

A DIVISÃO DO TRABALHO NO SETOR DE SAÚDE E A RELAÇÃO SOCIAL DE TENSÃO ENTRE TRABALHADORES E GESTORES

WORK DIVISION IN THE HEALTH SECTOR AND THE SOCIAL RELATIONSHIP OF TENSION BETWEEN WORKERS AND MANAGERS

Arlene Laurenti Monterrosa Ayala ¹

Walter Ferreira de Oliveira ²

Resumo Este estudo estrutura-se a partir da análise crítica da gestão do trabalho no setor público de saúde no município de Joinville, Santa Catarina, em relação à situação do trabalho no cotidiano dos trabalhadores de saúde nas unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS). Nele são identificados alguns princípios de funcionamento dos serviços de saúde empreendidos pela gestão como mecanismos de dominação no trabalho, e que decorrem de sua divisão, a saber: o caráter fragmentar da organização do trabalho no setor de saúde, o domínio do conflito pela gestão, o controle dos trabalhadores pelas metas de produção e a resistência dos trabalhadores de saúde ao trabalho imposto. O estudo utiliza, como forma de evidenciar a existência da divisão do trabalho, as técnicas de pesquisa: entrevista e observação direta do trabalho.

Palavras-chave divisão do trabalho; gestão em saúde; setor de saúde.

Abstract This study is based on a critical analysis of work management in the public health sector in Joinville (State of Santa Catarina), with regards to the daily work situation of health care workers in the basic Unified National Health System (SUS) units. It identifies a few of the health service's operating principles, as set forth by the management such as work domination mechanisms, and which result from its division, as follows: the fragmentary nature of work organization in the health sector, management's conflict domination, worker control by production goals, and health care worker resistance to imposed workloads. The study uses the following research techniques to show the work division: interviews and direct observation of the work.

Keywords work division; health management; health sector.

Introdução

Mesmo para Adam Smith (1988), para quem a divisão do trabalho propiciava superioridade tecnológica por meio do crescimento da habilidade individual de cada trabalhador, da economia de tempo e da invenção de máquinas, que permite a um homem dirigir para um único objeto muito simples toda a sua atenção, era impossível negar as conseqüências nocivas da divisão do trabalho. Para ele, tal divisão imbecilizava o trabalhador quando o separava do saber de seu processo de trabalho; o degenerava, pois a uniformidade de sua vida destruía seu ânimo e o incapacitava a realizar outra tarefa que não aquela para a qual havia sido adestrado e, finalmente, reproduzia as desigualdades sociais.

No contexto histórico atual, Mészáros (2002), referindo-se à divisão do trabalho, sustenta que o domínio de uma classe sobre a outra foi sendo efetivado por meio da gestão e administração do sistema com base na gerência científica e disciplina capitalista. Assinala que o ideário da gerência científica é a separação entre a concepção do trabalho e sua execução.

No modelo proposto por João Bernardo, é a classe dos gestores que tem dominado a classe trabalhadora. Os gestores “são a classe capitalista que, contemporânea da gênese deste modo de produção, expande-se e reforça-se com o crescimento econômico, confundindo-se com ele o seu eixo de evolução” (Bernardo, 1991, p. 216). Para o autor, a existência social dos gerentes/gestores e de suas relações com o trabalho mostra que a questão básica para o sistema é a alienação progressiva dos processos de trabalho e a detenção de seu controle pela gerência. Refere que, no processo histórico do sistema capitalista, a burguesia definha para alimentar a outra classe capitalista em expansão.

Ao mesmo tempo em que Bernardo (2004) chega à conclusão de que os gestores têm sido os responsáveis pela gestão e administração da sociedade com base na disciplina capitalista, amplia a sua análise e tira duas conclusões. Em primeiro lugar, o capitalismo é um sistema totalitário no seu fundamento econômico. Sendo assim, “o totalitarismo não é característica de um ou outro sistema político, mas do modo de produção capitalista” (Bernardo, 2004, p. 39). Em segundo lugar, as instituições públicas, responsáveis pelas políticas sociais, são um dos campos que justificam a existência dos gestores, na medida em que funcionam como estruturas necessárias à produção do sistema, já que produzem e reproduzem a força de trabalho.

Na interpretação de Bernardo (1991), a produção da força de trabalho conjuga três tipos de articulação: a) o local de produção, o meio social por meio do enquadramento urbano e das instituições públicas e privadas; b) a forma de produção, como por exemplo, os sistemas públicos de saúde

e educação; e c) o pagamento da força de trabalho, mediante salários ou remuneração em gêneros.

O segundo tipo de articulação de que trata Bernardo é o que estamos analisando. Tal como o setor público de educação, também o setor público de saúde são instalações e meios empregados pelo sistema na produção da força de trabalho. E, por isso, muitas vezes alvo de um maior controle e disciplinarização por parte daqueles que detêm o poder.

Autores como Santos (2001) e Silva (2000), em seus estudos sobre o trabalho no setor de saúde, evidenciam o desgaste emocional e físico dos trabalhadores públicos em decorrência da maneira como ele é organizado. Fundamentam suas análises nas relações complexas entre a fragmentação e divisão do trabalho, no protagonismo dos trabalhadores e nas repercussões dessas relações no processo de trabalho e salientam os conflitos surgidos quando os trabalhadores se confrontam com situações de trabalho fixadas, muitas vezes, alheias à sua vontade.

Gonçalves (1994), ao estudar a rede estadual de serviços de saúde na cidade de São Paulo, constata que os trabalhadores de saúde são contratados por normas, procedimentos que fazem com que eles percam sua capacidade de criar tecnologias que produzam sua intervenção peculiar, pois pode ser evidenciado que o estilo administrativo não privilegia a concepção coletiva do trabalho e que o controle pelos gestores sobre o processo de trabalho aí se estabelece.

Para Campos (1977), a produção das práticas de saúde têm especificidades muito próprias que lhes dão características um pouco distintas. Ele percebe que o que está em jogo é a necessidade dos indivíduos, e o enfrentamento das necessidades de saúde dos indivíduos pelos trabalhadores de saúde está vinculado a um recurso vital: a capacidade do trabalhador de protagonizar o seu modo de produzir as práticas de saúde.

Merhy (1997) corrobora aquilo que Campos (1977) postula. Afirma que o trabalho em saúde possui tecnologias próprias, reinventando o que já está dado pelas estruturas de comando, construindo formas de processos de trabalho autônomas, e não alienadas. Explica que o desenvolvimento tecnológico que tem como centro a gestão das organizações produtivas acompanhou o desenvolvimento do mundo da produção. Entretanto, para ele, essas questões não se apresentam de modo idêntico quando o processo produtivo é o das práticas de saúde, em função da permanente interseção do trabalhador e usuário. Faz então uma comparação entre a fábrica e a unidade de saúde: na fábrica, a lógica na linha de produção é seguida em termos de padrões e normas, que é a 'captura' do trabalho vivo. Em uma unidade de saúde, diferentemente da fábrica, não é possível capturar plenamente o trabalho vivo. Nos serviços de saúde, o trabalho vivo, produtor de bens finais, vê-se permanentemente invadindo as normas preestabelecidas pela gestão institucional.

Aqui, não se pode desconsiderar o trabalho vivo em conjunção com as formas hierárquicas e autoritárias da estrutura, que, de certa forma, podem restringir a autonomia dos processos de trabalho. Desse modo, o que se pode presenciar é uma interação do trabalho vivo com a estrutura, sem que o trabalho vivo se sobreponha a ela, inserindo-se na estrutura social vigente e acabando por reproduzi-la.

Pires (1988), ao empregar em sua análise a concepção histórico-cultural na área de saúde, faz uma crítica dos rumos que as práticas de saúde vêm seguindo desde as sociedades indígenas até a sociedade colonial e a sociedade capitalista. Avalia, entre outros aspectos, as repercussões que a sociedade capitalista trouxe para a organização do trabalho no setor de saúde. O reflexo verificado a partir do modelo de produção capitalista consiste, conforme a autora, na organização das instituições assistenciais nos moldes empresariais. “Surtem mais profissões no campo da saúde e o processo de trabalho em saúde se transforma, convivendo, no mesmo momento histórico, a divisão técnica e parcelar do trabalho” (Pires, 1988, p. 8).

Por fim, para consubstanciar a perspectiva de análise a que este estudo se propõe, foi considerado que a atividade de trabalho é de classe e se desenvolve em uma sociedade não homogênea e, portanto, o todo social é repartido em posições opostas. Marx (1985), Mészáros (2002) e Bernardo (1991) defendem que deve ser considerada uma parte da sociedade contra a outra, pressupondo a polarização social entre os que perdem o controle sobre o trabalho e os que dele se apoderam.

É possível então propor que a atividade de trabalho acarreta a contradição em seu processo, e que essa contradição preside a estrutura do modelo da divisão do trabalho, bem como a demarcação social entre dois pólos: trabalhadores e gestores.

Se pensarmos em termos de saúde no município de Joinville (SC), é possível trazer essa perspectiva de análise para o nosso caso particular: os desdobramentos da divisão do trabalho no setor público de saúde do município.

Na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Joinville, podem-se observar problemas na estrutura do modelo de trabalho em saúde, um deles, a divisão do trabalho no interior do setor. Os aspectos de organização do trabalho conferem aos gestores o controle dos mecanismos de decisão e permitem-lhes impor aos trabalhadores e coletividade os limites estritos para a tomada de decisão relativa à tecnologia e aos processos de trabalho. Os trabalhadores mostram as limitações do trabalho imposto pela gestão e, mesmo assim, é a gestão que estabelece as metas a serem atingidas, os tipos de serviços que serão oferecidos à coletividade e as formas e características que esses serviços devem assumir.

Os mecanismos de controle do trabalho em saúde aqui são identificados na forma de alguns princípios de funcionamento dos serviços empreendidos pelos gestores de saúde: a regulação, pelos gestores, do trabalho orientado primordialmente pela quantidade, em lugar da concepção do trabalho na qual a qualidade e a capacidade dos trabalhadores desempenham o papel decisivo; a instituição da oferta de serviços de saúde pela gestão em lugar do estabelecimento de serviços de acordo com as reais necessidades da população; a imposição do trabalho em saúde por meio de normas e rotinas em vez de sua regulação por intermédio do intercâmbio dos trabalhadores de saúde com a coletividade.

Metodologia

Com o propósito de dar visibilidade à problemática do estudo, utilizamos as seguintes técnicas de pesquisa: entrevistas semi-estruturadas e a observação direta do trabalho e adotamos como delineamento de investigação um estudo de caso, inspecionando o trabalho nas unidades básicas de saúde (UBS) do setor público de Joinville.

Em relação à escala de análise, apoiamo-nos em Pinto (2006), quando diz que se vem rompendo a idéia de que as particularidades dos objetos de estudo no âmbito local refletem e delimitam sua amplitude analítica, pois o que se verifica é que as particularidades de tais estudos são, ao contrário, indícios reveladores da complexa trama de escalas de eventos que sincronicamente ocorrem na realidade. Dessa forma, é possível tomar como premissa metodológica que as particularidades no âmbito do trabalho no setor de saúde em Joinville encontram-se inter-relacionadas em um contexto mais amplo, dado que a divisão do trabalho combinada à gerência científica são fatos históricos, abarcam a vida social e operam em escala mundial.

Com o propósito de explicitar algumas implicações na organização do trabalho do setor público de saúde, como as condições materiais nas quais ele se realiza, apoiamo-nos em Facchini (1993), quando afirma que a categoria de verificação e análise daquilo que se pretende estudar deve ser rigorosa. Deve levar em conta sua capacidade explicativa e adequação ao objeto de estudo. Dessas considerações, decorre o privilégio que se deu, neste estudo à categoria de análise, divisão do trabalho, pois, por meio dela, é possível reconhecer as repercussões que a organização do trabalho tem sobre as relações sociais e técnicas que configuram as atividades em saúde. Além disso, é também por meio dela que se estabelece o conflito entre gestores e trabalhadores, bem como o domínio de um sobre o outro.

Para a conceituação de dominação no trabalho, tomamos três aspectos descritos por Marx (1985): a sujeição dos trabalhadores à estrutura, o não-

reconhecimento de sua ação como processo prático de produção material e, finalmente, o fato de os trabalhadores não assumirem posição de poder ante os processos e a organização do trabalho.

Para a caracterização de gestores, adotamos o modelo de gestão proposto por Bernardo (1998). Este modelo é organizado dentro de um sistema integrado, e os dois elementos sociais – gestores e gerentes – são agentes que fazem parte de uma hierarquia gestorial, portanto, não se distinguem. Neste estudo, definem-se, como gestores e gerentes: secretário de saúde, secretário adjunto da saúde, chefias de divisão e coordenadores em geral.

Os sujeitos do estudo são gerentes, profissionais agentes, comunitários de saúde (ACS) e de saúde pública (ASP), auxiliares e/ou técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, clínicos e gerais comunitários das UBS do município de Joinville, escolhidos por estarem presentes em todas as unidades básicas.

Foram entrevistados 15 trabalhadores das UBS, três por categoria profissional e três gerentes. Essa amostra justifica-se por tratar-se de um estudo exploratório que tem como objetivo identificar e caracterizar a problemática, apontando aspectos que evidenciam a relevância do assunto.

A escolha dos trabalhadores que participaram do estudo deu-se em duas etapas: na primeira, escolhemos 19 UBS, do total de 47. O critério para definição das 19 unidades foi a presença de, no mínimo, dois trabalhadores por categoria profissional. Assim, duas unidades seriam suficientes para obtermos o número de trabalhadores necessários para o estudo. Na segunda etapa, escolhemos as duas unidades. A escolha consistiu em numerar as 19 unidades de saúde, dando a cada uma delas apenas um número e, por sorteio, selecionar os elementos a serem estudados. A amostra foi sem reposição, pois cada elemento só entrou uma vez para o sorteio.

Utilizamos, como primeiro procedimento metodológico, entrevistas semi-estruturadas. O critério de inclusão na pesquisa foi concordar em colaborar com o estudo na condição de informante.

A entrevista dirigida aos trabalhadores e gestores englobou questões específicas sobre os seguintes pontos: a) relatos sobre o dia-a-dia de trabalho; b) participação dos trabalhadores nas decisões sobre os modos de produzir as atividades em saúde; c) existência de critérios para definição dos serviços ofertados, entre outros. Com o objetivo de verificar a forma adequada de formulação, realizamos três pré-testes com trabalhadores.

A pesquisa desenrolou-se no próprio ambiente de trabalho e na área de adstrição da UBS. Apresentamo-nos e esclarecemos o tema da pesquisa, sua relevância social, seus critérios científicos, a forma como seriam divulgados os resultados e a garantia do anonimato dos informantes. Na seqüência, agendamos as entrevistas com os trabalhadores, individualmente.

A exposição verbal, na entrevista, de algumas atividades de trabalho executadas – como a visita domiciliar e a organização da demanda por serviços na unidade – denotou características de conflito, indicando uma análise mais aprofundada por meio da observação do trabalho. Essas atividades foram, então, definidas como eixos na observação direta, primeiro, porque apareceram com frequência quando da descrição da organização do trabalho pelos trabalhadores e, segundo, porque era necessário entender melhor os conflitos vividos e contidos nessas atividades. O conflito, aqui, é identificado quando os trabalhadores se opõem às formas de gestão do trabalho estabelecidas pela estrutura de comando e referem formas de gestão qualitativamente diferentes.

A observação do trabalho realizou-se pelo contato direto com o fenômeno examinado, a fim de obtermos informações sobre a realidade dos trabalhadores em seu contexto de trabalho e teve como objetivos: articular os relatos dos trabalhadores sobre a organização do trabalho e sua divisão à medida que surgiam nas vivências práticas, bem como descrever, de forma breve, as modalidades de ação da organização do trabalho e efeitos que poderiam estar indicando sobre a sua divisão e conseqüente dominação do trabalhador. Vale salientar que, nessa etapa do estudo, a investigação não se restringiu aos trabalhadores, mas, sobretudo, às formas como o trabalho acontece.

A abordagem do cotidiano de trabalho nas UBS por meio da observação direta incluiu as várias atividades de trabalho executadas, pelos trabalhadores, internamente na UBS, e o acompanhamento de visitas domiciliares juntamente com os ACS.

Para a análise das entrevistas e observação do trabalho, procuramos assumir uma posição de crítica às formas de organização do trabalho em saúde e identificamos como primeiros elementos de análise a sua divisão na organização e produção.

Resultados e discussões

No modelo de saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, constatamos, por meio dos relatos e das práticas em saúde, que os gestores controlam a organização do trabalho em saúde utilizando mecanismos que afetam profundamente o intercâmbio entre os trabalhadores e a coletividade, fazendo com que as necessidades cada vez mais complexas e mutáveis das pessoas deixem de ser plenamente atendidas.

Os mecanismos de controle empreendidos pelos gestores no município apresentam-se de três formas: a primeira, o caráter fragmentar da organização do trabalho no setor; a segunda, o domínio do conflito pela gestão; a terceira, o controle dos trabalhadores por meio das metas de produção.

O primeiro mecanismo de controle, que diz respeito ao 'caráter fragmentar do trabalho', resulta dos relacionamentos de trabalho e das comunicações que acontecem na forma indireta. Ou seja, as relações que se estabelecem entre os trabalhadores da instituição são subordinadas aos níveis hierárquicos, cabendo aos gestores a mediação e a integração do trabalho por meio da burocracia institucionalizada.

Para tornarmos mais clara a lógica da gestão, transcrevemos a seguir a resposta dada pela gerente, que nos faz deduzir, pelo raciocínio, que o princípio do controle vertical e a divisão e fragmentação do trabalho acompanham a proposição diretora da gerência da unidade. Quando perguntada se os profissionais de saúde poderiam decidir sobre os tipos de serviços que seriam oferecidos à população, ela relata com clareza:

"(...) Sim. Por exemplo, a questão do uso da fluoxetina. Veio um protocolo da SMS, eles não têm o que discutir. Alguns serviços eles podem definir, como eles vão fazer, mas o que fazer, não. Agora como vai ser o grupo, que horário, que dia, ou como vai ser a lista de presença, eles podem decidir. As coisas pequenininhas a gente define com eles" (Gerente unidade I).

Este é um dos esquemas que têm garantido a divisão e a fragmentação do trabalho em virtude da determinação da estrutura que subordina os trabalhadores ao controle efetivo dos gerentes. O relacionamento hierárquico acaba por sustentar os indivíduos que exercem a função de gerentes e impede a participação dos trabalhadores nas decisões sobre suas atividades de trabalho.

O relato de um trabalhador e duas vivências práticas observadas ilustram aquilo que chamamos de caráter fragmentar do trabalho em saúde. Passamos a citar o relato do ACS: "Tem que tá tudo sincronizado (...). Mas eu não quero dizer que eu tenha que fazer tudo (...). Você tem que ter o começo, o meio e o fim. Pra poder fazer com que a coisa possa fluir (...). Se eles não tiverem junto com o meu trabalho, a coisa não vai fluir".

Essa lógica explica o que, na prática, orienta os sistemas de gestão e os vários setores. Constatamos que o modelo de intervenção prestado acontece por meio de várias operações segundo um esquema seqüencial, restringindo cada trabalhador a uma dada tarefa. Cada trabalhador aplica os meios adequados para o atendimento de uma etapa do plano de tratamento, por tal forma que um bloqueio num dado processo particular pode resultar em bloqueios no âmbito mais geral.

Na análise de Mészáros (2002), o que fragmenta e divide o trabalho não é a especialização em si, mas a rigidez e o desumanizante confinamento das funções dos trabalhadores em tarefas de execução inquestionável. Para ele, o trabalho não poderá ser dividido infinitamente por meio de tarefas entre

os trabalhadores e não poderá estar subordinado a parâmetros, normas e fluxos preestabelecidos, como forma de garantir que os trabalhadores tenham conhecimento sobre a totalidade do processo de trabalho.

Quanto às vivências práticas, a primeira se enquadra em um modelo de atenção à saúde em que cada atividade depende social e tecnicamente de muitas outras, como segue.

Situação 1 – Um determinado usuário A, agendado para o clínico geral, é recebido pelo ASP, que abre seu cadastro e o encaminha para a sala de triagem, onde o auxiliar de enfermagem irá verificar seus sinais vitais. Esse auxiliar responsável por realizar a triagem é encontrado em diferentes salas, realizando variadas intervenções, como vacina, orientações a pacientes que se encontram na unidade etc., estando, no momento em que chega nosso usuário para a triagem, ausente da sala. O que se observa é um expressivo número de pacientes e a dificuldade dos profissionais em atendê-los. Em virtude desse número, nessa etapa do processo de trabalho, o usuário A permanece ao lado da sala de triagem, aguardando para ser chamado. Não tarda, aparece o clínico geral aborrecido, reclamando com a auxiliar que está sem ficha de paciente em sua mesa e que teve de parar o atendimento. Essa reclamação faz com que imediatamente a auxiliar responda, de forma brusca: “eu estou fazendo o que posso”. Segue-se um período de recriminações do pro-fissional médico à auxiliar de enfermagem, que atribui a culpa à demora na recepção.

A segunda situação é igualmente reveladora e enquadra-se em um modelo que procura tratar os próprios trabalhadores entre si de forma impessoal e hierarquizada, sendo esse modelo também evidenciado na primeira situação.

Situação 2 – No dia 2 de agosto chega à unidade de saúde, às 9h37min, um usuário solicitando consulta com o médico clínico. Nesse horário, as 12 fichas de atendimento, mais as duas fichas de emergência que compõem o atendimento diário, já haviam sido distribuídas. O caso é discutido entre os trabalhadores da recepção, confirmando-se a necessidade de atendimento. Segundo esses trabalhadores, não se tratava de um caso de urgência ou emergência. Mesmo assim, decidem encaminhar o usuário para o pronto-socorro do hospital mais próximo, alegando a dificuldade de acesso que eles próprios tinham ao clínico geral daquele horário.

Essas situações sublinham o que queremos demonstrar: o trabalho em saúde é fragmentar. Em primeiro lugar, porque o resultado da atividade em saúde decorre de um processo que só funciona quando se levam em conta os processos seguintes, de modo que o trabalho em saúde é um contínuo e coletivo. Em segundo lugar, desse conjunto de fatores resulta que o caráter social da prática abarca todos os trabalhadores de saúde, embora fragmentada internamente.

É certo, portanto, dizer que no trabalho nas UBS de Joinville, na forma como hoje ele se organiza, a produção de serviço acontece por meio da seqüência de trabalhadores individualizados. Porém, mais que isso, constatamos – na articulação prática entre os indivíduos ao responsabilizarem uns aos outros e submeterem à pressão o companheiro de trabalho, nesse caso, o médico submetendo a auxiliar de enfermagem – a ocorrência das questões de representação de classe e dominação entre os trabalhadores.

A atitude do profissional médico expressa que ele ignora o fato de o trabalho não acontecer de forma isolada e de que as categorias profissionais não devem estar estruturalmente subordinadas umas às outras. Aqui, podemos voltar-nos para um problema que diz respeito à instituição de uma relação desigual entre os trabalhadores de saúde, baseada no não-reconhecimento das dependências e necessárias inter-relações no trabalho e naquilo que Pires (1988) destaca como um dos aspectos do trabalho em saúde: a hierarquia dos profissionais na organização do trabalho. Essas relações desiguais e os traços hierárquicos aparecem na expressão de um ACS: “o médico geralmente é o médico, ele tem o diploma, então ele pode tudo (...) ele foi contratado pra consultar 14. Mais que isso ele não faz, e a gente tem que ficar quietinho. (...) é bem difícil sabe”.

Essa manifestação corrobora aquilo que Garcia (1989) interpreta e postula: no setor de saúde, os aspectos da hierarquia e das relações desiguais refletem-se entre os trabalhadores quando da organização do trabalho em saúde.

O segundo mecanismo de controle sob exame – ‘o domínio dos conflitos no trabalho pelos gestores’ – visa à manutenção ou ampliação do controle sobre a organização e os processos de trabalho. Ocorre que, durante o processo material, por iniciativa própria alguns trabalhadores de saúde tendem a desenvolver seu trabalho segundo formas por eles decididas, evidenciando a questão da ruptura com a forma de organização do trabalho em saúde estabelecida pela gestão. Ao tomarem essa atitude, afirmam o desejo de decidir e manifestam uma tendência ao controle de seus processos de trabalho. Neste caso, o processo de trabalho em si gera o conflito, cabendo ao gestor a responsabilidade por domar ou dominar esse conflito. Segue a descrição de um fato observado em que esses aspectos aparecem.

Participamos, juntamente com as ACS, de uma reunião para discutir o andamento dos trabalhos daquele mês, mais especificamente o preenchimento de relatórios de visitas e o alcance de metas. Na ocasião, por sugestão de uma das ACS, foi decidido que iriam fazer uma palestra sobre verminose no Lar Abdon Batista, que cuida de crianças abandonadas. A palestra tinha por fim, segundo as próprias ACS, realizar atividades diferentes das que vinham até então desenvolvendo. No decorrer da discussão, uma das ACS referiu que o lar não estava na área de abrangência da unidade e que não estava no contrato delas esse tipo de atividade.

Após vários minutos de conversa, resolveram realizar a palestra, apesar dos possíveis impeditivos. Duas ACS ficaram responsáveis pelo contato com o Lar e três pelo preparo do material. As que ficaram responsáveis por agendar o evento contataram o Lar Abdon Batista e marcaram a palestra para dali a dois meses.

Quando retornamos à unidade, na semana seguinte, para mais um dia de observação, tomamos conhecimento, pelas ACS, de que a atividade prevista no Lar tinha sido cancelada pela coordenação da SMS, sob alegação de que qualquer atividade que envolvesse outras instituições deveria ter sua prévia autorização, e, mais, que o Lar não pertencia à área adstrita da unidade.

Nesse ponto, é necessário analisar atentamente a atitude das ACS. A bem da verdade, nesse caso específico, elas estabeleceram um outro tipo de relação com a hierarquia e também um relacionamento distinto entre si. Essa forma coletiva de desrespeito às normas indicadas pela gestão remodelou, naquele momento, o comportamento das ACS, na medida em que suspenderam as normas estabelecidas e iniciaram em seu próprio nível um novo relacionamento, sem se submeterem à aprovação da gerência. Essas ACS negaram a hierarquia e constituíram maneiras informais de organização e processos de trabalho. Nesse caso, a maneira informal de organização do trabalho sabotava a hierarquia, já que era do conhecimento delas que o Lar Abdon Bastista se situava em outra área de adstrição e que não fazia parte de suas competências realizar esse tipo de atividade.

Contudo, mal tinham sido esboçadas as tentativas de romper com a hierarquia e com as normas da instituição, e as ACS tiveram de defrontar-se com a gerência, que obedece a critérios de organização opostos, decorrentes das relações de dominação.

Quando, porém, ao adotarem formas individuais de violação à organização, acabam por reproduzir a fragmentação em que se encontram, reforçam então as bases disciplinares da gestão. O caráter individual está explícito na situação de conflito vivenciada em uma das unidades observadas. A atitude dos trabalhadores dessa unidade não resulta de uma deliberação conjunta, daí o seu caráter individual e fragmentar.

Essa situação, segundo informe verbal de alguns trabalhadores, vem sendo vivida ao longo de dois anos. Trata-se da insatisfação unânime dos trabalhadores, ao serem coordenados por uma gerente que, segundo eles, gerencia de maneira autoritária e incoerente. Quando a enfermeira se refere à gerência local, diz:

“E entrou na coordenação, queria mostrar serviço pra Secretaria, fez relatório até da minha respiração. (...) Ela é extremamente desumana, ela trata todo mundo como fosse um caminhão de macaco, um caminhão de cavalo (...) a maioria das vezes entra naquela porta dos fundos já com uma carranca. Se ela chega e vê alguém

naquela cozinha, ela pára, dá uma encarada como quem diz, o que vocês tão fazendo aqui? Ela é totalmente contra a cozinha, sabe aquele banquinho preto da cozinha? Ela queria tirar o banquinho, para as pessoas comerem em pé segurando o prato, porque tem pessoas que almoçam aqui, trazem marmita. Ela queria tirar pra ninguém sentar. É uma loucura” (Enfermeira).

Na continuação, apresentamos fragmentos de outra entrevista com a médica da unidade, que dá a entender a intransigência da gerente, como a seguir: “Não tem diálogo. Aqui é um problema geral de insatisfação, principalmente dos médicos com a coordenação. Para ela, preto é preto, branco é branco e cinza não existe”.

Toda essa insatisfação resultou em uma carta aberta escrita por uma médica e encaminhada ao Conselho Local e ao secretário adjunto de saúde. Nessa carta, a profissional encarrega-se de enunciar alguns aspectos que visivelmente a incomodavam.

Observamos, então, que as relações de dominação e subordinação verificam-se nas relações entre os próprios trabalhadores de saúde e entre os trabalhadores de saúde e a gestão, bem como as representações na fala dos trabalhadores sobre a gestão enfatizam os seguintes aspectos:

medo

"se passa a chefe escuta aquilo já fica ruim para a gente"

a convicção da violência própria do gestor

"ela é extremamente desumana"

frustração

"irá comigo a frustração"

inflexibilidade do gestor

"cinza não existe"

fragmentação das relações

"os médicos brigaram todos"

"você não pode ter um diálogo aberto com o médico"

Em resposta à carta aberta da profissional médica, motivada pela insatisfação com a gerência, e diante da ameaça de descontrole, os gerentes (coordenação da unidade e chefia de divisão) da SMS reagiram, instalando na unidade um processo de ouvidoria, em que se autodesignam ‘juízes’: os profissionais da unidade, por determinação dos ouvidores, são ouvidos em reunião, sendo separados por categorias, o que de certa forma os tornava mais vulneráveis às pressões impostas pelos gestores. Nesse caso, não é preciso dizer que estamos diante das formas tradicionais de repressão e não

diante de uma solução. O constrangimento e o medo dos auxiliares de enfermagem e dos ASP foram claramente explicitados na unidade, como: “Eu não vou falar nada” ou ainda “Não vou falar a verdade”. E essas declarações estão longe de esgotar tudo aquilo que se pôde ouvir dos trabalhadores na ocasião.

Essa situação ilustra muito bem o dilema e os limites da atual gestão da SMS em satisfazer a necessidade das mudanças nas relações sociais exigidas pelos profissionais de saúde.

Cabe também aqui assinalar a violência e a agressividade com que os problemas dessa ordem são solucionados, ou melhor, adiados, dado que esse tipo de solução não pode se dar indefinidamente.

No que se refere às razões que possibilitaram esse tipo de atitude por parte dos gestores, na nossa compreensão deve-se a um fator inicial de maior importância e que consiste na capacidade, ou não, dos trabalhadores de saúde de ampliarem e aprofundarem as relações de solidariedade entre eles, não podendo esses confrontos operar de forma individual.

Apesar de o fato relatado apontar para uma solução mascarada do conflito, o que vem ocorrendo nesta UBS, nesse caso específico, é que a gerência vem assimilando esse confronto, por ter percebido que ele é comandado pela categoria médica, sem que se tenha estendido, pelo menos de maneira explícita, a outras categorias profissionais.

O que nos parece, a partir do ocorrido na UBS de Joinville, é que ora os trabalhadores de saúde se integram às formas hierárquicas e fragmentárias do trabalho, ora contestam essas formas e advogam a autonomia e o poder de decisão. Essa contradição surge no relato de uma ASP que, quando perguntamos se ela podia influenciar na forma de fazer o seu trabalho, respondeu, em um primeiro momento: “existe uma rotina da Secretaria que a gente procura seguir, mas a coordenadora da gente sempre nos diz, faça da forma que achar melhor e aí eu faço isso”.

Já no momento seguinte, relata: “a impressão que dá é que quando a gente quer mudar, eles colocam as coisas de uma forma tão difícil que parece que vem meio de cima pra baixo e aí obedece quem tem juízo (risos)”.

Com respeito à questão da unidade dos trabalhadores de saúde nos conflitos, a tendência observada foi distinta nos dois casos relatados. No primeiro caso, que trata do desafio à hierarquia, existiu uma articulação prática entre os ACS, que mobilizou positivamente esses trabalhadores. Entretanto, foi superposta, a essa articulação, a estrutura hierárquica. No caso do antagonismo ao autoritarismo da gerência, apesar do conteúdo do conflito ser coletivo, pela insatisfação geral dos trabalhadores, parece-nos que a insatisfação não foi suficiente para que houvesse uma unificação social entre os trabalhadores de saúde, dado que sua organização se deu de forma individual. Por essa razão, citamos aquilo que Bernardo (1991) afirma: é necessá-

rio que não apenas o conteúdo programático da luta seja recuperado, mas também suas formas organizativas.

Por último, o terceiro mecanismo – ‘controle por metas de produção’ – resulta da contraposição entre as atividades dos trabalhadores e a divisão do trabalho que é predeterminada pelos gestores por meio da imposição quantitativa dos serviços que serão oferecidos à coletividade. Tanto é que, nas condições atuais, as necessidades por serviços de saúde são prioritariamente expressas pela gestão do setor, por medida *per capita*. Por exemplo: número de consultas da gestante no pré-natal, número de consultas realizadas pelo hipertenso, número de visitas domiciliares, entre outros.

Por uma variedade de razões, essa tendência pode causar problemas. Primeiro, porque essa associação é operada muitas vezes com base na imposição de alcance da meta, além da capacidade dos trabalhadores. Segundo, porque os trabalhadores operando no limite de suas capacidades, podem comprometer a qualidade no atendimento e negar, conseqüentemente, a necessidade do usuário. Terceiro, porque à medida que a oferta por serviços é ampliada, novas necessidades dos usuários podem surgir, exigindo dos trabalhadores de saúde uma grande variedade de intervenções e sobrecarregando-os ainda mais.

Ao perguntarmos para os trabalhadores de saúde se eles tinham um número determinado de atendimentos que deveriam cumprir, eles resumiram o significado da ênfase dada pela gestão ao quantitativo da seguinte maneira:

“(...) a produção que eu digito é do médico e do enfermeiro. Eu tenho que cumprir a digitação da produção, porque se eu não digito a produção eles deixam de cumprir os números que eles têm que apresentar para a Secretaria” (ASP).

“Não, a gente não tem metas a cumprir (...). Precisa apresentar a produção. É tudo anotado num protocolo que é digitado aqui primeiro, e esses dados vão pro nível central. Então, lá eles sabem o que o enfermeiro fez no mês. Quantos pré-natais, atendeu tantos hipertensos (...). Isso é controlado pela Secretaria” (Enfermeiro).

Evidentemente, esses mesmos trabalhadores indicaram o conteúdo empobrecido de suas atividades:

“Para a coordenadora, a quantidade decide tudo” (Enfermeiro).

(...) “Nossa!!! O ano passado era uma pressão (...) você tem que cadastrar tantas famílias. E a gente cadastra e cadastra. Deu vontade de pegar aqueles cadastros botar em cima da mesa e tacar fogo (...) (ACS).

O que até aqui se revela é que a quantidade se impõe ao trabalho como uma norma. E ao analisarmos a expressão do enfermeiro “a quantidade decide tudo”, percebemos a adoção quantitativa do trabalho como um mecanismo que nivela as intervenções em saúde e uma importante correlação que a gestão faz entre a quantidade e a necessidade de saúde do usuário.

Vejamus como a gestão institui esse controle sobre o trabalho pelo estabelecimento de metas, mesmo que cada trabalhador de saúde tenha, em determinadas situações, a liberdade de cumpri-las da maneira que julgar mais adequada.

O caráter quantitativo expresso no cotidiano de trabalho dos ACS

Os trabalhadores C e D, como os chamaremos aqui, são agentes comunitários de saúde que manifestam inquietação e angústia com o trabalho. Ao serem entrevistados, enfatizam o trabalho imposto e afirmam que o máximo que podem fazer é tentar ordenar o uso de seus tempos disponíveis. Conforme C:

“No meu trabalho, eu decido o que eu vou fazer. Defino quantas visitas eu vou fazer. Se não der naquele dia, procuro fazer no outro dia. A única coisa que a gente tem que cumprir é o número de famílias e que às vezes não é fácil (...). Tanto é que trabalho à noite, depois do horário. Tenho que trabalhar três finais de semana para conseguir atingir o número de famílias”.

Este ‘autocontrole’ do tempo descrito pelo trabalhador C tem causado uma grande ansiedade, em razão do receio do não cumprimento das metas. Na realidade, a dimensão quantitativa e o controle da gerência acontecem por meio da sinalização que indica a quantidade de famílias a serem visitadas.

Já no caso da expressão “eu decido o que eu vou fazer”, é possível pensar em uma autonomia relativa. O problema nesse raciocínio é que cria a ilusão de que o trabalho na forma como ele acontece não precisa de nenhuma mudança fundamental. A mudança deve ser pensada como alteração e melhoria limitada do que já está determinado, deve ser produzida pela inovação na forma, mas não na sua essência. Para Mészáros (2002), ocorre a re-lativização das restrições absolutas, dada a inobservância das relações realmente existentes. Segundo ele, permite-se que os trabalhadores avancem na sua forma de desenvolver o trabalho até o ponto que deixe de ser devidamente controlável pela dimensão hierárquica, ou seja, os processos de trabalho podem avançar enquanto não se tornarem disfuncionais ao sistema.

No descontentamento contra as intermináveis cobranças, D manifesta-se de maneira semelhante quanto à administração de seu tempo:

“Eu tenho atividades com grupos de idosos. Eu montei, ali na capela Santa Clara, a gente se reúne com idosos de mais de 60 anos (...) conto histórias, tenho dois livros de história. Essa atividade eu faço fora do meu horário de trabalho, só que eu me programo, eu faço meu horário pra que aquelas horinhas que eu passo com eles, que são duas horas, não me prejudiquem”.

O estabelecimento pelo agente D de seu horário para cumprimento das metas parece dar a ele um controle maior sobre seu trabalho. Há quem chame isso de autonomia ou até liberdade. Certamente é uma afirmação falsa em termos de demonstrar o que Bernardo (1998) afirma sobre a necessidade crescente do controle da gestão e sobre a sofisticação dos métodos idealizados por ela.

Constatamos que o poder hierárquico permanece firmemente no lugar, no tipo de trabalho dos ACS. Essa decantada autonomia parece-nos, à primeira vista, ilusória. Primeiro, porque as metas estabelecidas não são fáceis de se alcançar, sendo os ACS pressionados a realizar seu trabalho, muitas vezes, nos finais de semana e à noite. Segundo, porque as ordens que vêm do alto das hierarquias permanecem impelindo os ACS a realizar o trabalho conforme um padrão, ficando aberto apenas o ‘como’ utilizar o tempo.

A essa altura, os processos de trabalho assim desenvolvidos pelos ACS permanecem com a organização do tempo controlado pela gestão, bem como o produto de seu trabalho subordinado e orientado pela quantidade (metas).

Examinando mais de perto esse problema, acompanhamos os agentes C e D em visitas domiciliares. Os dois ACS têm de distribuir seu tempo com o propósito de alcançar a meta ou satisfazer as várias demandas de suas atividades.

Voltamos às unidades pesquisadas após algum tempo, com o propósito de conhecer algumas características do trabalho dos ACS. A partir desse conhecimento, podemos traçar alguns elementos bem definidos entre o trabalho dos agentes C e D. Por exemplo, C deve visitar 152 famílias no mês, ao passo que D deve visitar 161 famílias. Em um primeiro momento, essa diferença do número de famílias não parece digna de nota; contudo, na medida em que tivemos noção sobre as famílias, constatamos que as áreas possuem famílias com riscos diferenciados. Muitas das famílias de C estão localizadas em área que a unidade identifica como área de risco. Já na área de D, grande parte das famílias não tem essa característica. Além disso, a distância em que se encontram as famílias de C e D exige diferentes tempos para deslocamento dos ACS, ou seja, as famílias de C estão localizadas a 7 km de distância; já as famílias de D localizam-se nas proximidades da unidade.

A primeira questão que colocamos e que se pode observar do trabalho dos dois ACS pode ser assim colocada: mesmo possuindo funções prescritas idênticas, o trabalho de C e D é diferente não só quantitativamente, mas também qualitati-

vamente, o que demonstra o equívoco da medida quantitativa definida por meio de metas, dado a ausência de identidade na qualidade entre o trabalho de ambos.

Tal constatação está completamente de acordo com a crítica de Bernardo (2004) de que o sistema é totalizante, não se restringe ao âmbito das empresas e tende a abarcar a globalidade da vida social, bem como a análise de Marx (1985) sobre a divisão e o predomínio da quantidade sobre o trabalho. Para este pensador, se a mera quantidade de trabalho funciona independente da qualidade, pode-se pressupor que o trabalho tenha sido igualado pela extrema divisão do trabalho. Significa dizer então que a divisão do trabalho que Marx situou, quando da análise das formas iniciais do capitalismo, é agora elaborada direta e imediatamente no setor de saúde como um serviço entre muitos outros. O processo de produção deixou de ser apenas aquilo que se realiza dentro das fábricas, passou a acontecer também nas unidades de saúde, onde o trabalhador e o usuário, respectivamente, são orientados para oferecer e desejar usar um determinado serviço.

É interessante observar ainda que, ao prevalecer o caráter quantitativo no atendimento, praticamente se extinguem as diferentes formas com que os trabalhadores de saúde realizam suas atividades, pois os gestores partem do pressuposto de que o trabalho acontece de forma homogênea e de que as necessidades e as intervenções peculiares de cada trabalhador não devem ser consideradas. Ou seja, nas condições em que prevalece a divisão do trabalho, a quantidade de trabalho, reduz ao mínimo o tempo de trabalho socialmente necessário ao ACS para o atendimento das necessidades dos usuários. Conforme o agente C:

“Tem vezes que a gente não consegue fazer as 152 famílias. Na minha área tem muita pobreza, às vezes tu é obrigado a ir duas, três vezes na mesma casa, por causa de problemas. (...). Só que é como eu te falei, às vezes não é possível tu ir em todas as famílias, primeiro porque não é aqui do ladinho do posto e segundo, pelos problemas”.

A declaração da ACS “Na minha área tem muita pobreza” está intimamente relacionada com a necessidade e, por conseguinte, com a qualidade, na medida em que ela terá de interferir nos riscos a que estão submetidos os usuários de sua área e responder aos problemas por eles trazidos.

Já no caso do agente D, podemos perceber que esse trabalhador está convencido de que pode encaminhar os problemas junto com os usuários de uma maneira muito melhor. Acabamos compreendendo o que D queria dizer quando fala: “quando distribuo bem meu tempo, consigo trabalhar de uma forma que satisfaz os usuários. Dá pra programar com eles: leitura de histórias, encontros da terceira idade, caminhadas. Enfim, resolvermos juntos os problemas”.

Nas situações anteriores, fica claro que os ACS, em suas atividades, se deparam com vários tipos de necessidades e que as atividades de ambos são diferentes. Como resultado dessa constatação, podemos formular a seguinte pergunta: o que pressupõe uma igualdade quantitativa entre as coisas? A resposta poderia ser: a identidade de suas qualidades. Mas a pergunta a ser respondida é: como estabelecer uma interconexão dialética entre a dimensão quantitativa e qualitativa sem o domínio de uma instância sobre a outra?

No que diz respeito a uma segunda questão, podemos dizer que, ao serem desconsideradas as intervenções próprias de cada trabalhador, dissipa-se a sua autonomia e o controle que ele tem sobre seu trabalho e transfere-se para o gestor, instituindo-se, então, outra forma de dominação no trabalho. Para exemplificar esta situação, é necessário que citemos um trecho da entrevista do agente C:

“Por exemplo, com relação ao número de famílias por mês. (...) foi padronizado, vai ser dessa forma. (...) a gente teve uma reunião e expôs como gostaríamos que fosse. Só que eles acharam que não era viável. Falamos que as áreas eram diferentes. Aí foi determinado pela Secretaria o número de famílias por ACS e nós teríamos que seguir aquilo”.

Isso se aplica também ao trabalho médico, pois é possível identificar o caráter problemático do predomínio do quantitativo sobre o qualitativo no contexto de trabalho desse profissional.

Do profissional médico

Para apreciar esse predomínio, é necessário analisar as observações feitas pelas profissionais médicas, que trazem em seus relatos sinais que caracterizam a ausência da adoção da medida qualitativa como capaz de fixar os limites para uma atenção integral em saúde.

“Consulta de demanda a gente calcula 12, de 15 em 15 minutos, mas nunca é isso, você olha na planilha tem 20, tem 18. É difícil, porque você pensa, será que eu não esqueci alguma coisa? Será que eu fiz certo? Dá uma insatisfação, uma insegurança muito grande. Por exemplo, você vem com dor no ombro, eu não quero nem saber como está o seu coração, só vou ver seu ombro. Dependendo, pode ser uma paciente cardíaca. A gente se sente como se não fizesse as coisas direito”
(Médica B).

“Temos que atender todos. Mas como nós vamos abranger ele como um todo?”
(Médica C).

Diante das declarações “A gente se sente como se não fizesse as coisas direito” e “Como nós vamos abranger ele como um todo?”, observamos o conflito e o estado contínuo de vulnerabilidade dos profissionais, bem como a preocupação reforçada pela ambigüidade entre quantidade e qualidade.

Somos também conduzidos a pensar que a aflição desses médicos por executar ‘mal’ o trabalho, por um possível erro, ou por ‘negligenciarem’ informações que podem ser importantes, assume proporções significativas em seus trabalhos.

Isso nos leva a concluir que a gestão afirma sua rígida determinação quantitativa, sem considerar suas conseqüências. Nesse caso, elas podem assumir três formas: em uma, a situação de risco ou a necessidade do usuário pode não ser identificada pelos trabalhadores de saúde; na outra, há uma redução do trabalho qualitativamente específico e integral a um trabalho empobrecido, em que se afirma a dominação do quantitativo sobre o qualitativo; por último, o sofrimento que ocorre quando os trabalhadores colocam para si a responsabilidade sobre as pessoas e são afastados dessa possibilidade em virtude das pressões da estrutura que organiza a atividade desses trabalhadores, em que o critério quantitativo é favorecido.

Outro aspecto em que podemos ver o caráter problemático da regulamentação do trabalho em saúde orientado pela quantidade resulta da contraposição entre a organização do trabalho conscientemente planejado pelos trabalhadores, e o controle que os gestores impõem ao trabalho por meio da predeterminação quantitativa do trabalho em saúde.

A dimensão quantitativa, ao ser imposta aos trabalhadores de saúde, tem impossibilitado que eles determinem, por si próprios, a forma de alocar o seu tempo para a satisfação de suas necessidades de trabalho. Além disso, tem impedido que a regulação das necessidades de saúde dos indivíduos aconteça por intermédio do intercâmbio dos trabalhadores de saúde com a coletividade. Isso nos faz considerar que a prática social crítica é desconsiderada quando da elaboração dos serviços de saúde, e demonstra a substância ideológica desse tipo de abordagem, quando a gestão dita os instrumentos técnicos e sociais que serão adotados quando da realização material do trabalho em saúde, e afirma que as necessidades das pessoas são de um tipo totalmente previsível.

A resistência dos trabalhadores à dominação

A decisão de apresentar, nesta parte do estudo, os conflitos sociais que se estabelecem entre trabalhadores e gestores na produção do trabalho em saúde resulta da impossibilidade de ignorar as realidades conflitivas na organização do trabalho pelos trabalhadores com a lógica da gestão na organização desse trabalho.

Na vivência concreta dos trabalhadores de saúde e em seus relatos, identificamos algumas situações em que a solidariedade entre eles sugere uma forma de resistência à organização do trabalho nas unidades.

Em uma primeira situação, os ACS, ao se depararem com o trabalho organizado por metas e com a dificuldade em atingi-las, estabelecem entre si um sistema de solidariedade. Criam, pela mobilização coletiva, novas formas para a operacionalização de suas atividades, contrárias àquelas impostas pela gestão. Segundo um ACS, “uma vez por semana a gente se reúne para a produção da semana. Então naquela entrega de produção a gente discute sobre as dificuldades que alguém tá tendo. De não cumprir as metas. Então, um ajuda o outro pra ver se a gente consegue atingir as metas”.

Contudo, em um segundo estágio de interpretação, a situação anterior sugere que essa mobilização coletiva, ao resultar no cumprimento das metas, se mantém no quadro disciplinar da instituição. Aqui, é notória a dualidade na intervenção dos trabalhadores que, por um lado, se solidarizam e, por outro, reordenam o trabalho como forma de legitimar aquilo que a gestão lhes impõe.

Observamos também, no discurso dos trabalhadores de saúde, que é do contato com atividades que os desagradam que vem à tona o comportamento solidário e faz com que eles arrisquem o conflito aberto com a gestão. O primeiro caso acontece quando os ACS questionam de forma contundente o tratamento dado pelos gestores para com os cadastros das famílias que haviam até então sido realizados por eles. Esse fato fez com que os ACS solicitassem explicações e a presença dos gestores na unidade, alegando a inutilidade do trabalho que vinham realizando.

“Desde que eu estou aqui, se te falar que eu já fiz censo cinco vezes das mesmas pessoas das mesmas famílias, você não acredita, eu não agüento mais! Manda pra Secretaria e eles não atualizam, aí as informações caducam. Aí muda a ficha, cadastra, cadastra. (...) vai pra Secretaria, eles não atualizam, volta pra gente (...) toda vez é um dado que muda (...). É um trabalho jogado fora” (ACS).

Parece-nos possível concluir que os próprios ACS denunciam a desatenção que a gestão tem para com seu trabalho. A insatisfação resultante da consciência dos ACS sobre a desqualificação, a inutilidade e o valor de seu trabalho pode ser resumida quando da manifestação de indignação desses trabalhadores ante a gestão.

Vejam agora outra situação em que a solidariedade sugere, também, uma forma de resistência. Trata-se do caso de uma trabalhadora que vinha sofrendo assédio moral por parte de chefia imediata. O que ocorria é que a funcionária, durante dois anos, estava sendo penalizada porque, segundo a chefia, não se enquadrava e não atendia às necessidades da unidade de

saúde. Os trabalhadores da unidade, conscientes da situação em que se encontrava a colega de trabalho, reagiram e decidiram em conjunto fazer um abaixo-assinado em sua defesa:

“Os funcionários do posto fizeram um abaixo-assinado com relação a minha pessoa. Daí, depois disso eu fui chamada pela chefia, não consegui definir ainda qual das duas é pior, se a chefia de divisão ou a coordenação. Disseram que eu era responsável pelo abaixo-assinado e levei uma advertência” (Enfermeira).

Ironicamente, nesse caso, as ligações entre os trabalhadores se fortaleceram. O conflito, que até então era individual, passou a ser assumido pelo coletivo, e a substância da relação entre os trabalhadores deu-se de forma solidária como numa espécie de autoproteção. Colocando as coisas em outros termos, o que descrevemos deixa transparecer a lealdade partilhada entre os trabalhadores e a resistência ao exercício da violência e da dominação, explícitos nos modos de gestão do trabalho.

Do mesmo modo, quando determinados comportamentos individuais que fazem frente às normas impostas pela gestão conseguem remodelar o comportamento de trabalho das pessoas, passam a ser uma forma coletiva de resistência. O singular comportamento da auxiliar de enfermagem pode aqui ser assinalado.

Conta-nos a auxiliar de enfermagem A que há alguns meses foi desviada da função, por determinação da chefia, e passou a entregar medicamentos na farmácia. Como desconhecia alguns medicamentos, acabou realizando um curso sobre os medicamentos. Conta-nos ainda que se negou terminantemente a entregar os medicamentos, alegando que um ‘cursinho’ que havia feito não a tornava apta a trabalhar na farmácia. Disse-nos: “quando fiz o cursinho e vi a grandiosidade que era trabalhar com medicamentos, me neguei a ir para a farmácia e pronto”.

E esse é um exemplo daquilo que Merhy (1997) chama de autogoverno: a deliberação consciente da habilidade exigida para uma determinada atividade de trabalho. Tal atitude individual, de confronto à execução de uma tarefa da qual a trabalhadora assumiu consciência de sua incapacidade, gerou um confronto coletivo quando as demais trabalhadoras negaram-se a assumir a farmácia e entregar os medicamentos. O trabalhador percebe a contradição e se rebela num ato consciente, apropriando-se da responsabilidade da sua ação e humanizando a sua função. Aqui surge aquilo que Campos (1977a) discute: a capacidade de o trabalhador protagonizar o seu modo de produzir as práticas de saúde.

Na seqüência, outra maneira em que o conflito aberto pode ser destacado. Trata-se da negativa da médica da unidade em preencher os mapas de produção. Tais mapas devem ser diariamente preenchidos pelos profissionais, pois indicam a quantidade de pessoas atendidas. Para a médica:

“O preenchimento desses mapas deve ter um objetivo. Se isso está sendo usado para obter informações sobre as condições de saúde da população de nossa área, então, eu quero ter retorno dessas informações. Além disso, a digitadora da unidade fica se matando, digitando aquele monte de papel, pra quê? (...) Já fiquei dois meses sem fazer a produção e fui bem clara quando disse à minha chefia que só voltaria a fazer quando isso fizesse sentido”.

Em consequência desse fato, a chefia criou controles para regular o trabalho dessa médica. Exigiu que a digitadora controlasse o número de prontuários que eram retirados pelas ASP e encaminhados para a sala da profissional em seu horário de atendimento. Que a auxiliar de coordenação observasse e anotasse diariamente o horário de entrada e saída da profissional da unidade.

Perguntamos à médica se ela continuava a não preencher os mapas de produção e ela respondeu-nos: “quando a gente não concorda com o cabresto, existem os distúrbios na força” (...). Não consegui, porque aqui a gente é muito coro, é muito pau-mandado”.

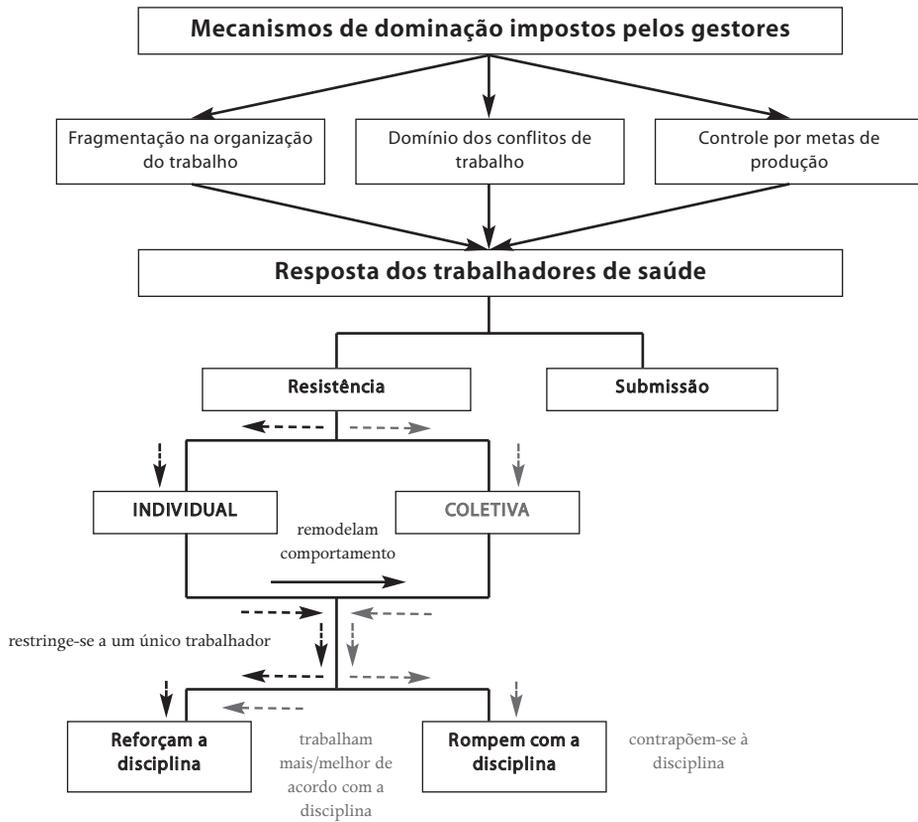
A resposta da médica nos dá a nítida impressão de que essa trabalhadora reconhece sua frustração. Além disso, expressa o peso da realidade objetiva no trabalho no exato momento em que nos respondeu “a gente é muito coro, é pau-mandado”.

Parece-nos possível representar de maneira esquemática, as formas de respostas adotadas pelos trabalhadores de saúde e seus resultados quando estes se deparam com os mecanismos de dominação que os gestores impõem ao trabalho (Diagrama 1).

O que foi descrito no Diagrama 1 corresponde a certa realidade e é uma das dimensões das vivências dos trabalhadores no município de Joinville. Os trabalhadores de saúde têm recorrido a diferentes formas para demonstrar sua oposição à gestão. Ora recorrem à sabotagem, ora às várias graduações da ação coletiva, desde formas de solidariedade até a ruptura com a disciplina da instituição. Mas todas essas formas de oposição, para nós, têm em comum a mesma origem: o desejo dos trabalhadores de saúde de controlarem a organização e seus processos de trabalho.

Diagrama 1

Mecanismos de dominação no trabalho *versus* resposta na ação prática dos trabalhadores



Considerações finais

Na estrutura de trabalho em saúde no município de Joinville, Santa Catarina, encontra-se o modelo da divisão do trabalho. A inspeção nessa estrutura denotou a dificuldade dos trabalhadores que prestam a atenção em saúde de apropriar-se dos processos de trabalho, bem como de responsabilizar-se por defini-los. Essa definição é dada pela localização das pessoas no comando da estrutura, e não pela própria prática social e habilidades criativas dos trabalhadores de saúde.

Em virtude desse contexto, é visível o movimento de tensão entre dois segmentos sociais: trabalhadores de saúde e gestores. Em um extremo, estão o controle e a dominação que o gestor imputa ao trabalhador. Em outro, a submissão ou a resistência destes.

Tal resistência à dominação conjuga dois aspectos. O primeiro é o conteúdo do confronto – os trabalhadores de saúde pressionam a gestão, visando a ampliar o controle sobre o trabalho. Já o segundo está relacionado às formas que os confrontos adotam – individual ou coletiva.

As resistências são individuais, evoluindo, muitas vezes, para uma contagiosa resistência coletiva. Não identificamos resistências organizadas coletivamente, exceto a tentativa das ACS que resolveram ignorar a sua pre-estabelecida área de atuação e optaram por agir independentemente. Encontramos, sim, casos freqüentes em que a resistência individual, ao provocar a solidariedade dos colegas de trabalho, transforma-se em resistência coletiva, quer representada pela mudança silenciosa de atitude, quer pela sabotagem ou pelo confronto.

Outro aspecto constatado neste estudo é que permanecem incorporados à construção estrutural do sistema de saúde no município problemas nas mediações materiais no contexto das UBS. O atual modelo rechaça o desenvolvimento da atenção em saúde orientada pela prática material crítica no curso de seu desenvolvimento e prestigia as aspirações do sistema ao qual a realidade deve se adaptar.

Ao nosso juízo, três condições são pertinentes às formas essenciais para o pleno desenvolvimento do trabalho em saúde: a primeira, o desenvolvimento da atividade em saúde deve ter como pressuposto as reais necessidades da coletividade; a segunda, a regulação dos processos de trabalho em saúde deve acontecer por meio do intercâmbio dos trabalhadores com a coletividade; por último, a ampliação e a alocação racional dos recursos humanos e materiais disponíveis combatendo a escassez. Como podemos ver, nenhuma das condições referidas exige o estabelecimento de gestores que adotem a prática de dominação e subordinação da organização e dos processos de trabalho como quadro indispensável para o desenvolvimento do trabalho em saúde.

Notas

¹ Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Joinville, Brasil. Mestre em Saúde Pública pelo Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). <alayala@bol.com.br>

² Professor Titular do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Florianópolis, Brasil. Doutor em Social and Philosophical Foundations of Education Program pela Universidade de Minnesota. <walter@ccs.ufsc.br>

Referências

- BERNARDO, João. *Economia dos conflitos sociais*. São Paulo: Cortez, 1991.
- _____. *Estado: a silenciosa multiplicação do poder*. São Paulo: Escrituras, 1998.
- _____. *Democracia totalitária: teoria e prática da empresa soberana*. São Paulo: Cortez, 2004.
- CAMPOS, Gastão W. S. *Reforma da Reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1977a.
- _____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997b.
- FACCHINI, Luiz A. Por que a doença? A inferência causal e os marcos teóricos de análise. In: BUSCHINILLIM, José Tarcísio P; ROCHA, Lys Esther; RIGOTTO, Raquel Maria (Orgs.). *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. São Paulo: Vozes, 1993. p. 33-55.
- GARCIA, Juan César. *Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo: Cortez, 1989.
- GONÇALVES, Ricardo B. M. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde: características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo*. São Paulo: Hucitec, 1994.
- MARX, Karl. *O capital: crítica da economia política. O processo de produção do capital*. Livro 1, v. 1, 10. ed. São Paulo: Difel, 1985.
- MERHY, Emerson E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson E.; ONOCKO, Rosana (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MÉSZÁROS, Istvan. *Para além do capital*. Campinas: Editempo, 2002.
- PINTO, Geraldo Augusto. Exemplo de ousadia em macroanálise. *Margem Esquerda: ensaios marxistas*, n. 8, p. 213-215, 2006.
- PIRES, Denise. *O saber e as práticas de saúde no Brasil e sua apropriação pela medicina e pela enfermagem institucionalizadas*. 1988. Dissertação de mestrado em Sociologia Política. Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.
- SANTOS, Paula R. *Estudos do processo de trabalho em enfermagem em hemodinâmica: desgastes, cargas de trabalho e fatores de risco à saúde do trabalhador*. 2001. Dissertação de mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.
- SILVA, Clara T. *Saúde do trabalhador: um desafio para qualidade total no Hemorio*. 2000. Dissertação de mestrado em Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz, Rio de Janeiro, 2001.
- SMITH, Adam. *A riqueza das nações: investigação sobre a natureza e suas causas*. 3. ed. São Paulo: Nova Cultura, 1988.
- _____
Recebido em 01/12/2006
Aprovado em 19/06/2007