muitas vezes permaneciam sentados de costas para o grupo organizando suas agendas e, deste modo, enunciavam com o corpo sua “posição” na atividade, enquanto o restante do grupo tomava decisões para a equipe. Em outras situações, a técnica de enfermagem “aproveitava” o momento da reunião para organizar a planilha de vacinas, em outro a profissional da odonto solicitava liberação da reunião por não compreender sua importância nesta atividade. Estes são exemplos que demonstram alguns dos desafios na formação de um coletivo no plano dos encontros que é o trabalho na saúde pública.

A partir do reconhecimento dos tensionamentos que coexistem no serviço, comparece a proposta de interferir numa prática de trabalho baseada em cobranças, que ganham apoio da gestão central em detrimento de outra, com espaços de problematização e escuta que se afirmam numa relação de confiabilidade e acolhimento com a gestão local. A importância da compreensão dos dados se alinha à necessidade de construir novas estratégias no serviço de saúde que ampliem a compreensão do processo de trabalho. É fundamental que o trabalhador compreenda o sentido da informação que está produzindo, que este processo não se some ao acúmulo diário e a sobrecarga de trabalho sem efeitos importantes para a atividade de cuidado.

Vale ressaltar que um número expressivo de atendimentos a um determinado grupo populacional não significa, a priori, um bom desempenho ou a tradução do acesso da população. Por exemplo: o alto número de mulheres inscritas no pré-natal pode significar um baixo acesso ao planejamento familiar; o alto número de usuários diabéticos com complicações representa efetivamente uma dificuldade de acesso

anterior, o que é um reflexo de um deserto sanitário ou uma ausência no trabalho no nível da prevenção e promoção, o mesmo ocorre em relação à tuberculose que segue recrudescente e com falhas na identificação dos contatos. São inúmeras as situações que evidenciam a importância da problematização da produção e que não se trata de reportarmos números, mas traduzir coletivamente o que cada número significa na vida de alguém, o que muitas vezes não parece uma relação óbvia.

Na CF Dona Zica, uma das estratégias para lidarmos com os dados gerados pelas equipes era escolher um deles para ser discutido nas reuniões das equipes. Um tema era escolhido e durante a semana as diferentes equipes trabalhavam o significado (o local que eram gerados, ao que se aplicava, linhas de cuidado de referência, entre outros) em sua respectiva reunião. Era uma forma de incentivar que a conversa, no decorrer daquela semana nos espaços comuns, fosse potencializada com um tema comum e que transversalizava a todos. A sala dos ACS, por ser a maior sala da Unidade, era o local que reunia mais facilmente um número diverso de trabalhadores. Na semana que tínhamos, por exemplo, na pauta a exportação do dado referente ao número de gestantes em acompanhamento, era comum observarmos esse tema nas conversas dos corredores e na sala dos ACS.

No entanto, para a conversa adquirir essa fluidez é importante abrir um espaço anterior de acolhimento e escuta para a explicitação das dúvidas, em que estas não sejam ouvidas a partir de críticas que a desqualificam associando como informações que já deveriam ter sido incorporadas. Esta prática é importante mesmo quando referente a um dado antigo ou a uma ação que já poderia ter sido resolvida. A exposição das dúvidas no que consideramos mais simples reforça a importância de questionar e a dedicação na atenção para a complexidade que constitui a atividade de promover e produzir cuidado em saúde, colocando em análise os “nós” do processo de trabalho e que devem ser enfrentados pelo serviço.

A importância da explicitação das dúvidas foi vivenciada, por exemplo, numa dessas reuniões de equipe na qual identificamos que havia no registro 100% de gestantes em acompanhamento e que, dessas, 40% já haviam tido seus bebês. No entanto, essa equipe não registrava naquele mês a internação das mulheres em hospitais, isso porque uma parte do grupo de ACSs, responsável por realizar esse

registro, não considerava a maternidade como um hospital, no momento do registro da informação.

Situações como a acima descrita ratificam a importância do investimento na construção de novos modos na produção do serviço, no sentido de oportunizar a incorporação da noção dos valores e dos critérios que compõem as práticas do cuidado. (ZARIFIAN,2001). Qual cuidado se produz a partir de uma concepção gestonária centrada no alcance de metas? Que vida se produz com o nome de cuidado? A problematização das práticas do cuidado no processo demanda a disponibilidade para investir na construção de uma “espessura” de tempo necessária para as reflexões, para a tomada das decisões clínicas nas atividades do cuidado, tais como: a criação de intervalos, pausas na pressa e no automatismo da assistência (MUNIZ,2000).

Um dos efeitos da inflação de normas nos serviços da AB é a sensação de estarmos em falta e em atrasos constantes para responder a alguma solicitação, pois, em tempos de crescimento dos meios virtuais de comunicação, essa pressão ganha extensão na vida privada do trabalhador e reforça a pressa, o deslocando, muitas vezes da atenção do presente. Entretanto, paradoxalmente, é o intervalo na pressa, o que permite a construção do serviço cotidianamente. Os encontros pontuais para as avaliações dos casos atendidos ou uso dos recursos técnicos disponíveis são alguns modos que expressam essas pausas. São encontros que podem ter sua importância minimizadas, mas que sustentam o cuidado construído de modo quase artesanal, cotidianamente.

Em várias situações na CF Dona Zica, a entrada na sala de uma equipe – que poderia ter o sentido inicial de pegar um papel ou fazer uma pergunta para uma enfermeira – fazia brotar inúmeros assuntos, ideias que se somavam e se transformavam em propostas de trabalho. Como a Unidade era muito movimentada, não demorava muito tempo e chegava mais alguém e logo se integrava na conversa. Esses espaços/intervalos que aconteciam quase de modo espontâneo foram fundamentais para construção coletiva do trabalho.

A valorização da discussão da produção de dados nas reuniões de equipe implicava um manejo importante e delicado, pois não se trata simplesmente de incluir a temática relativa a produção ou sobre qualquer outro assunto que se integre

nas atividades da ESF (conforme mostramos no capítulo três na situação de uma reunião de equipe que as ACS deveriam incentivar o parto humanizado e o grupo guardava em seus registros de vida situações de violências obstétricas). O tema precisa ser incluído num espaço de confiança que ofereça condições seguras para acolher as problematizações advindas das equipes de trabalho.

Como produzir esse espaço sem a confiabilidade necessária para que a exposição de uma questão de trabalho não retorne como risco? Esse foi o fio da navalha encontrado em diversos espaços de reunião durante o processo da RCAPS. Podemos pensar como risco o entendimento sobre a condição técnica do trabalhador e a manutenção do seu vínculo profissional, isso numa época na qual questionar o processo de trabalho poderia significar o enquadramento de oposição à gestão política da expansão da AB. Essa percepção nos leva a pensar que o tema, como os demais que se incluem no processo de trabalho da ESF, serão abordados com maior ou menor espaço em função da perspectiva clínica-política que orienta o gerente local e aos demais atores envolvidos no processo gestor.

4.3- Pensando a Clínica e o Território - A Clínica com o Território

O paradoxo nesta situação se coloca na necessidade e no esforço em criar interferências para o desenvolvimento das práticas clínicas, que pressupõem de modo intrínseco a necessidade de reflexão, crítica e análise. Entendemos a clínica em acordo com Macerata (2015):

A clínica é uma prática que se faz no encontro. Encontro que problematiza a própria clínica. Clinicar é “propor estratégias teórico clínicas particulares, singulares, que digam respeito aos problemas também singulares que a clínica nos propõe”. Ela não é uma técnica, embora as utilize. Não é um saber, embora os empregue e os retroalimente. Clínica é um modo de operar um cuidado. Não há garantia científica na clínica. Há um engajamento ontológico permanente no qual aquele que se propõe a operá-la é sempre confrontado. (p.17)

Tomando como um dos sentidos essa compreensão clínica, enfrentamos o desafio de operá-la na gerência em meio a um projeto de gestão pública desenvolvido com normas de controle ‘no acento condutor’. O baixo grau de discussão possibilitado produz inseguranças e faltas que dificultam ou impedem em seu modo de condução o acesso as questões que são politicamente tensoas e que transversalizam o processo do trabalho. A produção de dados, o elemento que estamos trazendo para análise, limita-se a se constituir de modo reduzido, como cobrança para justificar o trabalho realizado, que possivelmente será interpretado/vivido como defesa e não como possibilidade de agregar força ao trabalho.

A possibilidade de ocupar a função de gerente a partir de uma perspectiva metodológica e de um manejo de gestão diferenciado havia sido construída muito antes e amadurecida nos territórios das Comunidades Populares no Rio de Janeiro. Na dissertação do mestrado, esse manejo clínico foi nomeado de “um outro olhar” tendo como uma das definições:

Na prática psi “um outro olhar” é um posicionamento ético a favor da vida, da expressão, da singularidade e busca acolher e afirmar as diferenças nos diversos grupos. “Um outro olhar” pode ser compreendido a partir do que Rolnik (1997) destaca na função do psicólogo, afirmando que o que diferencia as posturas profissionais não são as referências teóricas e técnicas, nem o pertencimento profissional, mas basicamente a sua ética e aí entende-se ética como a possibilidade em afirmar a vida em sua potência criadora. (CHAGAS, 2010, p.128)

Encontramos ressonância em Gama (2017) para interrogar as relações de controle que se sobrepõem no mundo do trabalho do cuidado em saúde, quando afirma que:

O que está em jogo é justamente o esforço de uma série de práticas de governamentalidade neoliberais que fazem a potência inventiva da vida se contrariar e neutralizar, funcionando assim como remédio e combustível para a sobrevivência de uma economia política pautada na liberdade de fluxos (p.58).

Neste cenário, que não era uma beleza, discordando do verso do samba⁹⁴ de exaltação à Mangueira, emergiram as seguintes questões: como transformar uma unidade de saúde num território? Como transformar o trabalho da AB num território? Como é fazer dela um território? Como desenvolver uma clínica *no e com* o território? Essas questões tensoras permearam o campo do trabalho na gestão da CF Dona Zica, não com o objetivo de respondê-las e, sim como agenciadoras de movimento, na criação e experimentação da beleza no trabalho em saúde.

Santos (1998) traz o conceito de território e o de lugar, ambos oriundos da geografia, para entender o processo de globalização e os agravos que são promovidos pelas desigualdades socioespaciais. O autor propõe que o “espaço geográfico” seja compreendido numa perspectiva de mediação entre o mundo e a sociedade nacional. O território definido etimologicamente tem como significado “terra pertencente a” - terri (terra) e torium (pertencente a) -, com origem latina; ou como “térreo - territor” (aterrorizar - aquele que aterroriza) de origem grega. Quando utilizado como conceito, o território geográfico em saúde adquire múltiplas dimensões e sentidos, entre eles, como delimitação de área de atuação de um determinado serviço (como ocorre com a ESF, CAPS, CMS, entre outros) e como espaços de construções de relações entre os grupos sociais e deles com o meio ambiente. Segundo Faria e Bortolozzi (2009):

A sua definição se faz pela apropriação/dominação de uma área por um determinado grupo social. A definição de uma área territorial para implementação de ações práticas em saúde irá depender diretamente da concepção teórica e política do pesquisador/planejador (p.36).

Na análise de Santos (1996), o território é determinado pelas múltiplas funções espaciais, não sendo possível compreendê-lo alheio às relações políticas e econômicas que se estabelecem no modelo capitalista de produção. Pensamos o conceito do território na perspectiva do trabalho em saúde, partindo de uma

⁹⁴ Exaltação à Mangueira (hino da Mangueira) Compositor: Enéas Brites Da Silva / Aloísio Augusto Da Costa <https://www.youtube.com/watch?v=gbZ1KgXwg04>

compreensão que incorpora sua dinamicidade, pluralidade, ampliando o olhar para as processualidades sociais, econômicas e políticas que coexistem no território (LIMA e YASUI, 2014).

O olhar como gerente pesquisadora era comumente atravessado por uma sensação de andar pelo serviço ou nas atividades externas com 'lentes de aumento' que faziam 'gritar' as complexidades que habitavam o paradoxal funcionamento entre controle e a produção do cuidado. Como habitar este território da atividade de gerência experimentando um limiar muito tênue entre as práticas de cuidado e as práticas de controle na produção de subjetividade de usuários e trabalhadores? Conforme Lima e Yasui (2014):

Se a discussão das relações entre território e produção de cuidado envolve o território como área sobre a qual o serviço deve assumir a responsabilidade sobre as questões de saúde, ela também deve ir além e pensar o território como espaço e percurso que compõem as vidas cotidianas das pessoas e dos usuários de serviços de saúde, espaço relacional no qual a vida pulsa. Isto sem esquecer o território como espaço no qual se produzem modos de ser, de se relacionar, de amar, de consumir, alguns engajados na grande máquina capitalista, outros que resistem a sua captura (p.590).

Na estrutura de trabalho da ESF tínhamos como prescrições o desenvolvimento de práticas de cuidado em saúde para serem desenvolvidas na Unidade e no território geográfico da Mangureira, como é comum ao trabalho da ESF. Nas atividades que se sobrepunham percebíamos a necessidade de construir interferências no trabalho em consonância com o uso de uma linguagem que estivesse em sintonia com a pluralidade do território, com a multiplicidade dos modos de vida da Mangureira e que, mesmo que estivessem cumprindo um "cardápio" comum, pudessem afirmar uma singularidade em seu desenvolvimento.

Uma das atividades que buscávamos desenvolver de modo diferenciado eram as campanhas de vacinação. Essas têm um dia nomeado como dia "D", ocorrem num sábado e requerem concentração de esforços para atender o público alvo da campanha. As equipes desenvolviam atividades paralelas com um viés lúdico, que envolviam crianças, adultos e trabalhadores. Numa dessas atividades, todos os trabalhadores participaram fantasiados com personagens de histórias infantis. A filha de uma técnica de enfermagem fazia um curso de teatro e foi a técnica que

providenciou fantasias para todos. Também decorávamos a Unidade e os PVs (ponto de vacinação externos) com balões verde e rosa. Num dia “D”, alugamos um “pula-pula” (que é uma cama elástica) e durante todo o dia de campanha realizado na quadra da escola de samba as crianças e os trabalhadores experimentaram outro tipo de encontro e jeito no desenvolvimento do trabalho em saúde.

Na análise deste momento do trabalho, encontramos eco no que Macerata (2015) nomeou como Clínica do Território. O autor desenvolve o conceito a partir da experiência no campo do trabalho do Consultório na Rua, que foi realizado durante o processo de expansão da AB no Rio de Janeiro. Nossas atividades como gerentes se deram no mesmo momento político na cidade e após a conclusão do curso de mestrado. O início do trabalho como gerente naquele período era atravessado por um momento de vida na qual estávamos imersos em nossas respectivas pesquisas, e os afetos envolvidos, certamente, não fizeram dessa uma experiência trivial. Ao longo do tempo de trabalho na gestão não trocamos muito sobre nossas experiências, somente nos encontros casuais na UFF e nas reuniões na SMS, contudo, nesse momento da pesquisa, sua construção textual, dá força à aposta na indissociabilidade entre clínica e gestão. Nessa ressonância de nossas apostas em comum Macerata (2015) afirma que a:

Clínica de território se faz como modo de relação, modo de operar a relação com o território. A primeira característica desta é que ela é uma operação de dinâmica circular, paradoxal, onde as afirmações sobre a clínica de território são mesmo os elementos das constituintes da clínica e da maneira de afirmá-la. Operar modos de ver e agir onde está incluído na ação operar aquilo mesmo que vê e age. Construir um corpo, ao construir um ver e um agir. Começa-se sempre por si mesmo, ou melhor, por onde se está, como modo de criar condições(...) as operações constroem um ambiente, um território. (p.239)

Esta compreensão clínica nos ajuda na tradução de algumas situações experimentadas no território da CF Dona Zica, nas quais a construção de um manejo da gestão que incorporasse os elementos da cultura era indispensável para produzir interferências nas práticas de cuidado em saúde automatizadas e dissociadas do que aqui entendemos como cuidado. Uma das marcas desse modo de conceber e realizar a clínica no território é que não há tempo ou hora previamente agendados: estamos no território e as situações acontecem no seu ineditismo peculiar.

A estrutura física da CF Dona Zica contribuía para que todos os espaços fossem muito próximos. A sala da administração está localizada ao lado da farmácia da Unidade, sem uma acústica adequada que permita privacidade, o que faz com que na sala da administração se escute as conversas na farmácia. Uma das características de manter todos os sentidos ligados no serviço é que muitas vezes estamos realizando uma atividade e a escuta é deslocada para outro acontecimento, o que certamente produz uma sobrecarga de atenção e do trabalho que não temos como mensurar. Certa vez, estava na sala da administração e escutei uma conversa do farmacêutico que era muito atencioso com a população e, naquele momento, dizia com cuidado para uma usuária que não poderia disponibilizar uma medicação controlada, devido à ausência da consulta médica por mais de um ano.

Uma das intenções como gerente, após a escuta desta conversa, era compreender como estava sendo a disponibilização da medicação para a população. Uma atividade que não poderia ser realizada sem o comprometimento e a parceria do farmacêutico. Em relação às medicações, tornava-se uma preocupação ainda maior a liberação de medicação controlada, em especial os benzodiazepínicos, pois a questão que envolve a medicalização é um dos problemas que devem ser enfrentados na gestão do serviço. Numa avaliação inicial, realizada através do caderno da farmácia e no registro no prontuário eletrônico, identificamos um alto número de liberação dessas medicações sem acompanhamento médico proporcional, o que nos indicava que as receitas estavam sendo revalidadas sem a ocorrência de novas consultas para ajustes e avaliação.

Tínhamos a clareza de que mexer no modo de dispensação seria uma atividade difícil, porque iria significar interferir no comportamento, ao mesmo tempo, da população e dos profissionais. Na conversa que escutava do farmacêutico com a senhora, percebia que ela estava ficando muito alterada. Juntei-me aos dois e ratifiquei a orientação do farmacêutico, mas a usuária ficava cada vez mais irritada conosco. Ela gritava “Isso é uma palhaçada! Porque vocês agora resolveram fazer essa palhaçada comigo?”. Era compreensível que se sentisse prejudicada, porque nós, no lugar de reguladores, estávamos impedindo que realizasse uma prática que lhe era comum. Para nós dois estava claro o equívoco que havia sido realizado anteriormente com ela. Estávamos conduzindo a situação com todos os elementos que podíamos, com o agendamento da consulta na mesma semana, o que muitas

vezes é difícil, mas nada disso parecia aliviar a frustração. Esta situação também evidenciava como os anos de experiência clínica, antes da atividade como gerente, contribuíram para adquirir maior suporte ao ataque/raiva que é direcionado do usuário para o gerente e que fala da projeção e da representação desse lugar.

A usuária saiu da Unidade ainda muito aborrecida conosco e com medicamentos até o dia da próxima consulta. Após esse episódio, ela passou a ter consultas regulares e com ajustes da medicação. Em cada consulta ela fazia questão de passar na sala da administração ou deixar algum recado após a consulta para dividir como estava utilizando a medicação e de como estava em geral. Ao longo do tempo, a cada dia a relação entre a usuária e o serviço se tornava mais próxima. Ela mantinha em contato com a equipe Entorno, a qual era cadastrada, com o farmacêutico e com a gerente. Uma das condições ofertadas para ela é que viesse ao serviço em cada ajuste de medicação, mesmo que não estivesse a marcar, mas para dizer como estava e nos ver.

Esse exemplo mostra que a produção de serviço envolve uma confrontação de diferentes pontos de vistas: o dos usuários e dos profissionais de serviços. E falar de atenção de porta aberta não significa uma prática demagógica de que o cliente/usuário sempre tem razão. Não se trata de atender cegamente os pedidos dos usuários, até porque a demanda por medicalização não é um “desejo natural” da população, e sim uma produção histórica que envolve valores mercantis como os da indústria farmacêutica. A relação de serviço implica então uma disponibilidade de sustentar o diálogo, mesmo com divergências e tensões, visando a construção da melhor intervenção para o usuário.

Na situação intensa de violência na comunidade da Mangueira que foi trazida no capítulo três, a família desta usuária foi diretamente afetada. Nos dias mais tensos, ela vinha até a Unidade em busca de suporte e para se orientar sobre o que deveria fazer diante de tantos acontecimentos. O que nós também não sabíamos, mas estávamos juntos e afirmávamos nossa potencialidade no acolhimento. Aquele período foi um período difícilíssimo de trabalho, que nos desafiava e, na mesma medida, nos mostrava a potência do trabalho com o coletivo.

Ainda em relação à questão da liberação dos medicamentos controlados, uma estratégia de intervir foi concentrar na gerência os talonários azuis, que são os

receituários utilizados obrigatoriamente para a prescrição desse tipo de medicação. Anteriormente, cada médico dispunha de um talonário consigo. A escolha por manter os talonários com a gerência foi um dos modos encontrados de forma imediata para literalmente dificultar ou dar mais trabalho aos médicos para prescreverem, de criar um espaço de tempo, uma pausa entre a consulta e a prescrição, enquanto outras ações de problematização do uso da medicação eram realizadas concomitantemente nas reuniões semanais da equipe e mensais da Unidade. Segundo Muniz (2000):

Se por um lado é preciso agilizar, fazer com que muitas coisas funcionem a contento para que o paciente seja assistido o mais rápido possível, por outro, deve haver um tempo para a reflexão coletiva, um espaço para a tomada de decisão coletiva em que os problemas clínicos e administrativos sejam mais bem visualizados e, portanto, possam ter soluções mais eficazes (p.85).

Esse modo de disponibilizar o talonário foi incorporado no fluxo do trabalho, sendo uma surpresa quando identificamos que havíamos diminuído mais de 60% do uso do talonário azul, o que significava obrigatoriamente a redução da prescrição. Tomamos contato com esse dado quando o supervisor da OSS questionou sobre o número de talonários que a Unidade necessitaria confeccionar, já que não havíamos pedido havia alguns meses. Diante desta observação, identificamos o montante ainda disponível em estoque. E nesse momento do trabalho, registramos o quanto o novo fluxo de armazenamento havia sido uma estratégia acertada para criar um intervalo de tempo, uma pausa, que produziu um “outro nível de vínculo”⁹⁵ na prática de prescrição da medicação controlada.

Essas observações foram levadas para a reunião de equipe com a proposta de refletirmos se a facilidade do acesso ao recurso, nesse caso específico ao talonário azul (mas que pode ocorrer com medicações ou com outros produtos de uso do serviço), favorecia o uso em maior escala ou o uso sem necessidade terapêutica. Neste encontro, questionamos a responsabilidade técnica do uso de qualquer insumo do serviço e que não pode ser minimizado nas atividades do trabalho. A escolha pelo uso de um recurso é uma das atribuições técnicas importante no serviço. Vale ressaltar, que quando um profissional solicitava a receita

⁹⁵ Oração ao tempo.

azul o que fazia pessoalmente ou por meio de um ACS, a entrega era realizada sem contestação pela gerente e na ausência ou impossibilidade de executar essa atividade a administrativa assumia a função e procedia a entrega do mesmo modo.

O sucesso com a estratégia em relação a dispensação do talonário de criar um tempo/intervalo que para além de dificultar o acesso favorecia um espaço para a reflexão sobre a necessidade da prescrição foi compartilhado com os demais gerentes em reunião. Na experiência da CF Dona Zica, essa prática não solicitou o uso de novos recursos, mas no investimento na mudança do fluxo de trabalho. No entanto, adotar essa estratégia estava diretamente alinhada com a aposta ética do trabalho que estava sendo desenvolvido em outros níveis do serviço, que se relacionava com a valorização da comunicação entre os trabalhadores e dos espaços de reflexão das práticas clínicas.

Esse exemplo também evidencia um modo de operar o controle. Havia uma regulação para a disponibilização do recurso, o que é parte da atividade gestonária. No entanto, as práticas que administravam o recurso e a da disponibilização para a atividade do cuidado eram distintas. Nas políticas de saúde, em que inúmeras prescrições de controle são nomeadas como cuidado, somos convocados a prestar atenção para não reafirmamos, nas nossas práticas cotidianas, o que queremos combater ou ao menos não fortalecer os processos de controle e poder sobre a vida (Foucault 2003b; 2000; 2008, 2004b). Em acordo com Passos e Benevides (2001):

O tema do biopoder se coloca como inevitável criando uma dificuldade especial para a clínica, pois, se a política da clínica é uma política da produção da subjetividade, da criação de si, como ainda conceber a sua força de intervenção em um mundo dominado pelo poder que mimetiza a vida?(p.4)

4.4. Gerir entre as Práticas de Biopoder e as Interferências no Cuidado em Saúde

Foucault (1997,2000) denominou como era do biopoder um modo de funcionamento do poder que toma a vida como alvo de investimento, o que significa que seus mecanismos cobrem a superfície que vai do orgânico ao biológico, do

corpo à população. Uma tecnologia que, fazendo uso do poder-saber como agente de transformação da vida humana, inscreve-a no registro da política: a vida como elemento privilegiado no domínio de cálculos explícitos. Ele a denomina de biopolítica e mostra que ela se exerce tomando a população como alvo de (des)regulamentação e de cuidado. Trata-se, aqui, de um exercício de poder que não se faz de fora dos processos, mas em meio a eles, um exercício de fazer viver e deixar morrer que toma a vida do homem como ser vivo, como espécie. Este exercício de poder-saber ganha expressão como *gestus* político-normalizador cujo foco deixa de ser somente a individualidade, como plano molar das formas constituídas, para investir na totalidade da vida, no coletivo (CALLERI; NEVES, 2014).

Com Foucault (1997) aprendemos que, se queremos resistir as práticas biopolíticas de poder do Estado sobre a vida, é preciso problematizar as diversas relações de poder que, em relação de vizinhança com elas, funcionam na sociedade lhes dando sustentação. Para este autor, o poder diz respeito à luta, ao exercício de afrontamentos, à estratégia, à multiplicidade de correlações de força imanentes ao domínio, onde se exercem e produto/produzoras de sua organização. Ao diferenciar poder, dominação e repressão, Foucault (1997) quer mostrar que é preciso pensar o poder naquilo que é sua 'positividade', qual seja: potência de produção e transformação que tendo como alvo o corpo, e posteriormente a vida, serve para 'aprimorá-lo' e 'adestrá-lo' aumentando sua força econômica e diminuindo sua força política. Pois, quanto mais reféns de práticas de poder instituídas e práticas de sujeição, fortalecidas fora e dentro de nós, mais desvitalizados os processos vitais e mais enfraquecidos ficamos para os muitos combates que se fazem necessários na afirmação do viver (NEVES; MASSARO, 2009).

No cotidiano do trabalho em saúde na ESF, conseguimos identificar sem dificuldade como se operacionaliza o exercício do biopoder, que está disseminado nas práticas cotidianas da rotina do serviço. Na atividade inicial da implantação do trabalho da ESF, constrói-se o diagnóstico situacional do território. Este deve conter as condições e os agravos referentes às questões ambientais, sanitárias, epidemiológicas e no contexto de trabalho da ESF no Rio de Janeiro o mapeamento dos conflitos armados. Um diagnóstico que deve permitir em amplo aspecto o "controle" da área adstrita. A segunda atividade básica é a atualização cadastral,

nesta é preciso contemplar mensalmente o número de nascidos vivos, longevidade, modos de vida, ocupação laboral e mortalidade. É em meio a este fazer complexo e mutável que construímos nossas alianças e nos afetamos para o combate contra as práticas de cuidado que se querem ‘gerentes’ de destinos e banalizam a vida.

Como vimos anteriormente, a compreensão do conceito de poder em Foucault é bem distinta da definição de poder proposta pela filosofia política clássica. Nesta, o conceito é compreendido circunscrito a uma relação contratual, em que o poder seria um bem e deste modo haveria a possibilidade de ser transferido ou modificado. O poder representava algo concreto de pertencimento a um indivíduo o que daria a possibilidade de ser transferido total ou parcialmente para a soberania jurídica, caracterizando uma operação jurídica de ordem contratual (FOUCAULT, 1997).

Entendemos com Foucault o poder na sua dinamicidade, estando sempre em relação, ou seja, o poder compõe as relações humanas em seus múltiplos aspectos, integrando as práticas que configuram as relações dos indivíduos entre si, com as instituições e com o Estado (FOUCAULT, 1999). Ulpiano (1989) ressalta que uma das grandes dificuldades em compreender o poder é confundi-lo com algo que se possui associando a ideia de riqueza. O entendimento a partir do pensamento foucaultiano define o poder como efeito de relações de forças, consequência de relação de forças, o que torna a ideia de poder uma ideia relacional. Pois “de maneira nenhuma o poder é uma unidade: o poder é uma relação de forças. Se nós encontrarmos duas forças que se encontraram, essas forças produzem como consequência o poder” (ULPIANO, 1989, p.1).

Partindo das análises foucaultianas, Passos e Benevides (2001) afirmam o caráter paradoxal das práticas de poder no contemporâneo que “parece que se realiza agora colocando a vida ao mesmo tempo como ponto de incidência do exercício do poder e ponto de resistência” (p.5). Com esta perspectiva, os autores compreendem o contemporâneo como experiência desestabilizadora e produtora de deslocamentos, em meio a qual indagamos sobre nós e nosso entorno para a construção de novas invenções de si. Este exercício de indagação e experiência “nos põe sempre numa situação crítica, tomada aqui, em sua dupla acepção: exercício crítico do instituído e experiência de crise” (p.2). É em meio a este

exercício paradoxal no qual construímos nossas atividades de trabalho em saúde, que problematizamos e experimentamos as complexidades potenciais da clínica ‘no chão do básico’, ou seja, na AB.

Clínica enquanto experiência de desvio, do clinamen que faz bifurcar um percurso de vida na criação de novos territórios existenciais. O sentido da clínica, para nós, não se reduz a esse movimento do inclinar-se sobre o leito do doente, como se poderia supor a partir do sentido etimológico da palavra derivada do grego *klinikos* (“que concerne ao leito”; de *klíne*, “leito, repouso”; de *klíno* “inclinar, dobrar”). Mais do que essa atitude de acolhimento de quem demanda tratamento, entendemos o ato clínico como a produção de um desvio (*clinamen*), na acepção que dá a essa palavra a filosofia atomista de Epicuro (1965). Esse conceito da filosofia grega designa o desvio que permite aos átomos, ao caírem no vazio em virtude de seu peso e de sua velocidade, se chocarem articulando-se na composição das coisas. Essa cosmogonia epicurista atribui a esses pequenos movimentos de desvio a potência de geração do mundo. É na afirmação desse desvio, do *clinamen*, portanto, que a clínica se faz. Desvio, desestabilização, são características tanto da clínica quanto do contemporâneo. É por esta razão que podemos afirmar que a clínica é sempre uma figura do contemporâneo, constantemente forçada a habitar esse espaço-tempo marcado por sua instabilidade, pois, o que nos convoca a uma ação clínica, ou o que se produz como uma demanda de análise, não pode ser pensado fora desta situação crítica. (Passos; Benevides, 2001, p5)

Com atenção aos desvios e à complexidade crítica, produzimos nossas práticas de gestão e cuidado, cujas impossibilidades de previsibilidades nos fazem alertas para recusar as armadilhas que insistem em reduzir o campo problemático que se ergue a partir de uma separação entre clínica e gestão performada em termos binarizantes e opositivos - "ou"... "ou"... Como propõe Gama (2017), é preciso “caso queiramos sair dos lugares já dados, habitar e ultrapassar esse campo atento a sua complexidade [...] enfrentar esse tipo de questão não como oposições binárias, mas sim como pares complementares, faces de um mesmo processo sem soluções e saídas fáceis” (p.121).

Esse modo de pensar o trabalho clínico requer um modo de fazer, e gerir, que expande e ultrapassa o entendimento de uma perspectiva meramente multidisciplinar, pois transborda as especialidades e os diferentes campos do saber, constituindo-se entre os diferentes campos da ciência sem negar a dimensão técnica e suas especificidades.

Entendemos a clínica no campo da invenção, da criação, no campo da arte. Não há separação entre os investimentos familiares, objetivos, individuais do desejo e os investimentos políticos e sociais que estão numa relação de coextensividade, o que nos levar a afirmar com Rauter (1997;2015) que clínica e política são, pois, indissociáveis. A atividade clínica não se limita a uma experiência individual mesmo que seja praticada individualmente, os efeitos são coletivos. Com esse entendimento, não podemos pensar na distinção do processo de produção de saúde e produção de subjetividade. Foi deste modo que buscamos inscrever o trabalho em saúde da clínica na CF Dona Zica, ou seja, em oposição no/com o território, incorporando sua cultura, a ancestralidade que atravessa a Unidade e que oferta o nome de Dona Zica, com a linguagem e a multiplicidade que compõem a Mangueira. Um dos temas que entendia como centrais no trabalho como gerente da CF Dona Zica era o acolhimento. Consideramos que o acolhimento e o acesso são desafios permanentes do SUS.

4.5. Uma Experiência na Zica Dia: “não faltou ninguém”

O acesso ainda é mais difícil quando o usuário está incluído em categorias associadas à exclusão e mais suscetível ao preconceito. Conforme mencionamos, os discursos de inclusão para os usuários que estão incluídos na categoria de “usuários da saúde mental” são inúmeros, mas garantir a entrada dessas pessoas no serviço é uma batalha cotidiana. É preciso uma interferência constante e, às vezes, implacável em práticas que estão institucionalizadas para a construção de outras que sejam mais flexíveis e acolhedoras.

Alguns meses depois de iniciar o trabalho na CF Dona Zica comecei a conhecer alguns usuários que faziam acompanhamento nos serviços específicos de psiquiatria e eram cadastrados na Unidade. A entrada de muitos deles já era dificultada na porta de entrada pelos ACS que muitas vezes não tinham paciência para escutar o que as pessoas traziam como queixa, já desprezando ou referindo a categoria de que era bobagem, desqualificando os discursos, como é comum na vivência dos usuários que frequentam os serviços de psiquiatria na entrada em outros serviços.

Inicialmente, comecei a trabalhar diretamente com os ACSs sobre essas questões e em alguns momentos interferindo diretamente no acolhimento. Com alguns ACSs sentia maior resistência e diziam que eu era “a ACS dos loucos”. Acolhia essa fala deles e reafirmava dizendo que estavam certos que eu era ACS dos loucos, que poderiam me chamar se tivessem dificuldades ou para estar junto no acolhimento caso considerassem necessário. Num determinado momento, uma ACS me chamou para conversar sobre uma usuária que estava incluída como “usuária de saúde mental”, queria me comunicar que aquela usuária “estava demais”, indo todos os dias no serviço e controlando a vida de todos.

A usuária, que aqui vamos chamar de S., a cada dia frequentava mais a Unidade, embora sempre tenha sido moradora da Mangureira não havia anteriormente frequentado muito a CF Dona Zica. Com o passar do tempo, sentia que ela ficava cada vez mais à vontade na Unidade, indo diariamente e atenta aos fluxos de trabalho, fato que deixou a ACS muito incomodada. S. sabia das nossas rotinas, reclamava quando havia muitas reuniões internas, se a porta da odontologia estava fechada e havia pessoas esperando. Ela criava tumulto ou confusão, mas estava realmente atenta ao processo de trabalho.

Numa manhã cheguei mais tarde na unidade e ela estava me aguardando para conversar sobre as reuniões externas que eu estava indo “toda hora”! S. disse que já estava pensando em conversar com o Eduardo Paes (prefeito da época), que a Unidade precisava de mim ali e não em reuniões com ele. Embora explicasse que estava em reunião na coordenação da CAP. 1.0, ela não compreendia bem e colocava na conta do prefeito.

O excesso de reuniões fora da Unidade era de fato um problema, mas que só S. ousava verbalizar e pensar num modo de acabar com isso. Inicialmente, alguns ACS e técnicos achavam que estava dando “satisfação demais para S.”. Quanto a isso, procurava responder que era um direito do usuário saber quando poderia contar com o gerente na Unidade e, na verdade, todos nós achávamos inconveniente o número de saídas para atividades externas. Deste modo, problematizávamos o trabalho, a partir da entrada de S. também falávamos sobre o excesso de solicitações externas.

Com o tempo de trabalho e o investimento na expansão do acolhimento, na construção de um olhar respeitoso e incluyente, aumentaram os números de usuários com questões mais sérias em relação a saúde mental frequentando a Unidade. Enquanto equipe, nós brincávamos dizendo que éramos a “Zica Dia⁹⁶”. Embora se tratasse de uma Unidade pequena, alguns frequentavam diariamente o serviço. O acolhimento acontecia não só pelos ACS, mas agregava os demais profissionais técnicos e os administrativos nessa função. Um trabalho tão complexo e diverso que a descrição parece não dar conta da dimensão que tomou em termos de afeto e possibilidade clínica. Era inimaginável pensar, antes de experimentarmos essa prática, que em algum momento teríamos um administrativo sentado atendendo um usuário fazendo por exemplo o cartão do SUS, enquanto tinha ao seu lado sentado um outro usuário que frequentava o espaço da Unidade e experimentava conosco uma nova inserção de pertencimento.

Em alguns desses dias brincávamos internamente que “não havia faltado ninguém”, porque todos os usuários que frequentavam a “Zica Dia” haviam ido até a Unidade naquele dia. A presença de todos implicava inevitavelmente num desenvolvimento diferenciado do serviço, eles nos solicitavam mais atenção e disponibilidade, enquanto a Unidade seguia funcionando e atendendo a sua variabilidade de demanda cotidiana. Uma usuária, que era mais próxima da farmacêutica, ficava na porta da farmácia, organizando as receitas com ela enquanto contava da vida, as duas contavam suas vidas uma para a outra. Uma administrativa, que estava implicada no acolhimento, resumiu um pouco do que havia sido a experiência desse dia específico:

- O verdadeiro acolhimento! Todos vieram porque queriam estar aqui. Não tinham consulta, nem precisavam buscar remédios! Simplesmente queriam estar aqui!

O somatório dessas experiências positivas, em meio a todas as outras questões políticas e administrativas que eram vivenciadas concomitantemente,

⁹⁶ Uma alusão aos dispositivos de recepção aos usuários nos serviços de saúde mental nomeados de hospital dia.

sustentaram a aposta na construção de uma gestão que não fosse dissociada da clínica. Uma das possibilidades que encontrava no trabalho como gerente era a intervenção direta no acolhimento e no acesso, em contagiar a equipe, para as questões que me eram caras e estavam diretamente vinculadas as questões de equidade, um dos princípios norteadores do SUS.

Um dos pontos positivos que analisava no desenvolvimento desse processo de acolhimento aos usuários era o clima alegre em meio aos quais essas relações se estabeleciam. Por exemplo: quando um desses usuários chegava mais tarde ou não vinham até a unidade, por alguns dias, os profissionais brincavam com eles dizendo que estavam atrasados e perguntava por onde “havia andado”, numa demonstração carinhosa que afirmava a percepção da ausência. Os usuários e profissionais se tratavam pelo nome, entre outras práticas que explicitavam a visibilidade desse público e a relação que havia sido desenvolvida com a equipe de trabalho através da construção de um vínculo afetivo.

Nas reuniões da área AP 1.0 a, Unidade começava a se destacar pelo acolhimento aos usuários de saúde mental, algumas vezes o fato da gerente da Unidade ser psicóloga era valorizado, mas buscava pontuar que poderia ser um facilitador, mas o que tornava a prática possível era a construção coletiva do trabalho, a discussão em equipe do processo, as conversas e escuta quando alguns profissionais discordavam da postura do serviço. Nesses encontros, afirmava que não era possível enquanto gerente realizar sozinha essa atividade, mas como gerente poderia investir num manejo de gestão que favorecesse a autonomia dos trabalhadores e a construção de novas práticas de cuidado na ESF.

A experiência com o trabalho clínico multidisciplinar realizado pela equipe da CF Dona Zica junto aos usuários marcados como os de “saúde mental”, e que frequentavam o serviço com apropriação do espaço, nos fez nomear internamente como a “Zica Dia”. A experimentação desta dinâmica cotidiana mostrava a afirmação da extensividade adquirida no trabalho clínico-político e, a possibilidade de construção do espaço da Unidade como território.

No trato com os usuários do “Zica Dia”, os administrativos, os ACS, o psicólogo, o farmacêutico, o gerente, o enfermeiro e o médico estavam juntos numa prática de escuta, firmada pelo acolhimento e nunca “ensaiada” ou programada. O

que estava pactuado e de alguma forma introjetado nos trabalhadores era a importância do acolhimento. Em nenhum momento do serviço sentamos e combinamos: quando o usuário X chegar vamos colocá-lo na sala da administração, ao lado do administrativo Z, por tempo W. Quando o usuário Y chegar encaminharemos para a farmácia. Nada disso foi planejado previamente, mesmo porque eram situações que não estavam em nosso repertório, não seria possível serem acordadas ou planejadas previamente. Elas emergiam no acontecimento do cuidado em ato.

O trabalho em equipe, desenvolvido ao longo do tempo, de algum modo permitiu que os trabalhadores se abrissem em “ritmo e harmonia” - como é fundamental para a beleza de um desfile - e deste modo foi construída a possibilidade de experimentação e encontro. O que havia sido pactuado anteriormente era a porta aberta e a construção efetiva e implicada em desenvolver um serviço que se torne uma porta aberta, que aqui entendemos como uma porta de um serviço da AB que esteja disponível para receber a variabilidade de demanda presente nesse campo e acolher sem sobrecarga e destruição da equipe.

Em duas outras situações construídas no processo de trabalho da CF Dona Zica, foi possível perceber a produção de práticas diferenciadas que contribuíram para o acolhimento de uma população em situação maior de exclusão social. A primeira delas foi desenvolvida em relação ao acolhimento da população moradora na ocupação do IBGE (um prédio ocupado há 15 anos) a outra foi a inserção de uma profissional trans no serviço.

Os prédios do IBGE (são 3) são ocupados majoritariamente pela população negra. Não há saneamento básico, a iluminação é improvisada pelos moradores e, durante os três anos de trabalho houve dois incêndios, a coleta de lixo não é realizada de modo regular ou organizada minimamente, o que num determinado momento acumulava um montante de lixo que correspondia ao tamanho de um prédio de quatro andares. O único serviço público regular experimentado por essa população era realizado pela CF Dona Zica, com visitas diárias por uma ACS e visitas dos demais profissionais que compõe a ESF. Por ser essa a área de maior concentração de problemas, era a área por mim escolhida, como gerente, para

realizar visitas regulares com a ACS e com os demais profissionais da equipe da ESF e NASF.

Um dos problemas que ouvi da ACS da área quando iniciei o trabalho como gerente era que a população sofria “muito preconceito e o acesso era dificultado”. Uma das questões que ela identificava para isso era o “jeito deles”, que correspondia ao vestuário, à higiene, ao vocabulário e aos estigmas associados ao fato de serem moradores do IBGE. Entendia que ser morador do IBGE era estar com os problemas que víamos no nosso dia a dia potencializados. Com as idas regulares ao IBGE, também fiquei conhecida pela população que chegava na Unidade procurando por suas ACSs. O grupo de ACS se divertia com essa associação dos moradores e como gerente achava ótima a relação que faziam. Nessas ocasiões, ponderava com os ACS que se não pudesse ser ACS não poderia ser gerente.

Uma das estratégias para melhorar o acesso da população era valorizar quando encontrava com um dos moradores na Unidade e construir estratégias de atendimentos em saúde realizados na Quadra da Mangueira, na modalidade de clínica ampliada⁹⁷, que era mais próxima à moradia deles e talvez fosse mais fácil acessarem. Uma das questões enfrentadas era o absenteísmo nas consultas, que na avaliação da ACS estava relacionada a discriminação. Então, tínhamos duas frentes para interferir: a primeira era valorizar o encontro na Unidade para que fossem gradativamente criando uma relação com o espaço, e a segunda seria criar uma estratégia para os atendimentos individuais e em grupo ocorrerem o mais breve possível.

O uso da Quadra da Mangueira como consultório ampliado foi uma estratégia bem-sucedida e contou com a adesão da população, o que também era um desafio. A ACS dessa área mantém uma relação de cuidado muito especial com a população, conseguindo efetivamente construir um vínculo de confiança numa população que vive um processo grave de exclusão.

⁹⁷ A clínica ampliada é uma das diretrizes que a Política Nacional de Humanização propõe para qualificar o modo de se fazer saúde. Ampliar a clínica é aumentar a autonomia do usuário do serviço de saúde, da família e da comunidade. É integrar a equipe de trabalhadores da saúde de diferentes áreas na busca de um cuidado e tratamento de acordo com cada caso, com a criação de vínculo com o usuário. A vulnerabilidade e o risco do indivíduo são considerados e o diagnóstico é feito não só pelo saber dos especialistas clínicos, mas também leva em conta a história de quem está sendo cuidado. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/dicas/201_clinica_ampliada.html

Durante os anos na gestão da CF Dona Zica, participei de algumas reuniões com a Promotoria do Ministério Público e com outros atores do Estado. Eram encontros em que os diferentes atores das secretarias se desobrigavam de suas responsabilidades. Numa dessas reuniões de 'transferências de responsabilidades', um representante da Prefeitura disse que o lugar era muito perigoso e não poderiam entrar. Nesse momento intervi dizendo que era difícil para mim escutar essa impossibilidade de entrada, quando havia uma profissional da Unidade que estava diariamente no espaço. Acrescentei que, inclusive, também participava das visitas como gerente do serviço com regularidade, e que o que percebia, na verdade, era não haver um interesse político legítimo na melhoria das condições de vida daquelas pessoas.

Nesses encontros, comparecia ao Ministério Público com documentos que mostravam o número de cadastro atualizados da população, o número de crianças, mas este não era um espaço de efetiva construção política. Contudo, seguia insistindo e persistindo de fazer ali meu trabalho como gerente, ou seja, mostrar em números o total de pessoas que estavam vivendo em condições de indignidade humana. No final do ano de 2016, a população moradora do IBGE era composta por: 215 crianças e adolescentes, 229 mulheres e 195 homens (cadastrados na Ficha A-PEP).

Como serviço de saúde, a relação com a população ficava cada vez mais próxima e desenvolvíamos algumas atividades também no espaço do IBGE, com todas as precariedades presentes. A população estabeleceu um acesso maior aos profissionais, solicitando agendamentos com a equipe da odonto e com outros serviços, o que reforçava a potência do acolhimento na abertura de acesso e cuidado daquele grupo de pessoas. Contudo, a saga em transformar este trabalho visível para a gestão central e para a prefeitura seguia com muita pouca escuta, o que muito nos afligia.

Uma outra experiência que solicitou o desenvolvimento de estratégias diferenciadas de construção de trabalho no acolhimento em equipe se deu com a entrada de uma profissional trans no serviço. Uma profissional que foi encaminhada pela Gerência de Ambiência e Relações com o Trabalho da Coordenadoria de

Gestão de Pessoas da SMS que participava do Projeto DAMAS⁹⁸. A proposta era inseri-la em alguma atividade na Unidade.

Quando foi solicitado o espaço para o encaminhamento desta profissional compreendi como uma oportunidade, pois já estávamos trabalhando há algum tempo as questões relativas à sexualidade com o grupo de profissionais. Uma das questões observadas na equipe de trabalho era a existência de profissionais gays que, provavelmente por não se sentirem seguros para afirmar suas orientações sexuais no espaço do trabalho, contavam situações sobre suas vidas pessoais que pareciam falsear suas realidades. Mas não cabia intervir e, com o tempo, foram colocando individualmente suas escolhas e realidades.

As conversas em torno das questões relativas à sexualidade eram assuntos dos corredores, das reuniões gerais e das reuniões de equipe. Este era um tema que transversalizava efetivamente as práticas do trabalho na Unidade. Uma das possibilidades ofertadas pela Gerência de Ambiente e Relações com o Trabalho da Coordenadoria de Gestão de Pessoas da SMS era que a profissional trans fosse lotada em algum serviço interno. Contudo, em nossas reuniões de equipe, avaliamos que, caso a profissional concordasse, um espaço que seria importante dela ocupar seria o acolhimento. Parecia-nos uma aposta ousada, mas a entrada da Unidade é um espaço importante para dar o tom do serviço. Uma profissional trans na entrada representava o ritmo verde e rosa do trabalho do acolhimento da Unidade.

Quando ela chegou, aceitou o desafio da porta de entrada, uma função que não estaria desenvolvendo inicialmente sozinha. Organizamo-nos de modo que um ACS estivesse com ela e a equipe técnica ficaria de sobreaviso, caso houvesse necessidade de apoio. A experiência desde o primeiro momento correu muito bem, não encontramos resistências entre os usuários ou mesmo estranhamento, o que superou nossas expectativas. A profissional era ávida para se integrar nas atividades internas e externas da Unidade e nas relações interpessoais, o que corroborou fortemente para o sucesso dessa aposta.

⁹⁸ O “Projeto Damas”, recriado pela nova gestão da Coordenadoria Especial da Diversidade Sexual (CEDS-RJ) da Prefeitura do Rio, tem como meta recolocar profissionais trans, no mercado de trabalho. Seja socialmente mulheres travestis, ou transexuais que, por razão do preconceito, são postas à margem da sociedade e excluídas como cidadãs. O Decreto Municipal 33816/11 dispõe sobre a inclusão e uso do nome social de pessoas travestis e transexuais no âmbito da administração direta e indireta. Um importante passo na garantia do respeito a essas pessoas. <http://www.rio.rj.gov.br/web/cedsrio/exibeconteudo?id=6959540>

Entendíamos que o fato da equipe ter trabalhado durante alguns meses internamente as questões relativas ao preconceito e à diversidade sexual favoreceu a entrada desta profissional. Observamos que em alguns momentos, profissionais das equipes se equivocavam em chamá-la pelo artigo masculino e não feminino, mas íamos pontuando a situação à medida que ela aparecia e com o tempo foi resolvido. A experiência desse trabalho era uma novidade e uma oportunidade para todos da CF Dona Zica lidarem entre seus pares com o que era até então distante. O convívio com ela permitia a emergência de um encontro que não seria possível em nenhum treinamento ou curso de sensibilização que são tão comuns para os trabalhadores da saúde.

Com os meses de trabalho, ela passou a participar das atividades de grupo realizadas pelas diferentes equipes, o que reforça essa experiência como um trabalho potente que tomava corpo e espaço nas diversas ações e que afirmava, para nós enquanto equipe, como era de fato trabalhar com a diversidade para além das teorias que muitas vezes não são factíveis com a vida real. A aposta em uma profissional trans na entrada do serviço e, posteriormente, sua inclusão em outras ações ultrapassava as pretensões iniciais desse trabalho. Esta experimentação fortalecia nossa aposta na equidade e no acolhimento, associados com a ética da dignidade da vida. Ao longo do tempo, a relação entre ela e a equipe transbordou o espaço do trabalho e incluía os encontros sociais com alguns trabalhadores, entre eles aqueles que eram mais explicitamente resistentes e preconceituosos em relação a população LGBT e às minorias em geral.

4.6. 5 Anos da CF Dona Zica: em ritmo de cuidado e samba

Outra prática que nos ajuda a explicitar a metodologia de trabalho na gestão aconteceu na comemoração do 5º aniversário da CF Dona Zica. Nesta oportunidade, tivemos durante todo o dia atividades abertas para os usuários e frequentadores dos projetos da Vila Olímpica, entre eles da Escola Tia Nelma, que atende crianças da pré-escola ao primeiro grau, do CIEP Nação Mangueirense – primeiro e segundo grau, e os alunos do atletismo da Vila Olímpica da Mangueira. A Unidade ofertou atividade de contação de histórias com uma professora convidada que trouxe

diferentes histórias, e entre elas histórias da Mangueira, atividades de recreação com a educadora física, danças, um café da manhã e lanche coletivos durante todo o dia (com frutas que foram doadas pela CADEG e outros produtos também doados pelos comerciantes locais).

O espaço pequeno da Unidade não inviabilizou o encontro e, de alguma forma, contribuía efetivamente para que todos estivessem fisicamente muito próximos. Ao longo de todo o dia tivemos o samba tocando, com a interação entre usuários e trabalhadores que cantavam e dançavam e nos faziam lembrar que estávamos no território da Mangueira. O clima era de uma grande brincadeira e trazia leveza e alegria para aquela atividade, como costuma acontecer nas festas de aniversário. Essa experiência de alguma forma permitia que usuários e trabalhadores experimentassem um plano comum através do pertencimento no território da Unidade. O dia finalizou com um bolo de parabéns e a confraternização de todos.

No final, uma médica que iniciava o trabalho conosco disse admirada que aquela atividade deveria ser parte do protocolo de saúde, o que talvez fosse mais daquele serviço e daquela aposta de gestão. O investimento na construção desse ambiente acolhedor se somava às demais intervenções para afirmar a Unidade como um território que incorporava a cultura como um elemento estruturante das atividades de gestão do cuidado, o que, em outros momentos da pesquisa, nomeamos como o tom verde e rosa da gestão.

A afirmação do acolhimento e de sua potência clínica foi a ferramenta que permitiu o encontro com trabalhadores, usuários e parceiros do território para a construção do trabalho na gestão. No exercício da “gerente ritmista”, conforme trazido no terceiro capítulo, com o desafio de não criar um tom dissonante no serviço, a escuta, o acolhimento e o afeto foram as ferramentas agenciadoras para os encontros e invenções que se deram ao longo dos anos de trabalho. No entanto, tornava-se um esforço diuturno operar nesta perspectiva de trabalho, com o avanço avassalador das políticas neoliberais, abordadas no capítulo 1, que evidenciavam a precarização nas relações de trabalho e prescreviam o foco das atividades em sua tradução em metas e números desencarnados do território e da “vida que o anima” (Santos, 1996, p.26). Em acordo com Brasil (2006, p.5), “o impacto desse processo

no que diz respeito às relações intersubjetivas é igualmente avassalador, na medida em que as reduz, muitas vezes, ao seu mero valor mercantil, de troca”.

4.7. Dados para quê? De quando contar vira conta

Uma das tecnologias de gestão na AB no Rio de Janeiro que foi inserida no processo de expansão era o Accountability. Este era descrito como uma atividade de “prestação de contas, uma autoavaliação, apresentando o alcance dos seus objetivos no último ano” (SMS, 2015), uma técnica que foi importada do mundo empresarial e que se incluía nos discursos que propagavam a necessidade da modernidade, qualificação, melhoria no monitoramento e avaliação dos serviços.

A SMS inseriu o Accountability para os serviços da AB no ano de 2010. Neste momento, foi apresentado como o instrumento do “seminário de gestão”, uma atividade na qual os serviços fazem a prestação de contas do trabalho realizado no período de um ano. A apresentação mantinha um modelo estruturado pela SMS, num formato extenso com 100 slides. O Accountability era subdividido por linhas de cuidado, vigilância epidemiológica, DST/Aids, Tuberculose, atividades de promoção com os demais aparelhos da área e os dados do carteirômetro (que correspondiam aos dados inclusos na carteira de serviço). A apresentação era dividida em duas partes, a primeira contemplava o serviço como um todo e a segunda parte era referente ao trabalho desenvolvido por cada equipe de ESF. Todas as informações eram expostas por números exatos ou em porcentagem.

Cada slide apresentava uma meta como referência e, quando uma informação do serviço era divergente da meta estipulada, a equipe ou o gerente, dependendo do slide, deveria apresentar uma justificativa para o não alcance da meta e o respectivo plano de ação para alcançá-la. As metas do Accountability não foram pactuadas anteriormente com os serviços, repetindo o mesmo padrão adotado no contrato de gestão entre OSS e SMS. Isto aconteceu a partir da pactuação de metas independente das singularidades dos territórios de implantação da ESF. Um modo operante comum nesse sistema de governabilidade é ignorar a singularidade do território/serviço.

Entre os pontos que se destacam neste formato de avaliação, interessa-nos refletir sobre os efeitos: da confecção do Accountability, as características da apresentação e o retorno para o serviço. Conforme já trouxemos reiteradamente, os serviços da AB têm como características intrínsecas um fluxo diverso de trabalho, inúmeros protocolos que geram uma inflação de normas, entre eles o preenchimento de diferentes documentações de rotina. Sendo assim, não é uma tarefa simples de ser exequível encaixar neste cotidiano a construção do Accountability com 100 slides. Mesmo sendo a apresentação dividida por equipes, cada uma delas tinha sobre sua responsabilidade um número importante de informações que deveriam ser prestadas, contabilizadas e incluídas no seminário de gestão. Em função das características do cargo, o gerente deveria ter propriedade da totalidade da apresentação. A avaliação do Accountability era realizada por profissionais de saúde que estavam lotados no nível central da SMS e o secretário de saúde também registrava presença em alguns seminários.

Durante o processo de construção da apresentação do Accountability na CF Dona Zica, mesmo somando-se esforços a nível local para a reorganização da agenda, de modo que os trabalhadores não extrapolassem excessivamente o turno de trabalho, não era possível a execução da apresentação sem acumular muitas horas extras. Uma das propostas enunciadas pela gerência central para o serviço acerca do objetivo do seminário era de que este seria “um momento de reflexão do trabalho pela equipe”. Em alguns raros momentos, este objetivo foi alcançado no encontro com um dado ou outro. No entanto, a lógica vertical que prevalecia no desenvolvimento do trabalho da gestão dos serviços, que também se mostrava através desse modelo de avaliação, era geradora de conflitos, disputas e cobranças. Estas emergiam independentemente do modo que o trabalho era desenvolvido no serviço.

A estrutura da apresentação não permitia um diálogo real do trabalho desenvolvido e das diferenças que atravessavam as equipes. Uma única Unidade concentra áreas muito distintas entre si, o que invariavelmente demanda o desenvolvimento também diferenciado do trabalho e de respostas. Por exemplo, uma equipe poderá encontrar um grupo de pessoas tabagistas que desejam desenvolver outros hábitos ou que estejam mais receptivas à inserção no trabalho de viés preventivo. Com este grupo a equipe terá facilidade em desenvolver o

trabalho voltado para o grupo de tabagismo (um trabalho que cresceu nos últimos anos nas Unidades da AB). Em outra área uma equipe poderá encontrar pessoas com um perfil completamente diferente e que não querem mudar seu hábito, por mais que haja investimento do grupo de profissionais com muitas idas ao campo, visitas, entre outros. Quando as equipes forem apresentar o número de tabagistas em acompanhamento nos grupos de promoção, a equipe que desenvolveu o trabalho, mas não apresentar usuários tabagistas em tratamento, não terá como mostrar o trabalho realizado. O trabalho que é prescrito, neste caso, através dos slides, não incorpora a atividade real e suas perturbações pela infidelidade do meio.

Ainda no momento de construção, que acontecia num clima de muita tensão, quando a equipe percebia que não iria alcançar determinada meta, iniciava um processo de culpabilização ou de justificativas desenfreadas, em que os trabalhadores se mostravam ocupados inteiramente em se defender. Era comum um sobressalto das equipes na CF Dona Zica e de outros espaços quando se mencionava o nome: Accountability. Um sinônimo da sobrecarga de trabalho e da produção de números desencarnada da realidade da unidade e dos acontecimentos do entorno. A possibilidade de avaliação e reflexão sobre o processo de trabalho é fundamental para a construção contínua dos serviços e para o alinhamento aos princípios do SUS. O que nós interrogávamos em relação ao formato do Accountability era a estrutura e o desenvolvimento do método de prestação de contas.

A pressão para a apresentação era sentida por todos e, mesmo que como gerente buscasse não tencionar ainda mais a equipe, o sentimento que percebia era de medo entre as pessoas. Elas ficavam dias e dias escolhendo qual representante da equipe iria realizar a apresentação e nas justificativas das metas não atingidas 100%. Durante o processo final da confecção, especialmente a administrativa, as enfermeiras e a gerente ficavam até muito tarde da Unidade, incluindo os finais de semana. Num sábado em que as atividades encerravam às 12:00, só foi possível deixar a Unidade às 4:00 da manhã, com parte do trabalho realizado.

Na experiência de tamanha tensão e esgotamento no processo, analisadores⁹⁹ emergiram. Um deles colocou em cena a instituição – burocracia que

⁹⁹Analisador é um conceito produzido por Guattari no contexto do movimento institucionalista, incorporado pela Análise Institucional Socioanalítica. Guattari (2004) em 1972 afirma os analisadores como acontecimentos produtores de rupturas que visibilizam as relações do instituído e seus pontos

transformava o contar do trabalho em saúde em conta, algo frio e desencarnado das vivências e movimentos presentes nas atividades. Outro analisador fez aparecer o ‘não-lugar’ dos indicadores que de fato poderiam fazer ver e dizer da atividade, de nossas apostas na produção de uma gestão horizontalizada, na qual um outro uso do tempo era valorizado - ‘perder tempo’ para ganhar vida na potência dos coletivos. A sensação de intraduzibilidade, a ausência de indicadores qualitativos a serem construídos a partir do que acreditávamos ser primordial na construção do trabalho relacional com a equipe, com e pelos usuários, impedia e constrangia a transformação desse momento em uma efetiva reflexão sobre as práticas.

Sabíamos que era importante e incontornável e que requeria um esforço coletivo passar bem pela experiência do Accountability. Uma estratégia utilizada na CF Dona Zica para mostrar uma parte fundamental do trabalho que sentíamos que não estava contemplada foi a inclusão de três slides contendo apenas fotos do trabalho interno e externo. Ainda que estas fotos ofertassem uma visão parcial, com as cenas mais bonitas pinçadas dentro de um universo que contempla uma infinidade de dificuldades, como as que são associadas as situações de pobreza e desigualdades vividas pela população atendida, elas foram inseridas. Contudo, era claro para nós que as imagens (que foram extremamente incentivadas no processo de expansão, com divulgação excessiva nas múltiplas redes sociais) não davam conta de traduzir as invenções e estratégias que produziram estas intervenções. Mas dentro daquela estrutura, era a possibilidade de mostrar o que eram nossas experiências de trabalho no que era prescrito para o serviço.

A expectativa para a apresentação era realizar um bom “desfile”. Havia o “orgulho da nação Mangueirense”, representada pelos trabalhadores da saúde ao mostrar os esforços e o empenho do trabalho, mesmo que numa linguagem que não nos parecia legítima. No “desfile” do Accountability, o serviço de saúde parecia experimentar alguns dos efeitos que as escolas de samba convivem na contemporaneidade. Há alguns anos os desfiles na cidade do Rio de Janeiro têm de responder, não só a valores do bem comum como afirmação da potência cultural da

de amarra. Nesse sentido, ele descentra a análise como função do analista e é pensado como aquilo que produz análise, que catalisa fluxos, que decompõe o que se apresenta como unidade.

comunidade, da raça negra, mas também aos valores mercantis que trazem a necessidade de competir, de destacar pessoas, de criar a mercadoria samba.

O clima que precede a entrada das escolas na Avenida também é de grande tensão, a evolução da escola é cobrada para cada sambista e, assim como o trabalhador da saúde, ele viverá esta situação com maior ou menor intensidade em função do seu vínculo com o espetáculo. Como os serviços de saúde da AB, as escolas de samba experimentam em outro nível a pressão voltada para apresentar um produto, e dentro dessa composição atravessam a Avenida batendo no peito o orgulho de ser Mangueira ou a bandeira da sua escola. Como enfrentar essas injunções de competições de produto para apresentação externa e continuar sendo Mangueira?

Na apresentação do Accountability do ano de 2016, tínhamos entre o grupo de trabalhadores uma pesquisadora antropóloga alemã, que aqui iremos chamar de M. Ela estava na Unidade com a finalidade de conhecer o trabalho. M. havia procurado a gerência para desenvolver sua pesquisa de pós-doutorado e teve como proposta a oferta de conviver um tempo conosco, experimentando as relações do serviço antes de definir a Unidade e a Mangueira como campo de pesquisa. Assim, ela seguiu por alguns meses, inicialmente sem entender muito bem o que seria “experimentar as relações” (como falou posteriormente), mas seguiu acompanhando o trabalho dos ACS, partilhando intensamente das conversas na sala dos ACS, que era um ponto de encontro do serviço, das demais rotinas da Unidade. Ao longo desses meses, M. se tornou parte do grupo, sendo questionada pelos ACS quando não estava presente para as visitas domiciliares.

Após a apresentação do Accountability, M. chegou muito surpresa para conversar sobre a apresentação do trabalho. Estranhava o fato de nosso trabalho ter sido apresentado estritamente em números. Esta apresentação quantitativa não mostrava o trabalho que ela estava conhecendo com o grupo. Um questionamento que vinha ao encontro do que havíamos experimentado como exaustão e saturação na feitura dos slides e do que interrogávamos e percebíamos como intraduzibilidade de nosso trabalho realizado no modelo de avaliação dos serviços de saúde. Metas e indicadores de eficiência e eficácia que não contemplavam as especificidades e variações constituintes da potência do trabalho clínico ofertado pelo serviço.

Reduzir a avaliação em números é uma resposta para o investidor, uma resposta na língua do capital, sem espaço para mostrar o trabalho vivo em ato (Merhy,2002), seus acertos, recalcitrâncias, desvios, reposicionamentos frente as vicissitudes de um acontecimento. Diferente disso, o que experimentamos foi tristeza expressada em exaustão e a não aceitação dos slides como matéria de trabalho posterior. Um esforço inócuo que produziu nos trabalhadores um movimento individualizador de mostrar o quanto valiam.

O seminário de gestão, que deveria ser um espaço para a reflexão da equipe, era o momento de encontrar com o “monstro” Accountability, que simbolizava o medo (presente e multifacetado no modelo político neoliberal) em ser criticado, porque algumas críticas realmente se apresentavam de um modo muito duro. O medo do desemprego não era um sintoma que dizia que as pessoas eram refratárias à avaliação ou a interrogarem seus fazeres, o que havia era uma situação real invisibilizada que produzia o medo, que é importante de ser afirmada. Se assim não o fizermos, corremos o risco de colocar a questão no nível do imaginário, uma sensação persecutória, ou a reduzir numa experiência individual, o que não era o caso.

Neste modelo, não se avaliava o processo e o desenvolvimento do serviço, mas apenas os resultados mensuráveis das equipes de ESF, e assim a reflexão sobre a atividade de trabalho. Dessa forma, suas possibilidades de mudança eram constrangidas. Os profissionais que do nível central da SMS assistiam à apresentação para avaliar, em sua maioria, realizavam essa função de modo vertical. Eles não partilhavam da realidade dos serviços, dos desafios das práticas do cuidado que não podem ser mensuradas em números. Pobres moços!!!

Numa situação em que os dados da CF Dona Zica não atingiram os 100% referentes à meta do tratamento dos parceiros das mulheres gestantes com exame positivo para sífilis, a condução dos avaliadores demonstrou o baixo grau de escuta e abertura para os modos e para as singularidades do/no território da Unidade. Isso porque há uma dificuldade maior da adesão do homem ao serviço, seja pelo horário de funcionamento, pelo desinvestimento, pelas dificuldades do mesmo, ou porque a gestante não tem mais relação com aquele parceiro e não há como o serviço identificá-lo e localizá-lo, ou seja, as questões são inúmeras. Mas em todas elas a

equipe precisava justificar e muitas vezes, devido a condução da avaliação, a sensação era a de que não havia uma resposta a contento, por não atingir o percentual total de acompanhamento dos parceiros.

Um outro momento vivido com grande tensão e defesa pela equipe durante o processo de confecção do Accountability era a presença na Unidade dos apoiadores institucionais da SMS e da OSS. Em tese, a função desses profissionais seria contribuir para a elaboração da apresentação. No entanto, com raras exceções, os apoiadores pouco acolhiam e escutavam os trabalhadores. Na experiência com a gerência, estes apoiadores eram agentes externos com a missão de “ajudar” a Unidade a alcançar as metas de um modo excessivamente crítico e desarticulado com o cotidiano do serviço e da aposta ética do trabalho na gestão.

Maia e Neves (2014) pareciam participar do processo de trabalho da CF Dona Zica quando escreveram sobre o papel dissonante que um apoiador institucional pode encarnar na saúde coletiva, o que nos leva a crer que nossa experiência não era isolada. De acordo com os autores:

Nestes funcionamentos se desvela uma concepção metodológica na qual sujeito e objeto estão configurados em polos distintos, já bem delineados com relação a suas inserções e, pelo menos em tese, em seus atributos de saber-poder. O modelo de apoio (...) se afirma na indicação de caminhos a partir de um ‘suposto saber’ externo que atua sobre os processos por meio de uma relação descendente.

Assim, podemos dizer que este suposto saber é elevado em um pedestal, em um dos sentidos do vocábulo apoio, configurando-se em um modo de fazer pouco inclusivo da multiplicidade dos movimentos do real e suas interpelações materiais e imateriais no cotidiano dos atores e práticas que o produzem. Pois, estas interpelações fazem emergir um saber constituído nesta experiência vívida que orienta e interfere nos processos e movimentos outros que o apoio pode disparar. (p.121)

Num momento em que a equipe estava fragilizada, seja pelo excesso de trabalho, seja por ter constrangida a possibilidade de trazer para a avaliação o real do trabalho, acrescia-se a isso a grande expectativa em relação a avaliação, o que no imaginário coletivo representava os riscos em relação a manutenção dos seus empregos. Isto não era algo explicitamente falado, mas estava posto de alguma

forma nos modos como as relações contratuais eram vivenciadas nas relações com a OS e a SMS. Vale lembrar que a CF Dona Zica era um serviço com quatro anos de atividades e havia experimentado o encontro com oito gerentes anteriores, uma situação que, além de representar a alta rotatividade na modalidade de contrato de trabalho, gerava preocupação e expectativa das equipes também em relação ao trabalho que seria apresentado pela gerente.

Com esse clima interno, seria oportuna a entrada de apoiadores técnicos que interviessem na via do suporte e pudessem atuar numa perspectiva de trabalho como a proposta por Maia e Neves (2014):

Apoio como um “modo de fazer” que, em sua relação com um método intensivo, afirma a potência de um espaço limiar como experiência concreta por entre as formalizações extensivas (em seus modos, dispositivos, arranjos, indicadores) como guia para nosso (per)curso. Nesta afirmação o apoio pressupõe como direção menos a pergunta “o que fazer” e mais a pergunta “como fazer” ou “o que se passa por entre os fazeres” (p.122).

Compreendemos que o modo acima proposto para o desenvolvimento do trabalho de apoio institucional estaria alinhado a uma proposta de gestão que não dissocia gestão e cuidado, que não prioriza as práticas de gerenciamento meramente administrativas nos espaços de saúde pública, ou seja, diz de um modo de gestão que estaria implicado com os processos que se dão entre as relações. O que representa uma metodologia oposta à escolhida no processo de expansão da AB no Rio de Janeiro. Embora tivéssemos nos encontros oficiais um discurso de valorização da inclusão e compartilhamento dos desafios e construções no trabalho em saúde, na prática a experiência era de uma contínua pressão e da orientação implícita de “se manter calada” como alertou uma gerente na primeira reunião de gestores. Estes são exemplos de práticas que refletem o modo neoliberal de operar as políticas públicas de saúde.

Uma alternativa para que outros afetos fossem produzidos a partir da experiência com o seminário de gestão seria a viabilidade de um encontro que oportunizasse a valorização do trabalho que foi dedicado pela equipe na construção do Accountability e, principalmente, no trabalho que foi transformado em dados da

apresentação, uma devolução posterior para os serviços que oportunizasse as pactuações coletivas e a reflexão sobre a apresentação em conjunto com os profissionais avaliadores da SMS. Uma atividade que favorecesse a reflexão e análise dos dados.

Conforme já mencionamos, os serviços de saúde produzem muitos números, sem que os trabalhadores tenham efetiva propriedade sobre os mesmos, sendo a compreensão e encarnação dos mesmos nas práticas de trabalho o que efetivamente dá sentido e investimento no desenvolvimento das atividades. Essas experiências no campo reforçam o que se coloca como um desafio na contemporaneidade, qual seja: seguir apostando e insistindo em práticas de trabalho em saúde na via da construção coletiva, que implicam oportunizar espaços de encontro, escuta, autonomia, pausa na pressa e no automatismo das intervenções, na agonística com modos de gerenciamento dos processos que corroboram para as práticas individuais e de sã emulação. Como contar os processos de trabalho, prestar contas dos investimentos públicos, sem que eles virem meras contas? Como neste processo, no qual o conto vira conta, valorizar e potencializar as multiplicidades de saberes que coabitam nos serviços?

Uma situação que observamos e valorizamos em relação à integração do grupo de trabalhadores na produção de práticas de coletivização do cuidado é a que acontece nas campanhas de vacinação. Nessas ocasiões, os profissionais constroem um trabalho em grupo, distribuem-se em funções interligadas, a comunicação parece fluir entre as pessoas envolvidas na atividade, há a construção de um comum, como Um, que é perceptível nas experiências e efeitos no porvir do trabalho. Os serviços locais e a macrogestão apoiam e dão suporte para o desenvolvimento desta prática, o que corrobora para que os trabalhadores encontrem apoio nessa experimentação. Em oposição a esta vivência, temos o dia a dia que, com a sua pressa contínua, com sobreposição de demandas que deveriam ter sido “respondidas ontem”, pressionam a produção de práticas individuais. Em meio a essa tensão, como interferir na produção contínua das práticas coletivas?

A política de expansão e o modo como se deu o processo de implantação da expansão da atenção básica na cidade do Rio de Janeiro está inserida num projeto maior de governabilidade, cuja agenda neoliberal se agencia ao crescimento do

poder das forças macropoliticamente reacionárias e conservadoras. É importante dizer que estes movimentos vão também ganhando contorno e atravessando o trabalho na CF Dona Zica. Como enfrentá-los? Como dizer de algo que se insinua muitas vezes imperceptivelmente? Como escapar destes venenos à vida?

Um dos esforços dessa pesquisa foi fazer dessas interrogações força motriz para visibilizar o investimento micropolítico na construção de outras práticas de gestão da clínica que investissem na atividade de gerir/cuidar como experiência vital. Cartografar estas práticas e sua agonística nos possibilitou acompanhar os diferentes ritmos e (des) compassos que executávamos juntos, compondo certa política do desejo na CF D. Zica (GUATTARI, ROLNIK, 1986). Experiências cuja força afirma a gestão em sua inseparabilidade da clínica, nas quais a função da gerência se coloca como intercessora na ativação de agenciamentos entre heterogêneos.

Esta experimentação não era nada trivial, pois implicava em produzir um outro corpo para fazer resistência aos sentimentos de tristeza e esvaziamento de sentido das paixões tristes¹⁰⁰ (DELEUZE, 2002), que volta e meia tomavam a vida dos trabalhadores, incluindo a gerente. Tratava-se de desinvestir nesses sentimentos que esgotavam nossas forças e se deixava (re) encantar com ações cotidianas que, ainda que não alterassem os números, expressavam-se na alegria da ACS que consegue estabelecer uma relação com os ocupantes do prédio abandonado do IBGE. Nos encontros com os usuários do “Zica Dia” que alteravam nossa rotina e nos vitalizavam a seguir nas apostas que produzissem outros modos de subjetivação, inventando o possível e nos diferenciando dos **modos de subjetividade dominante** (GUATTARI;ROLNIK, 1986).

Pensar a CF Dona Zica como um dispositivo de saúde que se faz território é afirmar o plano paradoxal que existe entre controle e produção de subjetivação no campo do trabalho em saúde. Inscrever o trabalho de gestão nesta complexidade,

¹⁰⁰No pensamento spinozista é definida paixões como a afecção que um corpo sofre por outro corpo. Mais precisamente, a modificação que um corpo tem em sua potência, sua capacidade de existir. Spinoza distingue paixão de ação pela causa: na primeira, quem determina a mudança de potência é o outro, há um outro corpo que causa uma modificação em mim; já na ação, eu é que determino a mudança na minha capacidade de existir. Ele nomeou como paixões tristes os encontros que diminuem a potência, enfraquecem a capacidade de existir de algum corpo. Já as paixões alegres seriam as que aumentam a potência, que promovem um ganho existencial ao corpo.

fazendo dela não o impedimento, mas nossa matéria é o que afirmamos como indissociabilidade entre clínica e gestão. Nesta prática de gestão do trabalho em saúde, incorporamos a ideia de uma micropolítica como produção de dobra entre as táticas de poder para a criação e abertura de outros modos de subjetivação e cuidado.

A afirmação da criação de outros modos de trabalho foi se construindo a partir de uma escolha ética, sustentada em meio aos efeitos das linhas de forças da macropolítica que se expressavam através das normas e regras que regulavam o processo de trabalho e os movimentos desejantes que, em sua força micropolítica, faziam viscejar estratégias de desvio, de escape ao prescrito endurecido com protocolos e metas desarticulados de nossas práticas cotidianas. Na micropolítica se colocava a questão “de **como reproduzimos (ou não) os modos de subjetividade dominante**” (GUATTARI; ROLNIK, 1986).

Ao analisar os efeitos da crise das esquerdas no Brasil e no mundo, Rolnik (2016) chama a atenção para uma nova estratégia de poder do capitalismo globalitário, em sua versão financeirizada que pressupõe uma tomada de poder do Estado que não usa da força militar, “mas sim da força do desejo, a fim de torná-la reativa”. Isto se faz por meio de uma tripla operação: midiática, judiciária e policial. Como estratégia micropolítica voltada à produção de fundamentalismos e reacionarismos conservadores travestidos de justiça e direitos, ela se torna imperceptível e mais difícil de compreender e combater.

Encontramos ressonância em Rolnik (2016) para afirmar a potência de outros modos de subjetivação que emergem em meio aos entristecimentos e ao momento político que atinge a América Latina, o Brasil e nele a cidade do desenvolvimento da pesquisa: o Rio de Janeiro. Tristezas e indignações que dizem dos desmontes do caráter público das políticas públicas, nas quais os agentes públicos tornam-se os grandes incentivadores do mercado da saúde. Em meio a isso, insistimos e persistimos na força destas experimentações, seguimos à espreita para a invenção de interferências que reencantem, no cotidiano das práticas, a potencialização de gritos intoleráveis, de pequenos gestos que nos possibilitem:

Em vez de sucumbir à melancolia, ou seja, à impossibilidade de fazer o luto do objeto perdido e permanecer eternamente colada a este,

sinto que graças ao desmoronamento deste mundo idealizado, podemos reconhecer mais claramente que é preciso deslocar-se da micropolítica dominante, a qual abarca a própria esquerda. Refiro-me à micropolítica reativa do inconsciente colonial-capitalístico que comanda o sujeito moderno que, todavia, encarnamos, inclusive na esquerda. É nesta direção que se move um novo tipo de ativismo, que vem se propagando na sociedade brasileira e que se caracteriza precisamente pela invenção de múltiplas formas de ação micropolítica em seu sentido ativo (ROLNIK, 2016.p.3)

CONSIDERAÇÕES FINAIS

*Trilhei ruas e vielas
Morro de alegria, emoção!
Procurando harmonia, encontrei a
poesia
No Buraco Quente, Olaria e Chalé
Com meus parceiros de fé
(MANGUEIRA, 2011)*

Entre os compositores do samba da epígrafe que enuncia a conclusão desta tese, incluía-se um líder comunitário, um “parceiro de fé”, que no ano 2000, período de início da implantação de um modelo de atenção à saúde com base no território, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), subia o morro com os trabalhadores da saúde e apresentava a Comunidade. Ele mostrava cada área da Mangueira com respeito e alegria, produzindo por contágio o desejo de conhecer mais daquelas pessoas e ouvir suas histórias.

No caminho, ele contava sobre os bastidores da Mangueira e misturava as histórias repletas de poesia, como as de Dona Zica e Cartola, com a rigorosidade de quem não queria deixar passar a oportunidade de partilhar e, quem sabe, encontrar apoio para interferir nas condições de vida tão difíceis que convivia ao longo da sua vida. Com o início do PACS, os trabalhadores do PS Mangueira deveriam subir o morro, mas para isso era importante conhecer e reconhecer os limites e os medos de andar pelas vielas e se abrir ao encontro do que elas iriam apresentar. Este momento foi o embrião do que viria a ser posteriormente a Estratégia de Saúde da Família.

Ao longo dos anos como trabalhadora e pesquisadora, foi possível partilhar dos percursos e dos arranjos técnicos e políticos para o desenvolvimento da ESF na

cidade do Rio de Janeiro. No primeiro momento dessa pesquisa, buscamos evidenciar essa cartografia, o que nos permitiu o maior entendimento das experiências e dos sentimentos suscitados como trabalhadores no campo e que, naquele momento, não havia compreensão. Esta pesquisa nos ofertou sustentação teórica e inteligibilidade do vivido, na medida que nos permitiu trabalhar dentre as diferentes linhas, na construção da história da atenção básica.

A aposta metodológica na indissociabilidade entre clínica e gestão, partindo da experiência no trabalho da gerência em Unidades de Saúde da Família, em especial na Clínica da Família Dona Zica, no contexto da implantação do projeto de Reforma do Cuidado da Atenção Primária (2009-2016), foi ganhando corpo e concretude na prática, assim como se afirmando como uma possibilidade efetiva no trabalho da atenção básica ao longo dos anos. Aqui, o desafio contínuo foi traduzir o intraduzível, tomando a “escrivência” como método de partilha para apresentar os desafios que tentamos enfrentar e as possibilidades de saídas encontradas.

Este trabalho segue em construção e, no limite da produção da tese, enfrentamos o desafio de trazer alguns caminhos percorridos, as invenções e os muitos afetos de tristeza e alegria (DELEUZE,2002) que se afirmavam nesse caminho. Nosso esforço foi apresentar a complexidade que envolve a atenção básica, numa série de vetores em que a saúde se ancora *no* e com o território, compreendendo a saúde numa perspectiva ampliada que contempla em si o bem-estar social, e que na contemporaneidade nos coloca como imperativo desenvolver esse modelo assistencial em territórios que incorporam expressões diversas de inequidades, com a presença da violência em suas múltiplas faces transversalizando o cenário cotidiano. Como desenvolver os princípios do SUS a partir das singularidades e com esses desafios? Uma arte que se traduz numa prática de experimentação, atenção, insistência e cuidado.

Na aposta na indissociabilidade entre clínica e gestão, a atividade de “gerente ritmista” implicava em “sentir” o som, as escalas, os arranjos e os elementos que compunham a harmonia do território. Compreender a cultura para além da “cultura verde e rosa” significava incorporar de modo inequívoco o tom dos modos de vida da população e, entre essas, a presença da cultura hospitalocêntrica produzida ao longo dos anos, no âmbito da saúde pública na cidade do Rio de Janeiro.

A herança da prática hospitalocêntrica se mostrava, não somente através das práticas dos profissionais, mas nas solicitações dos usuários. Ambos demandavam um manejo de gestão que interferisse e desnaturalizasse práticas por anos administradas. Nessa experiência gestionária, compreendemos que responder às demandas do serviço não significa somente dizer sim, isso seria um equívoco, uma redução da função. A atividade na gerência implica a tomada de decisão, e o que irá modular a qualidade das respostas é a diretriz ética que sustenta a atividade gestionária e que efetivamente produz – ou não – o cuidado na direção de vidas mais autônomas e criativas.

Na atividade da gerência, era comum encontrar e lidar com profissionais de saúde com uma formação pouco afeita às questões que integram a vida das Comunidades Populares, que resultava em respostas simplistas ou preconceituosas aos modos de vida da população. O investimento na formação e qualificação de profissionais de saúde para atuação na ESF, incluídos no investimento da expansão da AB, com os cursos de residência para a medicina, enfermagem e multidisciplinares, assim como a experiência do internato¹⁰¹ de medicina nas Unidades com ESF, já produz impactos positivos nos serviços. Mas, na realidade atual, há mais serviços no modelo da ESF do que profissionais com o perfil para o trabalho, no qual se incluiu o gerente.

A experiência no campo do trabalho nos evidencia que não basta um serviço ser nomeado como ESF para desenvolver uma assistência dentro da preceptiva de atenção prevista nessa modalidade. Partindo dessa afirmação, a abrangência atual de 70% de cobertura da ESF não se traduz no desenvolvimento efetivo desse modelo no Município. Embora não haja dúvidas sobre as mudanças de oferta e acesso da população, interferir no processo de formação assistencial, quebrar paradigmas de uma assistência vertical de cuidado para construir outros modos, em que o usuário seja incluído nesse processo não acontece na velocidade que nos impõe a contemporaneidade e que foi integrada no processo de expansão da AB com a RCAPS.

¹⁰¹ Uma das últimas etapas da graduação em medicina. Nessa etapa o aluno participa das atividades no serviço internamente e nas atividades de promoção, prevenção e visitas domiciliares no território.

Essa pesquisa abre um campo e uma certa perspectiva do que foi a experiência gestonária no nosso campo privilegiado: a CF Dona Zica. Entretanto, não diz a verdade sobre trabalho na AB, ou de um modelo do que é ser gerente da ESF ou uma prescrição para ser incorporada por todos os serviços. Aqui trouxemos um recorte das experiências vividas num momento em que a AB entra no foco das mudanças na política de saúde do Município.

No ano de 2016, foi finalizado o mandato do Prefeito que investiu na expansão da AB. Com sua saída, encerra-se o processo de inauguração de novas Clínicas de Saúde da Família, após vivermos alguns anos com mais de uma unidade inaugurada por mês. Os serviços começam a registrar atrasos nos pagamentos dos profissionais, demora no repasse da verba da Prefeitura para as OSs, desabastecimento de medicações na farmácia das Unidades, saída de profissionais sem reposição, redução no contrato com as empresas de manutenção, entre outros. Esses registros reforçam a preocupação manifestada no início dessa pesquisa, que se referia ao perigo eminente da expansão da AB se apresentar como um projeto de governo e não como um projeto de Estado que sustentaria sua continuidade.

- NÃO DEIXE O SAMBA MORRER, NÃO DEIXE O SAMBA ACABAR

A experiência como gerente produziu a necessidade de fazer muitas escolhas, e no último ano do doutorando solicitei o desligamento como gerente da CF Dona Zica para a dedicação na escrita da tese. Uma escolha difícil entre as muitas que fizeram parte deste processo. Como sair daquele lugar? Como deixar de conviver com os afetos e a possibilidade de trabalho que já tínhamos conquistado? Não se tratava de deixar um emprego, o que já seria suficientemente complexo, mas era deixar de acompanhar de dentro aquele processo de vida e de afirmação de uma aposta ética de trabalho. A escolha significava seguir na CF Dona Zica, mas de outro lugar, compreendendo a tese como uma restituição do trabalho realizado coletivamente. Retomando a ideia e a preocupação inicial da “gerente ritmista”, sentia a importância de sair sem deixar a bateria atravessar de modo que a equipe

seguisse em harmonia do desfile. Mas, não há garantia e isso não está na mão de um ritmista...

Estávamos na Mangueira e já havíamos introjetado o saber que o samba era uma das linguagens que utilizávamos no trabalho em saúde, sendo a escolhida para transmitir o desejo no momento da saída. Convoquei toda a equipe no sentido de partilhar os motivos que levaram a escolha de deixar o trabalho de gerente (todos sabiam sobre a pesquisa do doutorado) da Unidade. Era uma evidência que, a partir daquele momento, anunciava que a equipe iria experimentar o trabalho com um novo gerente, que seria a décima experiência em seis anos de Unidade e, conhecia a preocupação e a tensão do grupo de trabalhadores quanto a esse fato, que expõe um dos fios da navalha da RCAPS: a instabilidade profissional.

Neste encontro, além dos muitos agradecimentos e da emoção pelo trabalho realizado com algumas metas alcançadas em 100% durante este período, foi reafirmada a importância de investir no processo e na construção das relações em detrimento de uma gestão estritamente administrativa. Neste encontro, afirmava-se uma preocupação da equipe se apropriar da construção desenvolvida nos anos de gestão como uma possibilidade efetiva do grupo, e não como uma metodologia que findaria com a saída da gerente. O desejo era o de que a equipe pudesse ter forças para resistir e seguir com o “samba”. Para ajudar a traduzir essa expectativa, cantei um samba, como um pedido:

Quando eu não puder
Pisar mais na avenida
Quando as minhas pernas
Não puderem aguentar
Levar meu corpo
Junto com meu samba
O meu anel de bamba
Entrego a quem mereça usar
Eu vou ficar
No meio do povo espiando
Minha Escola perdendo ou ganhando
Mais um carnaval
Antes de me despedir
Deixo ao sambista mais novo
O meu pedido final
Antes de me despedir
Deixo ao sambista mais novo
O meu pedido final
Não deixe o samba morrer
Não deixe o samba acabar

O morro foi feito de samba
De Samba, para a gente sambar
(Conceição e Silva, 1975)

Com o tempo e no espaço da orientação, pude compreender ainda mais as dificuldades de se enfrentar as práticas avassaladoras e produtoras do medo que se impõem num processo de gestão neoliberal. Uma das afirmativas durante o trabalho na gestão era valorizar as pessoas que não são o objeto do SUS, mas sim a razão para que ele exista. Era importante desmistificar que elas não dão trabalho para o sistema, mas são o sentido para o sistema existir. Este entendimento demanda tempo e espaços de reflexão para serem incorporados como sentido da prática do trabalho em saúde e pode ser o primeiro a sofrer intervenção.

Como estamos tratando de um trabalho em saúde pública, pode parecer que alguns temas já foram superados, mas o cotidiano do trabalho nos mostra a importância de lembrar e reafirmar o sentido das nossas práticas, assim como reafirmar a necessidade de lembrar das armadilhas que recebem o nome de cuidado. Em relação a este último ponto, referimo-nos especificamente às situações nas quais o outro vira objeto, o cuidado vira objeto, como na situação trazida no capítulo três, em que uma rifa de um liquidificador foi utilizada como estratégia para “cuidar” das pessoas. Aquele episódio apresentava uma estratégia para estimular a realização do preventivo para atingimento da meta, sem que isso causasse estranhamento no grupo de trabalhadoras.

Na aposta dessa pesquisa e conforme buscamos evidenciar com as narrativas, compreendemos que um olhar estritamente administrativo para a gestão da atenção básica não dá conta de acolher a complexidade incorporada nesses serviços. Por outro lado, a construção de um processo que interfira na atenção básica, entendendo-a como um território de vida, que ultrapassa os limites do território de área de atuação ou cobertura, é capaz de produzir interferência, mudança e potência. Entendemos que a afirmação da indissociabilidade entre clínica e gestão é operadora de dobras nas linhas de poder, em que o cuidado é produzido como estética existencial, o que na experiência com a CF Dona Zica se mostrou como uma possibilidade positiva de metodologia de gestão.

Esta pesquisa se incluiu no debate que visa problematizar o cuidado na atenção básica e tem o objetivo de contribuir com a construção de práticas inventivas no cuidado à saúde, em outros modos de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS). Uma prática gestonária que se efetua a partir da aposta ética na dignidade da vida, em que afirmamos a potência das práticas que privilegiam o acolhimento, a equidade e a autonomia, com o desejo de que outros atores se somem a esse campo. Nessa perspectiva, partilhamos que:

Orientar-se no pensamento e na vida implica não só o traçado de coordenadas fixas ou referências, mas um libertar-se no próprio movimento e nele/com ele traçar suas coordenadas de longitude e latitude. Trata-se de instituir um pensamento e “uma vida” que problematizem o instituído, e não de pensar e viver a partir dele (NEVES, 2009, p. 199).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- ABREU, Maurício de Almeida. A Periferia de Ontem: O Processo de Construção do Espaço Suburbano do Rio de Janeiro (1870-1930). Rio de Janeiro, In: Espaço e Debates, 1987.
- ALMEIDA, P.F. et al. Desafios à coordenação dos cuidados em saúde: estratégias de integração entre níveis assistenciais em grandes centros urbanos. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 26, n, 2, 2010, p. 286-298.
- ALVAREZ, J.; PASSOS, E. **Cartografar é Habitar um Território Existencial**. In: PASSOS, E.; KASTRUP, V.; ESCÓSSIA, L. (Org.). **Pistas do Método da Cartografia: pesquisa- intervenção e produção de subjetividade**. Porto Alegre: Sulina, 2009.
- ALVAREZ, D.; TELLES, A. L. Interfaces ergonomia-ergologia: uma discussão sobre trabalho prescrito e normas antecedentes. In: FIGUEIREDO, M.; ATHAYDE, M.; BRITO, J.; ALVAREZ, D. (Org.). Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo, pp. 63-90. Rio de Janeiro: DP&A, 2004.
- ALVES, C. A., MACHADO, C. V. **A Política do Ministério da Saúde para os Hospitais Federais situados no Rio de Janeiro no período de 2003 a 2006**. Relatório Científico Final do Projeto de Pesquisa “O papel do Ministério da Saúde na política de saúde brasileira no período de 2003 a 2006” (financiado pela FAPERJ, modalidade APQ 1/2007), 2008.
- AMARANTE.P, RIZZOTTO. M, e COSTA. **A Memória de um Movimento: a Revista Saúde em Debate e a Reforma Sanitária Brasileira**, Ciência & Saúde Coletiva, Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (CEBES), Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz. Rio de Janeiro, p. 131-149. 2015.
- ANDRADE, L. O. M.; BARRETO, I. C. H. C.; BEZERRA, R. C. **Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família**. In: CAMPOS, G. W. S. [et al]. Tratado de saúde coletiva. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- ARENDDT, H. Eichmann em Jerusalém. Um relato sobre a banalidade do mal. São Paulo: Companhia das Letras, 1999.

ARRETCHE, M. **Estado Federativo e Políticas Sociais: determinantes da descentralização**. São Paulo: Revan, 2000.

ATHAYDE, M. & BRITO, J. Um livro-ferramenta e seu uso na perspectiva Ergológica tecida entre nós: apresentação à edição brasileira. In: Y. SCHWARTZ & L. DURRIVE (Orgs.), Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana (p. 5-9). Niterói: EdUFF, 2007.

BAHIA, L. **O SUS e o Setor Privado Assistencial: adaptações e contradições**. In: http://www.cee.fiocruz.br/sites/default/files/Artigo_Ligia_Bahia.pdf p. 3-13. 2017. Acessado em 2018.

BAHIA, Lígia et al . Pensar o Sistema Único de Saúde do século XXI: entrevista com Lígia Bahia. Hist. cienc. saude-Manguinhos, Rio de Janeiro , v. 21, n. 1, p. 93-110, Mar. 2014 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702014000100093&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-59702014000100005>.

BARROS, M. **Poesia Completa**. São Paulo: Leva, 2011.

BARROS, Maria Elizabeth Barros de. Trabalhar: usar de si - sair de si. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 11, n. 22, p. 355-357, Aug. 2007 . Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200014&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Nov. 2016. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200014>.

BARROS, L.P., KASTRUP, V. **Cartografar é Acompanhar Processos**. Pista 3. In ESCÓCIA, I.; KASTRUP, V.; PASSOS, E. (org.). Pistas do método da cartografia. Porto Alegre: Sulina, 2009.p.52-75.

BENEVIDES DE BARROS, R.; PASSOS, E. **A Humanização como Dimensão Pública das Políticas de Saúde**. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n.3, 2005. p.561-571.

BENJAMIN, Walter. **Sobre o Conceito da História**. In: Magia e técnica, arte e política: ensaios sobre literatura e história da cultura. Trad. Sérgio Paulo Rouanet, São Paulo: Brasiliense, p. 222-232 (Obras escolhidas, v. I). 1985

BENJAMIN, W. **Sobre Alguns Temas em Baudelaire**. Em Charles Baudelaire: um lírico no auge do capitalismo. Obras escolhidas III. São Paulo: Editora Brasiliense, 1989.

BLANCHOT, M. **O livro por vir**. Ed: Lisboa: Relógio D'água, 1984.

BOFF, L. **Saber Cuidar Ética do humano - compaixão pela terra**. Rio de Janeiro: Ed Vozes. Petrópolis, 1999.

BOVE, L. **Espinosa e a Psicologia Social. Ensaio de ontologia política e antropogênese**. Belo Horizonte; Ed: Autêntica, 2010.

BRASIL. Lei complementar nº 141, de 13 de janeiro de 2012. Agência Nacional de Saúde Suplementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. Disponível em: <<http://www.ans.gov.br/perfil-do-setor/dados-e-indicadores-do-setor>>. Acessado em 2017.

BRASIL. Departamento de Atenção Básica. Histórico de Cobertura da Saúde da Família. 2012. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em: 5 mai. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília, 2006a.

BRASIL. **Anais da 3ª Conferência Nacional de Saúde (1963)**. Niterói: Fundação Municipal de Saúde, 1992.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Saúde da Família - Uma Estratégia de Organização dos Serviços**, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação de Saúde da Comunidade, Brasil, Brasília, 1996.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Programas e Projetos Saúde da Família**; p. 1. (Documento disponível na Internet, no site do MS) 1998 a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Programas e Projetos Saúde da Família**; p. 1. (Documento disponível na Internet, no *site* do MS) 1998a.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Instrução Normativa nº. 01/98**, Brasília: MS, 1998b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **A Implantação da Unidade de Saúde da Família**. Milton Menezes da Costa Neto, org. Brasília: 2000b.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - **Avaliação da Implantação e Funcionamento do Programa de Saúde da Família** – PSF. Brasília: MS, 2000c.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde. As Cartas da Promoção da Saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de

Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. [Portaria GM/MS nº 399 de 22 de fevereiro de 2006](#).
Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – **Consolidação do SUS e Aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto**. Diário Oficial da União, 2006. Acessado em 05/05/2015 <https://www.sabedoriapolitica.com.br/products/pacto-pela-saude/2006b>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Acolhimento e classificação de risco nos serviços de urgência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde- 56 p. il. Color. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Manual para a Organização da Atenção Básica. Brasília, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Sistema Único de Saúde (SUS) princípios e conquistas. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília, 2000a.

BRASIL, Ministério da Saúde - **Política Nacional de Saúde da População Negra**. Distrito Federal, 2009a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **As Redes de Atenção à Saúde**
<http://dab.saude.gov.br/portaldab>, Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Ambiência** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010. 32 p. – (Série B. Textos Básicos de Saúde), 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde - **Memórias da Saúde da Família no Brasil**. DF. 2010.

In:

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/memorias_saude_familia_brasil.pdf2010.
[Acesso em dezembro 2017](#).

BRASIL, Ministério da Saúde - **Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)** DF. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica**, 2014b. [Acessado 2015 maio 20]. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde - **Relatório de Gestão 2014**, Secretaria de Atenção à Saúde, Brasil, Brasília, p. 446-450, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. Sítio eletrônico do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. **Histórico de Cobertura da Saúde da Família**. 2017. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/historico_cobertura_sf.php>. Acesso em 05 Julho 2017.

BRITO, J. **Trabalho e Saúde Coletiva: o ponto de vista da atividade e das relações de gênero**. Ciência e saúde coletiva vol.10 no.4 Rio de Janeiro Oct /Dec. 2005.

BRITO, J., MUNIZ H, SANTORUM K, RAMMINGER, T. **O Trabalho nos Serviços Públicos de Saúde: entre a inflação e a ausência de normas**. In: Assunção A, Brito J, organizadores. Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2011. p. 23-44.

CALLERI, D. C.; NEVES, C. E. A. B. **Encontros da Vida Nua nos Jardins do Capital: uma investigação sobre o consumo de tratamentos**. Estudos e Pesquisas em Psicologia (Online), v. 14, p. 107-128, 2014.

CAMPOS, C. E. A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o sistema distrital de administração sanitária. Revista História Ciência e Saúde – Manguinhos. Rio de Janeiro. v.14, n.3, p.877-906, jul.-set. 2007a.

CAMPOS, C. E. A. Centros Municipais de Saúde no Rio de Janeiro: reconstrução de uma trajetória de uma organização sanitária – 1927 – 1997. São Paulo. FMUSP. 1999. Tese de Doutorado. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5137/tde-16042010-091406/pt-br.php> . Acessado: 03/12/2016.

CAMPOS, G. W. S. O SUS entre a tradição dos sistemas nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, n.12, sup., p.1865-74, 2007b.

CAMPOS, G. W. S O público e o privado na saúde brasileira 2008. Disponível em <https://diplomatieque.org.br/o-publico-e-o-privado-na-saude-brasileira/> acessado em junho 2017.

CAMPOS, G. W. S; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (Org.) **Tratado de Saúde Coletiva**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2009.

CAMPOS, C. E. A.; COHN, Amélia and BRANDAO, Ana Laura. **Trajatória histórica da organização sanitária da Cidade do Rio de Janeiro: 1916-2015. Cem Anos de inovações e conquistas.** Ciênc. Saúde Coletiva [online]. 2016, vol.21, n.5, pp.1351-1364. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232015215.00242016>. 2016.

CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CASTIEL, L.D. **UTOPIA/ATOPIA – Alma Ata, Saúde Pública e o “Cazaquistão”** – Revista Internacional Interdisciplinar INTERTHESIS- UFSC- SC. Jul. Dez 2012.Vol 9. Nº2 v. 9, n. 2, p. 62-83, dez. 2012. ISSN 1807-1384.Disponível: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/interthesis/article/view/1807-> **Acessado** em: janeiro, 2017.

CASTIEL, L.D, Sanz-Valero J, Vasconcellos-Silva PR. **das Loucuras da Razão ao Sexo dos Anjos: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; P.188, 2011.

CASTILLO, R. L - **A produção do cuidado na Atenção Primária de Saúde para o grupo de indivíduos portadores de Diabetes Mellitus- Tipo 2-** Tese de Doutorado em Ciências da Saúde Universidade de São Paulo, USP, 2010.

CASTRO, A.L.B. **Atenção Primária à Saúde no Brasil: composição público-privada na prestação de serviços.** 2015. 173f. Tese (Doutorado em Ciências na área de Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro.

CAZELLI, C. M. **Avaliação da Implantação do Programa de Saúde da Família no Município do Rio de Janeiro.** Dissertação de Mestrado. 151p. Rio de Janeiro, 2003.

CECÍLIO, L.C. e MERHY, E.E. A Integralidade do Cuidado como Eixo da Gestão Hospitalar. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. **A. Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas de saúde.** 2 ed. Rio de Janeiro:UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.p.197-210.

CHAGAS, A. **Comunidades Populares, População Negra, Clínica e Política: um outro olhar.** Dissertação de Mestrado. Instituto de Ciências Humanas e Filosofia. Dissertação de Mestrado-Universidade Federal Fluminense. UFF. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2010.

- CLOT, Y. **A Função Psicológica do Trabalho**. Petrópolis: Vozes, 2006.
- COHN, A. Caminhos da Reforma Sanitária. Lua Nova, São Paulo, n.19, pp.124-40, 1989.
- CONTREIRAS, H, e MATTA. C. **Privatização da Gestão do Sistema Municipal de Saúde por meio de Organizações Sociais na cidade de São Paulo, Brasil: caracterização e análise da regulação**. Cad. Saúde Pública [online]. vol.31, n.2, pp.285-297. 2015.
- DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA - **Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, p.6 -12 de Setembro de 1978. Disponível em: cmdss2011.org/site/wp-content/uploads/Declaração-Alma-Ata.pdf. Acessado em 12 de junho de 2015.
- DELEUZE, G. POST-SCRIPTUM **Sobre as Sociedades de Controle**. In: _____ Conversações: 1972-1990. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Vol.1. Rio de Janeiro: Ed. 34. 1995.
- DELEUZE, G. **Crítica e Clínica**. São Paulo: Editora 34, 1997.
- DELEUZE, G; PARNET. C. **Diálogos**. São Paulo: Escuta, 1998.
- DELEUZE, G. **Espinosa – Filosofia Prática**. São Paulo: Escuta, 2002.
- DELEUZE, G.; GUATTARI, Félix. **O que é Filosofia?** 3. Ed. Tradução: Bento Prado Jr. e Alberto Alonso Munoz. São Paulo: Editora 34, 2010.
- DIAS, R. . Visões sobre as unidades de polícia pacificadora (UPPs) no Rio de Janeiro, Brasil. Sur. Revista Internacional de Direitos Humanos (Impresso) , v. 9, p. 209-211, 2012.
- DOWBOR, M. **Sergio Arouca, construtor de instituições e inovador democrático**. Ciência e Saúde coletiva [periódico na internet] (2018/Jan). [citado em 08/05/2018]. Está disponível em: <http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/artigos/sergio-arouca-construtor-de-instituicoes-e-inovador-democratico/16584?id=16584,2018>.
- DURRIVE, L.; SCHWARTZ, Y. Revisões temáticas: glossário da Ergologia. Laboreal, v. 4, n. 1, p. 23-28, 2008.
- EVARISTO, C. **Escrevivência** em ocupação literária Conceição Evaristo <http://www.itaucultural.org.br>, 2017.

EVARISTO, Conceição. **Recordar é Preciso**. In: CADERNOS NEGROS 15: poesia. São Paulo: Quilombhoje, 1992. p. 17-24.

FARIA, R. M., e BORTOLOZZI, A. (2009). **Espaço, território e saúde: contribuições de Milton Santos para o tema da geografia da saúde no Brasil**. Espaço Geográfico em Análise, 17, 31-41.

FERREIRA JUNIOR, Walter C. **Gerenciamento de hospitais estaduais paulistas por meio das organizações sociais de saúde**. Revista de Administração Pública (RAP), Rio de Janeiro, 37(2):243-64, Mar/Abr. 2003.

FERREIRA, J. Restituição dos dados na pesquisa etnográfica em saúde: questões para o debate a partir de experiências de pesquisas no Brasil e França. Ciência & Saúde Coletiva, 20(9):2641-2648, 2015.

FEUERWERKER, L e MERHY, E. **Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea**. In: MANDARINO, A.C.S.; GOMBERG, E. (Orgs.). Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão: Editora UFS, 2009. p. 29-74 em <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acessado em abril de 2017

FLEURY, S. ABRASCÃO 2015 - Mesa: **Reforma Sanitária na Realidade Brasileira** Disponível em <https://www.youtube.com/watch?v=7F-IVHg5Gpo>. Acessado em novembro de 2016.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade 1**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1997.

FOUCAULT, M **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1999.

FOUCAULT, M. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2003a.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro Edições Graal: 2003b

FOUCAULT, M. É inútil revoltar-se? In _____. Ditos e Escritos V: Ética, Sexualidade, Política. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a.

FOUCAULT, M.. Os intelectuais e o poder. In: MACHADO, Roberto (org.). Microfísica do poder. São Paulo: Editor Graal, 2004b.

FOUCAULT, M. **uma entrevista: sexo, poder e a política da identidade**, 2004c. em: <http://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/viewFile/4995/3537> em 2013.

FOUCAULT, M. **Por Uma Vida Não - Fascista** Organizador: Coletivo Sabotagem, 2004d.

FOUCAULT, M. . Segurança, território, população. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

- FRANCO, T. **As Organizações Sociais e o SUS**, 1998. www.datasus.gov.br/cns/temas/as_organiza%E7%F5es_sociais_e_o_sus.htm
Acessado em 2013
- FRANCO, T e MERHY, E. **Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um Programa Destinado à Mudança do Modelo Tecnoassistencial** em <http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/capitulos-14.pdf>. Acessado em agosto de 2015.
- GALEANO, E. **Las Palabras Andantes?** Buenos Aires: Catálogos, 2001.
- GAMA, B.C. Insistências entre o vulnerável e o vencedor no governo do vivo: Ensaio na Política Pública de Assistência Social. Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense – UFF- Niterói, RJ, 2017.
- GEREMIA, D. **Federalismo e Gestão Metropolitana: subsídios para o planejamento territorial dos serviços de saúde**, Tese de Doutorado - Centro Biomédico - Instituto de Medicina Social- UERJ. 2015.
- GIOVANELLA, L.; MENDONÇA, M.H.M. et al. **Saúde da Família: limites e possibilidades para uma Abordagem Integral de Atenção Primária à Saúde no Brasil**. Ciênc. Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 783-794, 2009. In: <http://www.scielo.br/scielo.php>. Acesso em maio 2017.
- GIOVANELLA, L e MENDONÇA, M.H. **Atenção Primária à Saúde- Atenção Primária à Saúde: Conceitos e Abordagens**, 2009.
- GONÇALVES, M. A.R. **A Vila Olímpica da Verde-e-Rosa**. Rio de Janeiro: FGV, 2003.
- GOTZSCHE, P. Medicamentos mortais e crime organizado. Porto Alegre: Bookman, 2016.
- GUATTARI, F. Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional. Aparecida /S.P: Idéias & Letras, 2004.
- GUATTARI, F.; ROLNIK, S. Micropolítica: cartografias do desejo. Rio de Janeiro: Vozes, 1986.
- GUIMARÃES, C.F.; SILVA, R. A. N, Devires e intensidades do coletivo na Saúde Coletiva. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, 26 [3]: 939-959, 2016.

GUIMARÃES, M. A. **A Rede de Sustentação: Um Modelo Winnicottiano de Intervenção em Saúde Coletiva**. Tese de Doutorado. Departamento de Psicologia. PUC/RJ, 2001.

GUIMARÃES, M. A. C.; PODKAMENI, A. B. A rede de sustentação coletiva, espaço potencial e resgate identitário: projeto mãe-criadeira. *Saúde e sociedade*, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 117-130, 2008.

HARZHEIM; LIMA; HAUSER, **Reforma da Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro – Avaliação dos três anos de Clínicas da Família**. Pesquisa avaliativa sobre aspectos de implantação, estrutura, processo e resultados das Clínicas da Família na cidade do Rio de Janeiro. Porto Alegre, RS: OPAS, 2013.

HECKERT, A.L.; NEVES, C.A. B. **Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção do coletivo**. In: MATTOS, R. A.; BARROS, M.E.B.; PINHEIRO, R. (Org.). Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas. 1 ed. Rio de Janeiro: CEPESC IMS/UERJABRASCO, v. 1, p. 145-160, 2007.

JANEIRO, L. **Estratégia de Saúde da Família: os sentidos do cuidado em saúde pela ótica de usuários/as** Dissertação de Mestrado - Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Curso de Pós-Graduação em Psicologia -PPGPSI, 2016.

LANCETTI, A. **Clínica Peripatética**. São Paulo: Hucitec; 2006.

LANCETTI, A. Cuidado e Território no Trabalho Afetivo. *Cadernos de Subjetividade*, São Paulo, 2010. p. 90 – 97, 2010.

LAVINAS, L. **A financeirização da política social: o caso brasileiro**. Carta Capital, São Paulo, 25/08/2015. Recuperado de <http://www.cartacapital.com.br/economia/a-financeirizacao-da-politica-social-o-caso-brasileiro-301.html>.

LAZZARATO.M. **O Governo das Desigualdades. Crítica da Insegurança Neoliberal**. Ed: UFSCar; 2011.

LIMA, D. **Estratégia Saúde da Família na cidade do RJ: desafios da atenção primária numa grande cidade** Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, abril de 2014.

LIMA, J. B.; BRAVO, M.I. S. O percurso do financiamento das Organizações Sociais no Rio de Janeiro. In: BRAVO, Maria Ines Sousa et al. (Orgs.). *A mercantilização da saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ-Rede Sirius, 2015, p.53-60.

- LIMA, E. e YASUI, S. **Territórios e Sentidos: espaço, cultura, subjetividade e cuidado na atenção psicossocial.** Saúde debate [online]. 2014, vol.38, n.102, pp.593-606. ISSN 0103-1104. <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140055>.
- LOURAU, R. **Implicação e Sobreimplicação.** In S. Altoé (Ed.), Analista institucional em tempo integral (pp. 186-198). São Paulo, SP: HUCITEC,2004.
- LUZ, M. **Notas Sobre as Políticas de Saúde no Brasil de "Transição Democrática" - ANOS 80-** Physis. 1991, vol.1, n.1, pp.77-96. ISSN 1809-4481 Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73311991000100004>. Acessado: agosto de 2017.
- [MACERATA, I.M. Traços de uma clínica de território: intervenção clínico-política na atenção básica com a rua.](#) Tese (Doutorado em Psicologia) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal Fluminense – UFF- Niterói, RJ, 2015.
- MACHADO, C. V. **Novos Modelos de Gerência nos Hospitais Públicos: as experiências recentes.** Revista Physis: revista de saúde coletiva. Vol. 11, n. 1, 2001.
- MAIA, M. A. B. e NEVES, C. A.B. Qual a potência do apoio institucional no campo da saúde pública?. Interface (Botucatu), Botucatu , v. 18, supl. 1, p. 821-831, 2014
- MARTINS, A. **O conhecimento como o maior dos afetos (Um mundo onde conhecer é criar e afetar-se melhor).** Disponível em http://bibliotecanomade.blogspot.com.br/2012/01/video-o-conhecimento-como-o-maior-dos_10.html. Acessado: fevereiro de 2012.
- MENDES. E. **A Atenção Primária à Saúde no SUS.** Fortaleza: Escola de Saúde Pública do Ceará; 2002.
- MERHY, E. **A Rede Básica como uma Construção da Saúde Pública e seus dilemas.** In E. E. Merhy & R. Onocko (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997a,. p.197-228.
- MERHY, E. **O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo)** In: TEIXEIRA, S.M.F. (Org.). Democracia e Saúde: a luta do CEBES. p. 125-142. São Paulo: Lemos, 1997b.
- MERHY, E. **A Cartografia do Trabalho Vivo.** São Paulo, Ed: Hucitec; 2006.

MERHY, E. **Planejamento como Tecnologia de Gestão: Tendências e Debates sobre o planejamento em saúde no Brasil**

<http://www.uff.br/saudecoletiva/professores/merhy/livros-02.pdf> Acessado em dezembro de 2012.

MERHY, Emerson Elias. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 4, n. 6, p. 109-116, Feb. 2000. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832000000100009&lng=en&nrm=iso)

32832000000100009&lng=en&nrm=iso>. access on 17 Sept. 2018. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832000000100009>.

MERHY, E. **Engravitando palavras, o caso da integralidade**. In: Trabalho, produção do cuidado e subjetividade em saúde. Org: FRANCO, T.B. & MERHY, E. E. 1. São Paulo, Editora HUCITEC, p. 252 – 265, 2013.

MERHY, E. e FEUERWERKER, L. .C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: Mandarino, ACS, Gomberg, E. organizadores. Leituras de novas tecnologias e saúde. São Cristóvão, Salvador: UFS e UFBA, 2009. p. 29-56.

MIZOGUCHI, D.H. **Experiência e narrativa: artefatos políticos de pesquisa**. ECOS–Estudos Contemporâneos da Subjetividade. V.5, n .2, p. 200 – 208, 2015.

MIZOGUCHI, D.H. **Amizades Contemporâneas: Inconclusas modulações de nós**. 1 ed. Porto Alegre MIZOGUCHI, D.H. Sulina, Editora UFRGS, 231 p. Coleção Cartografias. 2016.

MOTA, A; SCHRAIBER, L.B. **Atenção Primária no Sistema de Saúde: debates paulistas numa perspectiva histórica**. Saúde Sociedade. São Paulo, v.20, n.4, p.837-852, 2011.

MUNIZ, H. e FRANÇA, M.B. **Desafios da eficácia e eficiência no trabalho em saúde** - Tempus - Actas de Saúde Coletiva - O Trabalho em Saúde, 2011. Disponível em http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/textos_sti/Helder_Pordeus_Muniz/2011artigoheldermaristelaeficacia.pdf - Acessado em dezembro de 2016.

MUNIZ, H. P. A gestão do tempo de permanência do paciente de neurocirurgia no Hospital Universitário Clementino Fraga Filho. Tese de Doutorado, COPPE/UFRJ, Rio de Janeiro. 2000.

MUNIZ, H e SILVA, T. J. **O Trabalho como Matéria Estrangeira na Clínica: reflexões teóricas** D. ECOS. Estudos Contemporâneos da Subjetividade VI.3 Num 2. em

http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/textos_sti/Helder_Pordeus_Muniz/20131127-5962-1-PB.pdf,

2013

NEVES, C. A.B. e HECKERT, A.L.C. . Micropolítica do processo de acolhimento em saúde. *Estud. pesqui. psicol.*, Rio de Janeiro , v. 10, n. 1, abr. 2010 . Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812010000100011&lng=pt&nrm=iso)

42812010000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 15 jan. 2014.

NEVES, C. E. A. B. e MASSARO, A. (2009). Biopolítica, produção de saúde e um outro humanismo. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, 13, 2009, p.503 -514.

NEVES, C.A.B. Que vida Queremos Afirmar na Construção de uma Política de Humanização nas Práticas de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS)? 2009 <http://www.scielo.br/scielo>. Acessado em 2013.

NEVES, Claudia Abbês Baêta. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. **Cartografando na saúde os “inconscientes que protestam**. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro ,

v. 24, n. 8, p. 1953-1955, Aug. 2008 . Available from

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2008000800023&lng=en&nrm=iso)

311X2008000800023&lng=en&nrm=iso>. access on 10 Nov. 2016.

<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008000800023>.

NEVES, C.A.B. e ROLLO. A. **Acolhimento nas Práticas de Produção de Saúde Brasil**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília-DF. (Série B. Textos básicos em Saúde).

ISBN: 85-3341268-1 Autor (es): Cláudia Abbês, Adail Rollo. 2a Edição. 2006

NEVES, C.A.B. **Pensando o Contemporâneo no fio da navalha: entrelaces entre desejo e capital** In Lugar comum. Rede Universidade Nômade.: v.19/20, p.135 - 157, 2004.

NEVES, C. A.B. **Sobre ritmos e deuses que dançam: os processos de formação médica em questão**. In: BONALDI, Cristiana; Barros, Maria Elizabeth Barros.

Cachaça, suores, amores: deuses que dançam e processos de formação em saúde.

Vitória: Edufes. 2018 (PRELO).

NEVES, Claudia Abbês Baêta. Manual de práticas da atenção básica: saúde ampliada e compartilhada. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro , v. 27, n. 4, p. 817-

819, Apr. 2011 . Available from

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-

311X2011000400021&lng=en&nrm=iso>. access on 09 Nov. 2015.
<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400021>.

NEVES, C.A.B. **Interferir entre Desejo e Capital**. Tese (Doutorado em Psicologia Clínica) - Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC-SP –, São Paulo, SP, 2002.

NEVES, C. E. A.B. **Modos de Interferir no Contemporâneo: um olhar micropolítico**. Arquivo Brasileiro de Psicologia. Rio de Janeiro, v. 56, n. 1, p. 02-20, jun. 2004. Disponível em

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-2672004000100002&lng=pt&nrm=iso. Acessado maio 2018.

NOGUEIRA, N. **De Dentro Da Cartola-A Poética de Angenor De Oliveira** Dissertação de Mestrado Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea Programa de Pós-Graduação em História, Políticas e bens Culturais – Fundação GUNDAÇÃO GETÚLIO VARGAS. FGV, 2005.

NOGUEIRA, M. **O processo histórico da Confederação Nacional dos Agentes Comunitários de Saúde: trabalho, educação e consciência política coletiva**. Tese de Doutorado- Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, RJ, 2017.

NETTO, J. P; BRAZ, M. **Economia Política: uma introdução crítica**. São Paulo: Cortez, 2006.

OCKÉ, R.O. C. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro, ed: Fiocruz, 2012.

OLIVEIRA, C.A. **Saúde, cidade e a lógica do capital: o município do Rio de Janeiro em questão**. In: BRAVO, M. I. DE S. et al. (Eds.). A mercantilização da Saúde em debate: as organizações sociais no Rio de Janeiro. Rio de Janeiro: FAPERJ, 2015. p..44–54.

OMS – Organización Mundial de la Salud. **La atención primaria de salud más necesaria que nunca**. Genebra: OMS; 2008.

OPAS;UNICEF. Relatório da Conferencia Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde Alma-Ata: URSS, 6-12 de setembro de 1978. UNICEF/Brasil, 1979. IN: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=459CF7DF94818B89B5F5CB4DCF959C79?sequence=5.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE. “Carta de Ottawa”, In: **Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 1, Ottawa**, novembro de 1986.

Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>. Acessado em 20 de junho de 2014.

PAIM, J.S. **Desafios para a Saúde Coletiva no século XXI**. Salvador: UFBA; p. 49-78,2006.

PAIM, J. **Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão e crítica**. Tese (doutorado) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 300 p. 2007.

PAIM, J.A. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: 2009. Coleção Temas em Saúde, Editora Fiocruz Rio de Janeiro, p. 148, 2009.

PAIM, J.S. **Atenção Primária à Saúde: uma receita para todas as estações?** Saúde em Debate. Rio de Janeiro, v. 36, n. 94, p. 343-347, jul. /set. 2012.

PAIM, J. **A Reforma Sanitária Brasileira** em <https://www.youtube.com>, 2015. Acessado em 16 de março de 2016.

PARADA. R. **A Construção do Sistema Estadual de Saúde: antecedentes e formas de inserção**. Physis: revista de saúde coletiva – Vol. 11, nº 1. Rio de Janeiro: UERJ/REDE SIRIUS/PROTAT, 2001.

PASSOS, E.; BARROS, R.B. **A Cartografia como método de Pesquisa-Intervenção**. In ESCÓCIA, I.; KASTRUP, V.; PASSOS, E. (eds.). **Pistas do Método da Cartografia**. Porto Alegre, Ed: Sulina, 2009.

PASSOS, Eduardo e BENEVIDES, Regina (2001) “Clínica e biopolítica na experiência contemporânea”, Revista de Psicologia Clínica PUCRIO, vol. 13, n. 1, 2001,p. 89-100.

PASSOS, E.; EIRADO. A. **Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador** p.109 in ESCÓCIA,.I, KASTRUP.V, PASSOS.E. (orgs.). **Pistas do método da cartografia**. Porto Alegre, ed: Sulina, 2009.

PASSOS, E.; KASTRUP.V, ESCOCIA. L, **Pistas do Método da Cartografia-Pesquisa Intervenção e Produção de Subjetividade**. Porto Alegre, Ed.: Sulina,2009.

PASSOS, E. **Outras Palavras sobre o Cuidado de Pessoas que usam drogas**. Organizado por Loiva Maria De Boni Santos. – Porto Alegre: Ideograf / Conselho Regional de Psicologia do Rio Grande do Sul. 2010. p.192 .

PENNA, G, PINTO, P, SORANZ, D. **Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil**. Ciênc. Saúde Coletiva [online]. vol.21, n.5, 2016, pp.1327-1338.

PRESIDENCIA DA REPÚBLICA, Casa Civil, Lei Nº 8080, de 19 de Setembro de 1990.

PROGRAMA Social da Mangueira, **25 ANOS Transformando Vidas**. Revista da Mangueira. Rio de Janeiro, 2013.

PROGRAMA DE RESIDENCIA EM MEDICINA DE FAMILIA E COMUNIDADE da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. SBMFC, 1ed, Rio de Janeiro, RJ; 2017.

RAUTER, C. **Subjetividade, Arte e Clínica**. In orgs Silva, A ; Neves, C; Rauter, C; Passos, E.; Barros, R; Josephson, S. Saúde e loucura. 6 Subjetividades Questões Contemporâneas São Paulo: Hucitec, 1997. p.109-119.

RAUTER, C. **Produção Social do Negativo**. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Centro de Teologia e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia Clínica. Rio de Janeiro, v. 15, nº. 1, 2003, p.107-120.

RAUTER, C. **Invasão do Cotidiano: algumas direções para pensar uma clínica das subjetividades contemporâneas** In MACIEL, A., KUPERMANN, D., TEDESCO, S. (Orgs.). Polifonias: clínica, política e criação. Rio de Janeiro, ed: Contracapa, 2005.

RODRIGUES, A. **Subjetividades e Espaços: narrativas incompletas**. 2006. 96f. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ, 2006. Em: http://www.slab.uff.br/images/Aquivos/dissertacoes/2006/Ana_Rodrigues.pdf. Acesso em: 15 de Setembro de 2017.

RAUTER, C. Clínica Transdisciplinar: Afirmção da multiplicidade em Deleuze/Spinoza Revista Trágica: estudos de filosofia da imanência – 1º quadrimestre de 2015 – Vol. 8 – nº 1 – pp.45-56.

RODRIGUES, P. **As Organizações Sociais na saúde, peça chave para a privatização da saúde**, CEBES- Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, 2016 em <http://cebes.org.br/2016/11/as-organizacoes-sociais-na-saude-peca-chave-para-a-privatizacao-da-saude> - Acessado em Dezembro de 2016.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde. Projeto: “A implantação da Estratégia Saúde da Família no Município do Rio de

Janeiro: um desafio para o Sistema Único de Saúde nas grandes cidades”. Rio de Janeiro, 2001.

RIO DE JANEIRO. **Plano Municipal de Saúde 2009-2013**. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil; 2009.

RIO DE JANEIRO. **Plano Estratégico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro 2009-2012 - pós-2016**. O Rio mais integrado e competitivo. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro; 2010.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Saúde . Saúde inicia 3º ciclo dos Seminários de Gestão – Accountability.2015. In: <http://www.rio.rj.gov.br/web/sms/exibeconteudo?id=5460948>. Acesso em jan 2018.

ROLNIK, S. **A Hora da Micropolítica**. Revista Humboldt do Goethe Instituto. 2016. Disponível em <http://www.goethe>. Acessado em fevereiro de 2017.

ROLNIK, S. **Psicologia: Subjetividade, Ética e Cultura**. In Saúde e Loucura, Editora HUCITEC, São Paulo, p. 13, 1997.

ROLNIK, Suely. “Fale com ele” ou como tratar o corpo vibrátil em coma. 2003. Link para acesso digital: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/falecomele.pdf>

ROLNIK, S. **Clínica Transdisciplinar**. Clínica e Política, Rio de Janeiro, ed: Abaquer, 20 ROLNIK, S. Psicologia: Subjetividade, Ética e Cultura. In Saúde e Loucura, Editora HUCITEC, São Paulo, p. 13, 09. 1997.

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

ROLNIK, S. **Cartografia ou de como pensar com o corpo vibrátil**. Núcleo de Estudos da Subjetividade. PUC-SP. Disponível em: <http://www.pucsp.br/nucleodesubjetividade/Textos/SUELY/pensarvibratil.pdf>
Acessado em 02/02/2014..

SADER, E. **Quando novos personagens entraram em cena: experiências, falas e lutas dos trabalhadores da grande São Paulo (1970-80)**. Rio de Janeiro: Paz e Terra,1988.

SAFFER, D. A. **Práticas do Comum. Compondo o cuidado na Estratégia de Saúde da Família com os saberes do dia-a-dia**. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia. Dissertação de Mestrado-Universidade Federal Fluminense. UFF. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2017.

- SALIBA, C, GARBIN. C, GONÇALVES. E, SANTOS, G., SOUZA, N. MOIMAZ. S. **Plano Municipal de Saúde: Análise do Instrumento de Gestão**, Uberlândia, vol.29. N.1 p.224-230- SP. Jan. Fev.2013.
- SANTOS, M. **A Natureza do Espaço: técnica e tempo/razão e emoção**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- SARAMAGO, J. S. **O Evangelho Segundo Jesus Cristo**. Lisboa, Editorial Caminho, 1991.
- SCHWARTZ, Y. Trabalho e uso de si. Pro-Posições, São Paulo, v. 1, n. 5, p. 34-50, jul. 2000b.
- SCHWARTZ, Y. **Trabalho e Ergologia**. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Orgs.). Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana. Niterói: Eduff Editora, 2007.
- SCHWARTZ, Y. **Trabalho, Educação e Saúde** vol.4 no.2 Rio de Janeiro Sept. 2006 Disponível em [http://dx.doi.org/10.1590/S1981-http://www.scielo.br/scielo.php_A_fevereiro_de2017](http://dx.doi.org/10.1590/S1981-<u>http://www.scielo.br/scielo.php_A_fevereiro_de</u>2017).
- SCHWARTZ , Y. **A Comunidade Científica Ampliada e o Regime de Produção de Saberes**. Trabalho e Educação. Revista do Nete, n 7, p.38-46, jul./dez. [1999] 2000a.
- SCHWARTZ, Y.; DUC, M.; DURRIVE, L. Trabalho e Ergologia. In: SCHWARTZ, Y.; DURRIVE, L. (Org.). Trabalho & Ergologia: conversas sobre a atividade humana. 2. ed. Niterói: EdUFF, 2010. 25-36 p.
- SCHWARTZ , Y. Conceituando o trabalho, o visível e o invisível. Trab. Educ. Saúde, Rio de Janeiro, v. 9, p. 19-45, 2011.
- SCHWARTZ , Y. **Trabalho e gestão: níveis, critérios, instâncias**. In: Figueiredo, M.; Athayde, M.; Brito, J.; Alvarez, D. Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo. Rio de Janeiro: DP&A, p. 23-33, 2004.
- SCHWARTZ e Y; DURRIVE, L. **Trabalho e Ergologia: conversas sobre atividade humana**. Niterói: Ed. UFF, 2007.
- SERPA, O. **Indivíduo, organismo e doença: a atualidade de "o normal e o patológico"** de Georges Canguilhem. Psicologia Clínica, 2003.
- SIQUEIRA, S. R. **Cartografias de uma Experimentação Musical: entre a musicoterapia e o grupo Mágicos do Som**- Dissertação de Mestrado. Instituto de

Ciências Humanas e Filosofia. Universidade Federal Fluminense. Programa de Pós-Graduação em Psicologia. 2007.

SILVA, N. S. **A Política e a Organização da Atenção Básica no município do Rio de Janeiro de 2009 a 2013**. 2015. 160f. Dissertação (Mestrado em Ciências na área de Saúde Pública) -Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Oswaldo Cruz- ENSP. Rio de Janeiro, 2015.

SIMÕES, P.; GAMEIRO, F.; NUNES, P.C.; SILVA JÚNIOR, A.G. ; SCARDUA, M.T. ; SIMAS, K. B. F. Expansão da atenção primária à saúde no município do Rio de Janeiro em 2010: o desafio do acesso e a completude das equipes de saúde da família. Revista Hospital Universitário Pedro Ernesto (on line), v. 15, p. 200-208, 2016.

SODRÉ, M. **Claros e Escuros - Identidade, povo e mídia no Brasil**. Ed. Vozes, 1999 .

SÓLIO, M, **Colaborador: conceito e preconceito**. Redes Sociais, Comunicações e Organizações, Caxias do Sul: Educs, 2011.

SORANZ, D.; PINTO, L.F.; PENNA, G.O. **Eixos e a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 21, n.5, p.1327-38, nov.-jan. 2016.

SOUZA, W. F. Gestão em saúde, uma perspectiva ergológica: com quantos gestos se faz uma gestão. Tese de Doutorado, Programa de Pós-graduação em Psicologia Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

SOUZA, T. F.; MIRANDA, L. **Desafios da Estratégia de Saúde da Família no contexto de expansão da Atenção Primária no município do Rio de Janeiro**. II Congresso Internacional de Política Social e Serviço Social: desafios contemporâneos/III Seminário Nacional de Território e Gestão de Políticas Sociais/ II Congresso de Direito a Cidade e Justiça Ambiental- Gestão de políticas sociais. Londrina/Paraná, julho 2017.

SOUSA, N. L. P. N. **Dinâmica das Relações Intergovernamentais no Processo de Descentralização da Saúde: o caso do município do Rio de Janeiro**. Dissertação de Mestrado/ Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2010.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades em saúde, serviços e tecnologias**. UNESCO, Ministério da Saúde, DF. 2002.

- TAYLOR, F. W. **Princípios de Administração Científica**. 8. ed. São Paulo: Atlas, 1990.
- TENORIO, F. A **Reforma Psiquiátrica Brasileira, da década de 1980 aos dias atuais: história e conceito**. In História, Ciências, Saúde. Maginhos, Rio de Janeiro, vol. 9, n.1, jan.-abr. p. 25-29. 2002.
- TESTA, M. **Pensar em Saúde**. Porto Alegre-Rio de Janeiro: Artes Médicas-Abrasco, 1992.
- TOMAZ, J. B. C. O agente comunitário de saúde não deve ser um “super-herói”. Interface -Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, v. 6, n. 10, p. 84-87, 2002.
- TOYNBEE, A. e IKEDA, D. **Escolha a Vida: um diálogo sobre o futuro**. Ed. Record, RJ, 1995.
- ULPIANO, C. Nietzsche: A Individuação e a identidade ou A conquista da diferença. In : <https://acervoclaudioulpiano.com/2016/11/18/aula-de-20/081989-nietzsche-a-individuacao-e-a-identidade-ou-a-conquista-da-diferenca-2/amp/>. Acessado em 17 janeiro de 2018.
- VALLADARES, L. **Cem Anos Pensando a Pobreza (Urbana) no Brasil**.in: R.Boshi Corporativismo e Desigualdade: a construção do espaço público no Brasil. Rio de Janeiro, IUPERJ. 1989
- VALLADARES, L. **A invenção da Favela. Do mito de origem a favela.com**, Ed. FGV, 2005. Cadernos de Saúde Pública. On-line version ISSN 1678-4464 Cad. Saúde Pública vol.24 no.8 Rio de Janeiro Aug. 2008.
- VELOSO, C. **Oração ao Tempo**, música gravada em 1979.
- VIEIRA, S.S. **Saúde Mental e Atenção Básica. O cuidado como criação de cantos no território**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Universidade Federal Fluminense. 2009.
- VIEIRA, S. S.; NEVES, C. A. B. **Cuidado em saúde no território na interface entre Saúde Mental e Estratégia de da Saúde Família**. Fractal, Rev. Psicol, Rio de Janeiro, v. 29, n. 1, p. 24-33, Apr. 2017.Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em agosto de 2017.
- WINNICOT, D. **O Brincar e a Realidade**. Rio de Janeiro: Imago, 1975.
- WINNICOT, D. **Textos selecionados: da Pediatria à Psicanálise**. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1978.

WINNICOT, D. **O ambiente e os processos de maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1982.

WINNICOT, D. **O Ambiente e os Processos de Maturação**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

ZARIFIAN, P. **Objetivo Competência: por uma nova lógica**. São Paulo: Atlas, 2001.