

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL E
INSTITUCIONAL

Daiana Rozi Mello Cargnin

AS ARTES DE TRABALHAR E EDUCAR – um Estudo junto a
Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde

Porto Alegre

2011

Daiana Rozi Mello Carginin

**AS ARTES DE TRABALHAR E EDUCAR – um Estudo junto a
Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Orientadora: Dr^a Jaqueline Tittoni

Porto alegre, 2011

Daiana Rozi Mello Cargin

**AS ARTES DE TRABALHAR E EDUCAR – um Estudo junto a
Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia Social e Institucional.

Dissertação defendida e aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Claudia Osorio da Silva

Prof^a. Dr^a. Nair Iracema Silveira dos Santos

Prof^a. Dr^a. Rosemarie Gärtner Tschiedel

Prof^a. Dr^a. Jaqueline Tittoni - Orientadora

Agradecimentos

O meu querer bem aos que me acompanharam no processo

Pai Clóvis, mãe Bete, mano Tiago e Kátia pelo cuidado e amor;

Vô David e Vó Erondina pelos ensinamentos e fé;

Dona Lurdês pelo zelo

Pri, Lari e Lica pela fraternidade, alegria e entusiasmo;

Gordo pela permanência e vida compartilhada;

Jaquê, Lucía D., Lucía R., pela aprendizagem e estética.

Grupo de pesquisa, pelas boas risadas e leituras.

Ambulatório Básico – [Iná, Lisi Mari, Valéria, Patrícia, Raquel, Bete, Carmem, Cláudia, Dglurdz Tania] pelo bom encontro produtor de afetos.

Resumo

O presente estudo buscou problematizar as possibilidades de produção de novas formas de educar e de trabalhar em saúde a partir do dispositivo da educação permanente em saúde. A confecção do objeto de investigação originou-se da perspectiva de que o trabalho e a educação em saúde são dispositivos de afirmação-resistência do modo de sujeição capitalista que enuncia quem é um “bom trabalhador” e que determina e legitima os sujeitos que possuem saberes sobre o trabalho. A questão que orientou o estudo foi: como a educação permanente se torna dispositivo estratégico para o trabalho no/do Sistema Único de Saúde? Este estudo foi realizado junto ao Ambulatório Básico, um serviço da rede pública de saúde do Município de Porto Alegre. Os participantes da pesquisa foram as trabalhadoras do ambulatório, as técnicas de enfermagem e a enfermeira. A proposta metodológica deste estudo é orientada pela Pesquisa Intervenção, ancorada na Análise Institucional. Composto essa metodologia utilizamos a Intervenção Fotográfica que incluiu oficinas de fotografias e de confecção de uma câmera artesanal, *Pinlux*, e em seguida, a produção de fotografias pelas trabalhadoras. O momento das oficinas reconfiguram a dinâmica das reuniões centradas na chefia e com uma pauta administrativa para o movimento de produção e trocas de saberes. O processo do grupo evidencia o (não) lugar do Ambulatório Básico e as fragilidades desse serviço; a tecnologia do trabalho em saúde na tensão com os saberes produzidos pelas técnicas de enfermagem no fazer do seu trabalho; e a gestão dos espaços, das tecnologias do trabalho em saúde e dos saberes produzidos no cotidiano. A partir desse estudo, vislumbramos a educação permanente em saúde tensionada pela formação permanente em saúde que evoca os saberes do trabalhados acerca da atividade e gestão dos micro espaços do trabalho.

Palavras-chave: trabalho em saúde; educação permanente em saúde; subjetivação; pesquisa–intervenção; intervenção fotográfica.

Abstract

This study sought to problematize the production possibilities of new ways of educating and working in health through the health's permanent education device. The confection of the investigation's object originated from the perspective that health work and education are affirmation-resistance devices of the capitalist subjugation mode, which tells who is a "good worker" and determines and legitimates they who own knowledge over work. The study's guiding question was: how permanent education becomes a strategic device for the work on/of the Sistema Único de Saúde, problematized from the Basic Ambulatory Unit staff's experience? This study was done with the Basic Ambulatory Unit, more specifically, area eight, a public health service from the city of Porto Alegre. The research's participant people were this Unit's workers, the Infirmary Technicians and the Nurse. Interventional research, based in Institutional Analysis, orients this study's methodological proposal. Compounding this methodology, we utilized the Photographic Intervention, which included photography and a camera confection workshops, Pinlux, and afterwards, the production of photographs by the workers. The workshop's moment reconfigures the dynamic of the meetings centered on the leaders and with administrative subject for the idea of production and knowledge exchanges. The group's process shines a light on the (non) role of the Basic Ambulatory Unit and the fragilities of this service; the labor's technology in health against the knowledge generated by the Infirmary Technicians through their work; and the management of the spaces, the labor's technology in health and the knowledge produced every day. Through this study, we glimpse the permanent education in health tensioned by the permanent formation in health that evokes the work's knowledge around the activity and management of the work's micro-spaces.

Key-words: health work; health's permanent education; subjectification; research-intervention; photographic intervention.

LISTA DE SIGLAS

CSVC – Centro de Saúde Vila dos Comerciantes

AI – Análise Institucional

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

CIAPS – Centro Integrado de Atenção Psicossocial

CRAS – Centro Regional de Assistência Social

SAJU – Serviço de Assessoria Jurídica Universitária

PRO-SAÚDE – Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde

PACS – Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul

SAE – Serviço de Atendimento Especializado em Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST/AIDS

COAS – Centro de Orientação e Apoio Sorológico

ADOT – Assistência Domiciliar Terapêutica

NASCA – Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente

INAMPS – Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

PPN – - Programa Prá-Nenê

UBS – Unidade Básica de Saúde

PFS – Unidade Básica de Saúde

MEC – Ministério da Educação

MS – Ministério da Saúde

DIU – Dispositivo Intrauterino

HGT – Teste de Glicemia

CGC – Distrito Docente Assistencial Cruzeiro/Glória/Cristal

PNH – Política Nacional de Humanização do SUS

SUMÁRIO

Apresentação.....	9
A Construção do Campo de Análise	
1. As artes de pesquisar – a <i>tékhne</i> da pesquisadora.....	11
1.1 A confecção de um diário de pesquisa.....	13
1.2 “Todos o pesquisar é uma intervenção...”.....	16
1.3 A intervenção fotográfica.....	22
2. A construção do campo de pesquisa.....	30
2.1 O Centro de Saúde Vila dos Comerciários e o Ambulatório Básico.....	30
3. As configurações do trabalho e a experiência de si no trabalho em saúde.....	38
3.1 Trabalho e subjetividade.....	38
3.2 O trabalho como substância ética.....	44
3.3 A educação permanente como dispositivo do/no SUS.....	49
As experiências no Ambulatório Básico posta em análise	
4. A O encontro com a equipe do Ambulatório Básico – construindo uma intervenção nos modos de trabalhar e educar.....	57
4.1 A psicologia no Ambulatório Básico.....	66
4.2 Encontros e trocas – o (não) lugar do Ambulatório Básico, o espaço das reuniões e os deslocamentos.....	68
4.3 A tecnologia do trabalho e os saberes produzidos.....	84
4.4 Gerir a tensão entre o prescrito e o cotidiano.....	88
5. Considerações finais.....	90
6. Referências bibliográficas.....	92
Anexo A.....	104

Apresentação

O estudo faz parte de um percurso vivido na caminhada acadêmica. Percorrendo as minhas pegadas chego ao ponto de partida que é a formação em Psicologia e a experiência na iniciação científica em um projeto que articulava os temas - trabalho e educação. Ainda na graduação, na minha primeira experiência com a pesquisa fomos ao encontro dos saberes dos trabalhadores de uma cooperativa de massa falida. E agora, com a mesma estranheza do primeiro encontro, mas no espaço-tempo do Mestrado em Psicologia Social e Institucional, me conduzo ao encontro dos trabalhadores e seus espaços de educação permanente. O cenário deste encontro é grafado pela história da saúde pública brasileira que dá um contorno para os modos de trabalhar e educar neste espaço.

O trabalho em saúde é problematizado a partir do conceito de tecnologia, “um conjunto de conhecimentos e informações utilizados na produção de bens e serviços”, uma série de prescrições do trabalho (Baumgarten, 2006 p. 288) e simultaneamente pelo conceito de *tekhné* (Foucault, 2006 p. 514) dos trabalhadores da saúde que faz uso de sua liberdade para conferir ao trabalho um estilo. Assim, buscamos evidenciar as artes de trabalhar e estudar que são confeccionadas pelos profissionais de um Ambulatório Básico da cidade de Porto Alegre. As artes de trabalhar e educar, a partir da perspectiva de Foucault, indica um processo de constituição de si, da relação consigo e com o outro, e ao mesmo tempo, um movimento de se constituir trabalhador.

Assim, a questão de pesquisa que orientou o trabalho foi: como a educação permanente se torna dispositivo estratégico no/do Sistema Único de Saúde problematizada a partir da experiência da equipe do Ambulatório Básico?

O Ambulatório Básico é um dos serviços do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC). O CSVC está localizado na região Centro-Sul do município de Porto Alegre e atende os bairros Gloria, Cruzeiro e Cristal, possui uma área de 14.000 m² no qual é composto por serviços com diferentes níveis de complexidade. O estudo foi realizado no Ambulatório Básico, com dez técnicas de enfermagem que se dividem nos turnos – manhã e tarde - e uma enfermeira que é a coordenadora da equipe. O primeiro contato com o Ambulatório Básico foi por meio de um pedido da coordenação do serviço para que Psicologia fizesse uma intervenção na equipe da área oito, pois essa era uma equipe que não “trabalhava bem”. Alicerçada pela Análise Institucional (Lourau, 1993 e 2004) recebemos a encomenda, entretanto era necessário conhecer o grupo, explicitar o que havia sido encomendado pela coordenação e negociar (com a coordenação e com os profissionais) um espaço de acompanhar o grupo com a intencionalidade que esta pesquisa articulava.

Assim, o estudo foi realizado a partir da Pesquisa Intervenção, utilizando os recursos de diário de pesquisa e da intervenção fotográfica.

Ancorada na Análise Institucional, na Pesquisa Intervenção e nas proposições foucaultianas problematizar o campo de pesquisa é não tomar os fatos como naturais, verdades absolutas ou essências, mas conceber o trabalho e a educação em saúde como produções de um tempo historicamente datado que subjetivam os sujeitos. Assim, o movimento que produzimos foi o de estranhar o que víamos e ouvíamos para posicionar esse estudo como disparador de interrogação. Cabe ainda afirmar, que a análise de implicação permeou a escrita do diário de pesquisa bem como essa produção textual, na tentativa de escapar dos jogos dos jogos de verdade que atravessam os modos de pesquisar e intervir e os modos de trabalhar implementados na saúde pública.

Na composição desta escrita serão narradas as aberturas provocadas pelo processo de pesquisa-intervenção no grupo de enfermagem do Ambulatório Básico. O diário de pesquisa entrelaça essa escritura trazendo para o “corpo do texto” fragmentos de conversas, sensações e afetos produzidos no e pelo processo. A produção fotográfica do grupo e da pesquisadora tecem alguns fios de visibilidades confeccionados pela intervenção. Desta forma, conjugamos neste processo de escritura as palavras-imagens ou imagens-palavras atribuindo à mesma condição de produção de conhecimento.

O primeiro bloco deste estudo - **A Construção do Campo de Análise** - versará sobre o processo de construção do campo de pesquisa na interface com um certo “estilo”, uma *tékhné* da pesquisadora para habitar e confeccionar o campo ao encontrar e acompanhar o grupo de trabalhadores do Ambulatório Básico. A intervenção é problematizada a partir da composição da Análise Institucional, da Pesquisa Intervenção e da Intervenção Fotográfica.

Cabe ainda, a este bloco elucidar as ferramentas conceituais que sustentam esse estudo. Assim, os principais conceitos são: jogos de verdade, processos de subjetivação, ética, cuidado de si e estética da existência. Os conceitos de Michel Foucault inscrevem o trabalho e a educação no registro da ética, da estética e da política. O conceito de dispositivo em Foucault problematiza uma “sobreposição” de um conjunto heterogêneo que se atualiza e compõem a Educação Permanente como uma política do/no SUS.

O segundo bloco - **As experiências no Ambulatório Básico posta em análise** - vai narrar os (des) encontros com a equipe do Ambulatório Básico e as produções que são confeccionadas. Primeiramente, trago para o plano analítico o meu encontro com a equipe e ao mesmo tempo os encontros da equipe com a disciplina – Psicologia. O modo pelo qual a equipe do Ambulatório Básico constitui as reuniões passa a ser um dos analisadores e

assim evidenciamos o processo de criação de outro modo de experienciar o espaço das reuniões de equipe disparado pela oficina de construção de uma câmara artesanal/*pinlux*. Estes deslocamentos tensionaram a tecnologia do trabalho em saúde e a sua gestão.

A Construção do Campo de Análise

1. As artes de pesquisar – a *tékhne* da pesquisadora

Se existe esta liberdade e uma definição tão ligeira destes exercícios e de seu encadeamento, não se deve esquecer que tudo isto se passa no quadro e não de uma regra de vida, mas de uma *tékhne tou bíou* (uma arte de viver). Creio que isto não deve ser esquecido. Fazer da própria vida objeto de uma *tékhne*, portanto, fazer da própria vida uma obra – obra que (como deve ser tudo o que é produzido por uma boa *tékhne*, uma *tékhne* razoável) seja bela e boa – implica necessariamente a liberdade e a escolha daquele que utiliza sua *tékhne*. Se a *tékhne* devesse ser um *corpus* de regra as quais seria preciso submeter-se de ponta a ponta, minuto a minuto, instante a instante, se nela não houvesse precisamente esta liberdade do sujeito, fazendo atuar sua *tékhne* em função de seu objetivo, do desejo, de sua vontade de fazer uma obra bela, não haveria aperfeiçoamento da vida. (FOUCAULT, 2006 p. 513)

As artes de pesquisar vão sendo produzidas a partir do meu encontro com o campo de pesquisa, com o entorno e com a comunidade que usufrui dos serviços do Ambulatório Básico e do Centro de Saúde Vila dos Comerciários (CSVC) e com os profissionais da saúde. No encontro com o campo de pesquisa houve a produção de inúmeras tensões e (re) posicionamentos acerca de como conduzir a pesquisa. Dessa forma, os encontros com o campo provocaram uma prática de si (Foucault, 2004 e 2006), ou seja, “um exercício de si sobre si mesmo através do qual se procura se elaborar, se transformar e atingir um certo modo de ser” pesquisadora, (Foucault, 2004, p. 265) de ser observadora e acompanhante do processo do grupo pesquisado.

A implicação ética se institui ao perguntar-se pelo modo como nos constituímos como observadores, a resposta envolve a explicitação dos mecanismos capazes de gerar conhecimentos valorados como válidos para essa comunidade (conhecer), também envolve a produção de objetos cognoscíveis (multiversos). Aqui é interessante pensar na autoria tanto em sua dimensão criativa quanto ética. (Maraschin, 2004 p. 104)

O diário de pesquisa ocupou um lugar interessante nessa elaboração já que na sua feitura ao se narrar os fatos, os afetos, as percepções foi possível construir uma restituição por meio da própria escrita do diário. Ao experienciar a pesquisa vou provocando um certo modo de ser pesquisadora e uma maneira

de me conduzir frente ao campo lançando um olhar para as visibilidades, naturalizações e instituídos no âmbito do trabalho e da educação em saúde.

Amparada na Pesquisa Intervenção (Aguiar e Rocha, 2003 e 2007; Barros e Kastrup 2009; Barros e Passos, 2009) efetuo um olhar para o cotidiano, para as relações entre os profissionais da saúde, a comunidade, os gestores e as políticas públicas que produzem a história do trabalho em saúde. A Pesquisa Intervenção faz a análise das instituições e dos vetores que tornam evidente o jogo de forças em luta que atuam sobre campo de pesquisa. A intervenção fotográfica compõe este modo de pesquisar na medida em que intervém no plano das visibilidades e invisibilidades do trabalho, suas normas, padronizações, jogos de verdade e processos de subjetivação.

Foucault (2006) afirma que, para construir uma bela pesquisa segundo a *tékhnē* dos pesquisadores, é preciso certamente obedecer a regras, regras técnicas indispensáveis. Entretanto, o bom pesquisador é aquele que faz o suficiente uso de sua liberdade para conferir à pesquisa uma forma e um estilo.

De igual modo quem quiser fazer da vida uma obra, quem quiser utilizar como convém a *tékhnē tou bíou*, deve ter em mente não tanto a trama, o tecido, a espessa feltragem de uma regularidade que acompanhe perpetuamente, à qual deriva submeter-se. A obra bela é a que obedece a ideia de uma certa forma (um certo estilo, uma certa forma de vida). (FOUCAULT, 2006 p. 514)

O foco deste estudo são as instituições trabalho e educação no âmbito da saúde pública. O trabalho é concebido como um conjunto de práticas que determinam para o sujeito regras de conduta, ou seja, as prescrições que orientam a sua prática profissional. Nesta produção complexa o trabalhador faz o uso de si no qual intervém e cria um contra fluxo que opera por meio do trabalho realizado. Na grafia deste estudo vamos articulando os conceitos de *tékhnē*, de uma tecnologia no/do trabalho e na/da educação e as visibilidades da tecnologia fotográfica. A tecnologia do trabalho articulada à prescrição, à lista de normas, de leis, de jogos de verdade de um dado momento histórico dá condições de possibilidade para que o sujeito se reconheça como trabalhador. Esta tecnologia produz naturalizações por ser capturada pela norma. Ao mesmo tempo, a *tékhnē* provoca a criação, a reelaboração do trabalho como produção de modos de vida e não somente como prescrição e normatização. A tecnologia da educação no trabalho, da mesma forma, se constitui como uma prescritiva, pois, elabora pedagogias e instaura um modelo de ensinar e aprender visando desenvolver o sujeito trabalhador. Todavia, há uma produção que é da ordem do inusitado que se mistura e provoca espaços de invenção de uma multiplicidade de realidades e de vivências no âmbito do ensinar e aprender no cotidiano do trabalho em saúde. A Educação Permanente em Saúde agenciada pela política, pela ética e pela estética pode estabelecer,

sua ligação política com a formação de perfis profissionais e de serviços, a introdução de mecanismos, espaços e temas que geram auto-análise, autogestão, implicação, mudança institucional, enfim, pensamento (disruptura com instituídos, fórmulas ou modelos) e experimentação (em contexto, em afetividade – sendo afetado pela realidade/afecção). (CECCIM, 2005 p.162)

O contexto do Sistema Único de Saúde (SUS) e mais especificamente da Atenção Básica são os espaços e as temporalidades que vão confeccionando este estudo. O trabalho e as suas tecnologias transversalizam o campo de pesquisa e produzem discursividades acerca do trabalho e da educação no âmbito da saúde. Dessa forma, nos propomos a acompanhar os processos de produção de subjetividade, um processo em curso no Ambulatório Básico.

1.1 A confecção de um diário de pesquisa.

O campo foi sendo construído por recortes de um projeto de pesquisa, nas disciplinas da academia, no percurso da universidade até o Centro de Saúde Vila dos Comerciários, no observar atento das paisagens que iam delineando parte da vila, no encontro com os usuários e os trabalhadores da saúde. Os contornos foram traçados na medida em que eu entrava e ia conhecendo o campo de pesquisa. Desse modo, o tempo foi agenciando negociações com os pesquisados e assim a pesquisa se delineando.

A Análise Institucional (Lourau, 1993, 2004) foi o “fio que passou a costurar” as cenas e que deu forma ao campo que foi sendo construído, abrindo para os detalhes, para aquilo que já não era mais visto ou ouvido, mas que permanecia no cotidiano. Dessa forma, o cotidiano do trabalho em saúde foi o foco da nossa análise.

O campo de pesquisa foi registrado e mapeado num diário de pesquisa. As palavras, as linhas, os pontos, as imagens e as fotografias contornaram o cotidiano. A escrita que foi construída depois de cada ida ao Ambulatório Básico restitui o processo de pesquisa e lançou outras linhas, outros pontos e outras imagens. Os pesquisadores Barros e Passos (2009) refinam o conceito de diário de campo e sua operacionalidade no qual “cria um plano em que pesquisador e pesquisados se dissolvem como entidades definidas e pré-constituídas.” (p.175). Este plano desorganiza e rompe com o *status* da ciência positivista na qual a neutralidade do pesquisador é um imperativo.

Rene Lourau (2004) foi ao encontro dos diários de campo do antropólogo B. Malinovski (1914 – 1918) para elaborar uma pista metodológica. O pesquisador Malinovski é enviado às ilhas ao largo da Nova Guiné em 1914 no qual construiu diferentes caminhos para a pesquisa etnográfica. O primeiro caminho percorrido “refere-se à busca pela organização da tribo e pela anatomia da sua cultura, que devem ser delineadas através do método da

documentação concreta e estatística” (Lage, 2009, p. 3). Todas as particularidades concretas do campo foram registradas no diário de campo pelo pesquisador. O próximo caminho metodológico deu continuidade para o primeiro, “ao tratar dos imponderáveis da vida real, referido aos fenômenos cotidianos que devem ser observados por meio do acompanhamento contínuo da tribo.” (Lage, 2009, p. 3). Na sequência, o “passo é denominado de *corpus inscriptionum*, referido à coleta de narrativas típicas, palavras e expressões características da mentalidade nativa que contribuem para a compreensão da sua visão de mundo” (Lage, 2009, p. 4).

O diário que o pesquisador construiu na sua experiência com nativos foi narrado de forma peculiar pelo observador. Para além dos caminhos metodológicos, o pesquisador Malinovski produziu um ensaio diarista e uma escrita íntima. Esta escrita denunciou o ato de criação que estava à margem e trouxe para o plano do visível os múltiplos e variáveis atravessamentos do campo. O íntimo que era salientado no extratexto, no diário de campo do pesquisador foi o que nos despertou interesse.

Tal intimidade é a do *hors-texte*, o fora-texto, que o analista traz a cena quando faz o movimento de *se jeter dans l'eau*. Lourau se lançou durante cinco anos na pesquisa dos diários para forçar a relação entre o *texte* (T) e o *hors-texte* (HT), relação sempre variável num jogo de presença e ausência, de continuidade e de não continuidade. (PASSOS E BENEVIDES, 2009 p. 174)

O termo *hors-texte* é traduzido de várias formas. No livro organizado por Sônia Altoé (2004) o termo toma a forma do “extratexto” na sua tradução. No livro, *Análise Institucional e Prática de Pesquisa* (1999), a expressão *hort-texte* é escrita como sendo o “fora do texto”. Para Passos e Benevides (2009), o termo é traduzido como “texto-fora”. Os textos-fora-textos produzidos “revelam as implicações do pesquisador e realizam restituições insuportáveis a instituição científica”. Falam da sobrevivência do campo cotidiano e denunciam um outro modo de fazer pesquisa. Lourau (2004) ressalta o *hors-texte* sugerindo como uma possibilidade de reflexividade para a Análise Institucional. O texto-fora é uma produção que se constitui por se tratar de uma pesquisa científica, pois há a necessidade de efetuar um movimento de afastar-se do campo e estar- participar- constituir o campo de pesquisa e os processos em curso. Segundo Barros e Kastrup (2009) o pesquisador ao acompanhar o processo do grupo, se inclui de forma problemática na pesquisa. Essa autora vai dar visibilidade ao processo como processualidade sendo que a “pesquisa é a investigação do processo de produção de subjetividades, já há na maioria das vezes um processo em curso” (Barros e Kastrup, 2009, p. 58).

Passos e Barros (2009) afirmam que na “pesquisa em saúde o objeto exige um procedimento que possa incluir sua dimensão subjetiva, já que toda a prática de saúde se faz no encontro de sujeitos, ou melhor, no que se expressa

nesses encontros” (p.151). Os autores ressaltam uma pista para nos guiar no trabalho de pesquisa, a política da narratividade, que é concebida como certa posição narrativa dos processos que estão em curso no campo de pesquisa a partir de uma tomada de posição que nos implica politicamente. Assim, “colocamo-nos, então, em uma posição de estranhamento de interrogação ao que certa narrativa aceitaria como natural e regra, forçando a um descolamento do dito na busca das condições de sua produção” (Passos e Barros, 2009, p. 164).

A implicação é política. Lourau (2004) vai afirmar que a política, “ela é a vida cotidiana” (p. 122) e, desta forma, a implicação torna-se objeto de análise para o pesquisador. Os acontecimentos do passado e do presente são retomados para provocar um devir. Paulon (2005) aponta que “os socioanalistas cunham o termo análise de implicação para pôr em evidência o jogo de interesses e de poder encontrados no campo de investigação” (p.23).

O princípio norteador deste procedimento é o de que a aproximação com o campo inclui, sempre, a permanente análise do impacto que as cenas vividas/observadas têm sobre a história do pesquisador e sobre o sistema de poder que legitima o instituído, incluindo aí o próprio lugar de saber e estatuto de poder do “perito-pesquisador”. O dispositivo saber-poder identificado por Foucault (1978, 1979) oferece a ferramenta conceitual necessária para que pesquisador/interventor coloque a instituição pesquisa em análise. (PAULON, 2005 p. 23)

O diário de pesquisa foi tecido a partir das aproximações com o campo. As escritas foram narrando as relações, os acontecimentos, os impactos, aquilo que os olhos conseguiram ver e o que os ouvidos conseguiram ouvir num enlace com o tempo. Neste estudo se fez a combinação de uma produção fotográfica (da pesquisadora durante o percurso no campo) que compõe a tessitura do diário no qual narrou e desenhou os contornos da pesquisa, como também produziu abertura para usar as imagens como metáforas. O diário aproximou os narradores, pesquisadora e pesquisados, para compor uma grafia conjunta conformando saberes diversos e produzindo uma restituição sobre a processualidade do grupo.

Após cada participação nas reuniões do Ambulatório Básico, cada encontro e atividades em conjunto com a equipe e com a coordenação foi produzido uma escrita com informações objetivas como o dia da reunião, a pauta, quem coordenou, quem eram as pessoas que estavam presentes, o detalhamento dos movimentos do grupo, as minhas impressões e sensações. Integrou o diário de pesquisa uma composição fotográfica composta de fotografias que foram construindo metáforas e expressões do que eu estava vivenciando no campo. Esta escritura, sobretudo, quis “captar e descrever aquilo que se dei no plano intensivo das forças e dos afetos” (Barros e Kastrup, 2009, p. 70).

O diário da pesquisa apresenta-se no corpo do texto desta pesquisa, na qual são narradas as intervenções nas micropolíticas do cotidiano do trabalho e da educação permanente em saúde.

1.2 “Todo o pesquisar é uma intervenção.¹..”

Todo o pesquisar é uma intervenção, criação de sujeitos, objetos, conhecimentos, de territórios de vida (Maraschin 2004 p. 105), sendo que conhecer e fazer se tornam ações inseparáveis. O ato de conhecer “é, portanto, fazer, criar uma realidade de si e do mundo, o que tem consequências políticas” (Passos e Barros, 2009, p. 30). A pesquisa como intervenção promove uma investigação participativa no qual pesquisadora e pesquisadas constroem uma interferência na produção das micropolíticas. A pesquisadora compõe o campo de pesquisa com o intuito de provocar indagações, problematizar sobre os modos de viver e nesta pesquisa especialmente, os modos de trabalhar e de educar. O encontro com os sujeitos da pesquisa evocaram uma gama de saberes, de ideias, de teorias, de modos de viver e conviver. Foram os encontros e por vezes desencontros que denunciaram os jogos de verdade que circulavam no cotidiano da vida dos sujeitos.

O conceito de instituição é trabalhado na Análise Institucional referindo-se às práticas sociais que a “ideologia dominante se empenha em fazer passar por universais, logo racionais, normais, obrigatórias, intocáveis”. (Lourau, 2004, p. 50). Dessa forma, a instituição é concebida como norma e, ao mesmo tempo, a interação dos sujeitos concordando ou não em participar da norma. A instituição “atravessa todos os níveis dos conjuntos humanos e faz parte da estrutura simbólica do grupo, do indivíduo” (Lourau, 2004, p. 71). Portanto, ao adentrar o campo do trabalho e da educação em saúde as instituições que vão tendo visibilidades e serão trabalhados no interior desta escritura são: o trabalho, a educação e a saúde.

O campo de intervenção foi constituído em um espaço-tempo não linear. A pesquisadora encontrou-se com uma encomenda inicial e o tempo foi agenciando modificações em extensão. A encomenda inicial feita pela coordenação do Ambulatório Básico atribuía uma problemática a parte da equipe. Havia uma parte da equipe que trabalhava bem e outra parte que trabalhava mal. Passos e Barros (2009) afirmam que “o trabalho vai modulando o campo de intervenção onde todos estão incluídos (quem encomenda, quem demanda, quem e o que analisa)”. O campo de análise se articula ao campo de intervenção, um modulando o outro e vice-versa. O campo de análise é o sistema de referência teórico que opera na situação social no qual articulado à análise de implicação vai formar e deformar o campo de análise-intervenção. A

¹ Inspirada no texto - Pesquisar e intervir de Cleci Maraschin.

pesquisa intervenção vai extrapolar a dicotomia entre a prática da pesquisa e o teórico, pois não são construções separadas, mas uma retroalimentando a outra. Passos e Barros (2000) indicam que “em se apostando sempre no caráter intervencionista do conhecimento, em qualquer de seus momentos todo o conhecer é um fazer” (p. 74).

O conceito de implicação questiona a neutralidade e o distanciamento do pesquisador. Na Análise Institucional a “implicação deseja colocar fim às ilusões e à impostura da neutralidade analítica, herdadas da psicanálise e, de modo mais geral de um cientificismo ultrapassado” (Lourau, 2004 p. 83). O pesquisador passa a estar implicado com o campo no instante que o concebe como tal, na medida em que o observa e o compõem. A intervenção está intimamente articulada com a implicação, pois esta modifica o campo e o transforma. Para Lourau (2004), pesquisador-analista é constantemente um elemento do campo.

A análise de implicação, como já explorado anteriormente, também compõe o diário da pesquisa e provoca que a restituição aconteça no ato da escrita diarística. A instituição pesquisa entra em análise, na escrita do diário, na ida ao campo, na produção da encomenda, na composição de um pedido, na contratação com o grupo, no grupo de pesquisa, na relação com a comunidade e com a gestão. Inúmeras são os momentos que o pesquisador faz a análise de sua implicação no processo de pesquisar-intervir. A análise também sobrevém na relação com os pesquisados e os acontecimentos do cotidiano, nas demandas que vão sendo construídas com o grupo e nas negociações e gestão do grupo e da pesquisa. Paulon (2005) aponta para um esquema que se articula implicações primárias e secundárias.

Esquemáticamente, Lourau (1997) distinguiu cinco categorias para os múltiplos conteúdos a serem analisados no processo de pesquisa. As implicações, por ele chamadas de Primárias, referem-se às 1) implicações do pesquisador-praticante com seu objeto de pesquisa/intervenção; 2) com o local, organização em que se realiza a pesquisa ou a que pertença o pesquisador e, principalmente, com a equipe de pesquisa/intervenção; 3) implicação na encomenda social e nas demandas sociais. No plano das implicações secundárias o autor ainda aponta; 4) implicações sociais, históricas, dos modelos utilizados (implicações epistemológicas); e 5) implicações na escritura ou qualquer outro meio que sirva à exposição da pesquisa. (PAULON, 2005, p. 23)

Os analisadores vão decompor e trazer os elementos que compõem o conjunto. Segundo Lourau (2004), é o analisador que realiza a análise (p.69). Os analisadores são produzidos na e a partir da experiência forjada nos encontros e nos movimentos que o grupo promove. Estes deslocamentos são potenciais na medida em que provocam processos reflexivos e elaborações críticas sobre si e sobre o coletivo.

A inserção na equipe do Ambulatório Básico foi propiciada a partir de uma reunião que aconteceu no CSVC em função do Pró-Saúde, no qual o curso de Psicologia da UFRGS está inserido. Fomentado pelo Pró-Saúde há a produção de um movimento de integração ensino-serviço, no qual os cursos da Saúde têm buscado construir um trabalho de intervenção no CSVC, UBS e PSF nas comunidades da região (Distrito Cristal, Glória e Cruzeiro). Em uma das reuniões do Pró-Saúde, que estavam presentes representantes do CSVC e da Universidade foi produzido um pedido aos profissionais da área da Psicologia para que fizessem uma intervenção no Ambulatório Básico. A coordenadora do Ambulatório Básico sinalizou a necessidade de acompanhamento da equipe técnica, pois existiam dificuldades na gestão do trabalho.

No primeiro momento foi necessário ouvir a coordenação do Ambulatório Básico para compreender qual era a encomenda. Fui até o encontro da coordenação do Ambulatório e a solicitação foi de que se desenvolvesse um trabalho com a equipe da área oito visando sanar as dificuldades de gestão do trabalho e da responsabilização dos técnicos pelo fazer coletivo. Num primeiro momento houve um estranhamento produzido pela encomenda, mas era preciso elaborar e torcer a encomenda e confeccionar um pedido com a equipe do Ambulatório Básico. O que eu poderia entender desta demanda? O que possibilitou confeccionar um deslocamento do olhar acerca do meu campo de pesquisa foram os operadores conceituais e a composição das metodologias da pesquisa intervenção e a intervenção fotográfica.

Em seguida, foi necessário conhecer a equipe e compartilhar o pedido que a coordenação havia feito para que um contrato de intervenção pudesse ser produzido. Nesse momento, explicitiei as intenções do meu projeto de pesquisa e fiz uma proposta de acompanhar a equipe do Ambulatório Básico, especificamente área oito, para construir uma proposta de intervenção. Não foi viável estender o convite para a área dez em função de serem dois locais e em andares diferentes dentro do CSVC. Neste momento negociamos que eu iria participar das reuniões de equipe da área oito na condição de observadora e que a partir da aprovação do Comitê de Ética da Prefeitura Municipal de Porto Alegre a minha atuação teria outro formato. No mês de agosto, quando foi dada a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética retomei com a equipe o projeto e negociamos a formação de uma reunião quinzenal com duração de quatro meses para a realização de um trabalho com a equipe sobre o cotidiano do trabalho e a educação em saúde.

A intervenção configurou-se na observação da equipe do Ambulatório Básico, nas reuniões de equipe, na atividade do trabalho, nos corredores do Ambulatório, nos atendimentos aos usuários, na cozinha, nos espaços múltiplos no qual o trabalho acontecia. Ao acompanhar a equipe observei a

possibilidade de concretizar o trabalho com imagens. Foi ao longo das observações e do acompanhamento da atividade de trabalho que as imagens foram surgindo como possibilidade de dar visibilidade para o que não estava sendo possível traduzir em palavras. A intervenção fotográfica faz parte de uma experimentação metodológica na qual há uma tríade – diário de pesquisa, a pesquisa intervenção (sustentada na Análise Institucional) e a intervenção fotográfica incidindo nos modos de ver e conceber o trabalho em saúde. A câmera fotográfica passou a me acompanhar para grafar os contornos e produzir uma fotografia expressão do que era possível ver do campo. A equipe passou pelo processo de sensibilização do olhar para compor outros olhares sobre o cotidiano, manusear a máquina fotográfica para compartilhar o olhar comigo e em um movimento comum construímos o nosso aparato fotográfico, a confecção de uma *Pinhole/Pinlux*², uma máquina fotográfica artesanal.

O caminho metodológico da pesquisa se constitui no acontecer, no dia a dia da pesquisa. A possibilidade de confeccionarmos uma câmera *Pinlux* surgiu na oficina de sensibilização e foi este evento que houve deslocamentos na/da equipe. No capítulo quatro será narrado o acompanhamento do grupo, a produção das reuniões de equipe e a intervenção fotográfica.

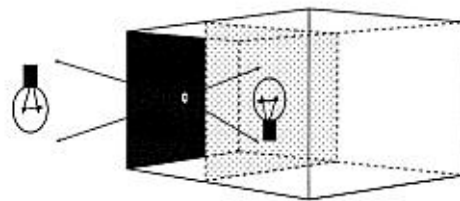
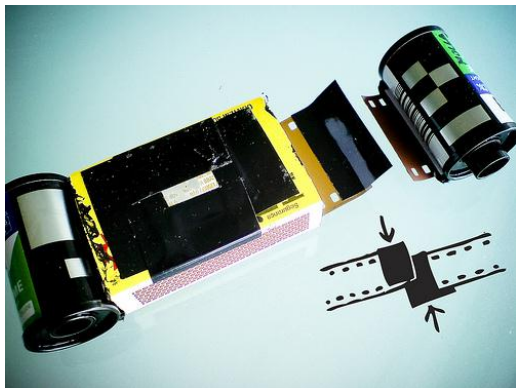
Optamos em trabalhar com oficinas de fotografia, na qual projetamos uma oficina de sensibilização que se desdobrou em outras duas oficinas para a construção da máquina artesanal³, uma *Pinlux*, e aprendizagem do manuseio da máquina e a última oficina serviu para conversarmos sobre as fotografias produzidas. As oficinas de fotografia aconteceram durante o horário de trabalho, mas não houve a possibilidade de reunirmos a equipe toda em um horário comum, ou seja, tivemos que organizar dois horários por haver dois turnos de trabalho e não ter um horário comum entre as equipes (turno da manhã e turno da tarde). O tema proposto para a equipe foi fotografar o trabalho em saúde que era desenvolvido no cotidiano do Ambulatório Básico.

A *Pinlux* é uma modalidade da *Pinhole*. O nome inglês *Pinhole* ou *Pin-Hole* pode ser traduzido como “buraco de agulha” por ser uma câmera fotográfica que não possui lentes, tendo apenas um pequeno furo (de agulha) que funciona como lente e diafragma fixo no lugar de uma objetiva. A *pinhole* se constitui como um processo alternativo de se confeccionar fotografia sem a necessidade do uso de equipamentos convencionais. A câmera artesanal pode ser construída facilmente utilizando-se materiais simples e descartáveis, como

² O meu processo de aproximação com a tecnologia da Fotografia se viabiliza por meio da participação em uma oficina de *Pinhole/Pinlux*, na galeria *La Phofo* em 2009. Esta experiência faz a abertura para fotografia como invenção pois a técnica *Pinhole* tensiona o lugar do fotógrafo na medida em que ele é quem confecciona a sua máquina fotográfica e “controla” o obturador e a produção da fotografia.

³ Vídeo no *You Tu Be* que demonstra a confecção da máquina *Pinlux* - <http://www.youtube.com/watch?v=ILSf0MYTVVQ> e <http://www.youtube.com/watch?v=CU3mszzDrB8>

por exemplo, uma lata, uma caixa para a confecção da caixa escura. Também conhecida como câmera estenopeica, a *pinhole* é basicamente um compartimento todo fechado onde não existe luz, ou seja, uma câmara escura com pequeno orifício. A diferença básica da fotografia *pinhole* para uma convencional está em sua ótica. A imagem produzida em uma *pinhole* apresenta uma profundidade de campo quase infinita, ou seja, tem um foco suave em todos os planos da cena (tudo está focado).



A câmera *pinhole/pinlux* é confeccionada com materiais simples, como: caixa de fósforos, tinta preta, fitas isolantes, placa de alumínio e filme analógico de 24 ou 36 poses. Esta câmera artesanal retoma a simplicidade e a criatividade dos processos não mediados pela tecnologia digital. A câmera fotográfica é composta por uma placa de alumínio (material de uma lata de refrigerante) que possui apenas um pequeno furo (de agulha) em que funciona como lente e diafragma. A caixa de fósforos é toda vedada com fita isolante para que o compartimento seja todo fechado, sem entrada de luz. Para fotografar com a câmera é necessário uma exposição prolongada que é feita na medida em que se deixa livre o pequeno furo feita da lâmina-lente que vai dar passagem à entrada de luz no interior da caixa escura. É preciso ter a noção do tempo em segundos necessário para exposição da câmera e a entrada de luz. As fotografias a seguir foram produzidas numa oficina de *pinhole/pinlux* e antecederam o campo de pesquisa. Mas, marcavam um desejo meu de trabalhar com esta modalidade de fotografia.



A seguir, discorreremos acerca dos pressupostos da intervenção fotográfica. A intervenção proposta quis provocar o sujeito trabalhador como observador do seu próprio fazer. Esse movimento tensionou os modos de ver e evidenciou uma ética do ver. O que era possível ver? Quais foram as condições de possibilidade para ver determinada imagem? Assim, a intervenção fotográfica quis provocar a desnaturalizar o olhar, para fazer o movimento de ver o que não é mais visto e o que estava invisibilizado no trabalho e na educação em saúde.

1.3 A intervenção fotográfica

Eu te digo: estou tentando captar a quarta dimensão do instante já que de tão fugidio não é mais porque agora tornou-se um novo instante já que também não é mais. Cada coisa tem um instante em

que ela é. Quero apossar-me do é da coisa. Esses instantes que decorrem no ar que respiro: em fogos de artifício eles espocam mudos no espaço. Quero possuir os átomos do tempo. E quero capturar o presente que pela sua própria natureza me é interdito: o presente me foge, a atualidade me escapa, a atualidade sou eu sempre no já. (Clarice Lispector)

A história da fotografia anuncia uma tecnologia que angaria condições de desenvolvimento de sua técnica na medida em que ciência e industrialização se afirmam. O desenvolvimento do século XIX anunciou a reconfiguração da vida cotidiana no qual foi acelerada pela industrialização e urbanização das metrópoles. O capitalismo forjou uma configuração para a modernidade e propulsou o desenvolvimento da tecnologia como referência da produção da vida, do conhecimento e do trabalho. Assim, foi por meio desta sociedade industrial nascente que se “assegurou as condições de seu aparecimento [a fotografia], que permitiu seu desdobramento, que modelou, que se serviu dela” (Rouillé, 2009, p. 31) dando condições de possibilidade para a emergência da câmera escura e da fotografia.

A fotografia surge do entroncamento de duas séries de conhecimentos e de dispositivos seculares: de um lado, a câmera escura, o óptico; do outro, a sensibilidade à luz de certas substâncias. (ROUILLÉ, 2009 p. 31)

A máquina óptica e as substâncias químicas foram redesenhando a relação com o mundo e com o cotidiano. A máquina fotográfica “capta forças, movimentos, intensidades, densidades, visíveis ou não; e não para representar o real, porem para produzir e reproduzir o que é *passível de ser visível (não o visível)*” (Rouillé, 2009 p. 36). Para além do mundo das artes a máquina fotográfica despertou interesse em outros profissionais como os engenheiros que a utilizaram para a construção das estradas de ferro e os projetos de navegação; os médicos para produzir as catalogações das doenças. Estes profissionais viram na fotografia uma aliada para as suas práticas. Portanto, há uma produção de visibilidades causando eco aos princípios modernos.

Se a fotografia produz visibilidades modernas, é porque a iluminação que ela dissemina sobre as coisas e sobre o mundo entra em ressonância com alguns dos princípios modernos; é por ajuda a redefinir, em uma direção moderna, as condições do ver: seus modos e seus desafios, suas razões, seus modelos, e seu plano – a imanência. (ROUILLÉ, 2009, p. 39)

O desenvolvimento econômico e a expansão dos horizontes da vida e das dimensões do planeta foram expandindo a circulação do capital, do dinheiro, das imagens e a circulação das informações. A fotografia expandiu na medida em que os “sais de prata” foram substituídos por tinta de impressão no

qual “as impressões foram realizadas pelos procedimentos fotomecânicos, produtos de uma fusão entre a fotografia e a tipografia: um misto de novo (fotografia) com o ancestral (tipografia)” (Rouillé, 2009 p. 50). Com a produção e a reprodução em larga escala, a fotografia adentrou o espaço do fotojornalismo e respondeu às necessidades criadas pela sociedade industrial e comercial. A fotografia passou a ter o *status* de documento e deu contorno de verdadeiro para aquilo que reproduz.

Sontag (2004) conclama o fotógrafo e enuncia que é ele quem se “põe atrás de sua câmera criando, um pequeno elemento de outro mundo: o mundo-imagem, que pretende sobreviver a todos nós.” (p. 22). Assim, a fotografia sobrevive ao tempo, numa relação atemporal com o mundo, mas mediada pelo olho do fotógrafo. O olho que vê produz a imagem que indica fenômenos. O fotógrafo cria uma imagem a partir do que seu olho vê, a criação de uma imagem que seu olho escolhe. A imagem existe por ela mesma e sobrevive para além do olho do fotógrafo produzindo outras visibilidades.

Roland Barthes (1984) evidencia o lugar do fotógrafo e salienta que é através da ação de acionar a máquina que se dispara os mecanismos, produzindo a fotografia. Esta passa a ser invisível e em transformação. Este autor evoca a noção de referente que adere às imagens. No livro *Câmera Clara*, há dois conceitos importantes, o *studium* e o *punctum*. O *punctum* é algo que está na imagem e atinge como flecha o observador, num movimento de provocação do olhar, o afeta e o fere. O *punctum* é um detalhe, “é esse acaso que me punge” (Barthes 1984, p. 46). A câmera clara evoca o olhar do fotógrafo como aquele que vislumbra representar uma produção de códigos e, ao mesmo tempo, uma produção de afetos que atinge o olhar de quem a observa. Há uma intenção, um exercício do olhar que remonta e produz afetos.

Como ato a fotografia e o fotografar engendra-se aos contextos que tornam possíveis o ato e sugerem os elementos da ética implicados na posição dos sujeitos neste processo. Nosso olhar dirige-se, assim, não só para as imagens das fotografias, não só para os fotógrafos que escolhem e focam os elementos a serem fixados, e nem somente para os espectadores que admiram e se deixam afetar e ferir, como Barthes (1984) sugeriu ao tratar do *punctum* (Tittoni, 2009, p. 13).

Sontag (2004) explora o uso da fotografia no contemporâneo e anuncia uma ética do ver. A autora indaga sobre o que está sendo visto. O que está sendo observado por meio das imagens fotográficas? Nesta produção a fotografia não é o mero resultado do encontro entre evento e fotógrafo. Assim produzir fotografias é em si mesmo um acontecimento e o “resultado mais extraordinário da atividade fotográfica é nos dar a sensação de que podemos reter o mundo inteiro na nossa cabeça – como uma antologia das imagens” (Sontag, 2004, p. 13.) A fotografia como um novo código visual transforma e remonta as noções sobre o que vale a pena olhar e o que efetivamente

conseguimos observar. Essa transformação é constituidora de uma gramática e, sobretudo, de ética do ver.

Desta forma, “fotografar é apropriar-se da coisa fotografada. Significa por a si mesmo em determinada relação com o mundo, semelhante ao conhecimento – e, portanto, ao poder” (Sontag, 2004, p. 14). A fotografia não é a realidade em si, o tempo amarrado no papel, mas sim, outra coisa em relação com o mundo em mutação. As fotografias são expressões do mundo, “brincam com a escala do mundo”, tomam formas variadas, são reproduzidas ou mesmo recortadas, envelhecem “afetadas pelas mazelas habituais dos objetos de papeis”. O fotógrafo e sua câmera criam um elemento de outro mundo: “o mundo-imagem que promete sobreviver a todos nós” (Sontag, 2004 p. 22). Assim, a imagem fotográfica define sua existência por si só.

Flusser (2002) aponta para a relação equivalente entre o fotógrafo (autor) e o aparelho (objeto), que na interação se produz um movimento complexo de dominador e dominado, no qual o “fotógrafo domina o aparelho, mas pela ignorância dos processos no interior da caixa, é por ele dominado.” (p.15). A fotografia é confeccionada a partir de dois processos simultâneos: a química que necessita da ação da luz em certas substâncias para produzir a imagem e a ordem da física, que por meio do dispositivo, confecciona a imagem. Dessa forma, a máquina fotográfica possui uma série de prescritivas para o seu manuseio, e o fotógrafo precisa apreendê-las para poder produzir a imagem fotográfica.

O fotógrafo manuseia o aparelho e firma o seu olhar para dentro da câmera. São por meio do aparato fotográfico que se descobre sempre novas potencialidades. Seu interesse está concentrado no aparelho, e o mundo interessa em função do programa. O fotógrafo, assim, se conecta ao aparelho com a intenção de descobrir potencialidades. Segundo Flusser (2002), a relação que se estabelece é “não estar empenhado em modificar o mundo, mas em obrigar o aparelho a revelar as suas potencialidades” (p. 30). Portanto, para além do manuseio do aparelho, a ação do fotógrafo consiste na exploração das possibilidades técnicas do aparelho e fotografia e assim desvelar vias estéticas de aproximação com objetos.

Tittoni (2009) relendo Flusser (2002) ressalta o movimento que se estabelece entre o fotógrafo e a sua intencionalidade, no gesto fotográfico. Esse gesto é um processo codificador que atravessa o movimento complexo “fotógrafo-aparelho” (p.24), a técnica e a cultura. A intencionalidade do fotógrafo efetua-se na medida em que dribla ao aparelho e o seu programa, produzindo uma direção, uma intencionalidade.

Flusser (2002) aponta para o “universo fotográfico”. O mundo moderno se cerca das imagens, e a fluidez operante faz com que uma imagem seja

substituída por outras. Assim, a modernidade afirma um modo de viver e existir num mundo mosaico forjado por uma multiplicidade de imagens. Diferentemente, de outros momentos históricos, o atual se traduz em cores, na qual “as cores penetram nossos olhos e nossa consciência sem serem percebidas” (p.62). Ultrapassamos a binaridade do preto-branco para nos subjetivarmos pela complexidade das cores e pelas infinitas possibilidades de combinações e invenções de tonalidades. Este autor (2002) vai explicar o universo fotográfico por meio da imagem de um “mosaico” no qual nos dá margem para pensar numa transmutação que passa a operar por meio do universo da fotografia e que se amplia para modos de viver.

Muda constantemente de aspecto e cor, como mudaria um mosaico no qual as pedrinhas fossem constantemente substituídas por outras. Toda a fotografia individual é uma pedrinha de mosaico: superfície clara e diferente das outras. Trata-se, pois de um universo quântico, calculável (cálculo = pedrinha) atomizado, composto de grãos, não de ondas, funcionando com quebra cabeça, como jogo de permutação entre elementos claros e distintos. (FLUSSER, 2002 p. 62)

Barthes (1984) assinala três práticas ligadas à fotografia: fazer, suportar e olhar (p. 20). Fazer uma fotografia, dar existência ao ponto de vista, fazer um enquadre e dar visibilidade para determinada para ângulo. Suportar se inscreve num exercício de si sobre si que confronta a imagem/enquadramento que foi escolhido. O olhar passa pela produção de outras formas de olhar, olhar sobre o olhar dos outros.

A fotografia e a arte compõem caminhos diferenciados, cadências e ritmos alterados. Para Rouillé (2009) o movimento pictorialista reflete uma corrente radical da arte fotográfica. As bases deste movimento recusam o registro, o automatismo, a cópia literal e buscam a intervenção humana. Há uma troca da objetiva pelo olho e da objetividade pela subjetividade. “Assim, para abrir a fotografia para arte, o fotógrafo-artista tem como tarefa inverter a ação da máquina, arriscando-se a intervir diretamente na imagem, inclusive com a mão” (p. 257).

Entre as técnicas utilizadas, materiais experimentados, um dos mecanismos que mais causa impacto é a tentativa de não usar objetivas – sejam para corrigir distorções luminosas, sejam para reduzir o tempo de exposição. Este é um fato interessante que tem passado ao largo da maioria das discussões sobre *pinhole*. A perspectiva *artificialis*, tão importante para a história da arte ocidental e para o próprio homem moderno, é subvertida com o uso de câmeras *pinholes*. (GOUVEIA, 2005, p. 52 e 53).

A tecnologia articula-se à fotografia e cria a fotomontagem e o fotograma (Rouillé, 2009 p. 338). A fotografia é um material rico e complexo em que se distinguem três grandes componentes: o material de registro (se

compõem da luz, de superfícies sensíveis e produtos químicos), o material indescritível da fotografia (as coisas compõem o material indescritível, a imagem e o mundo deixam de ser externos para se interpenetrarem) e a razão química (engloba a perspectiva linear das ópticas e o mimetismo automático das imagens, mas também o tempo da pose maquínica etc.).

A fotografia elenca outros elementos para realizar a sua técnica no qual a eletrônica (e a microeletrônica) configura uma performance para a arte fotográfica. A fotografia aliada à arte, no século XX, a era da tecnologia, forma e deforma, vai do usual ao não usual misturando tendências, voltando ao passando para elaborar o presente. Segundo Carvalho (2008) a fotografia como arte vai instaurar uma ruptura nos modelos de obra e de observador, de imagem e de representação, e desta forma provocam novas subjetividades.

Vicente José de Oliveira Muniz, Vik Muniz, artista brasileiro, confecciona as suas obras, principalmente, elaborando temas relativos à percepção e à representação de imagens do mundo das artes e do cotidiano. Este artista faz uso de técnicas diversas e produz as obras com materiais como açúcar, chocolate líquido, doce de leite, *catchup*, lixo e cristais. Seu processo de trabalho consiste em compor as imagens com os materiais, normalmente instáveis e perecíveis, sobre uma superfície e fotografá-las.



A primeira fotografia é intitulada *Narciso de Caravaggio*, faz parte da série “Imagens de Sucata”. A segunda fotografia é uma impressão sobre porcelana e tem por título *Medusa Marinara*. As imagens de Vik Muniz provocam o olhar e desestabilizam os conceitos preestabelecidos. As imagens confeccionadas por Muniz multiplicam-se e fragmentam-se em muitos significados. A arte e a fotografia denunciam uma gama de visibilidade, de generalidades e particularidades, do comum ao refinado.

A fotografia e a máquina se afirmam e se popularizam no âmago do desenvolvimento tecnológico. A máquina fotográfica se acopla a outros

artefatos, ao computador, a *webcan*, ao celular e passam a ser utilizada em diferentes meios de comunicação como cinema, publicidade, televisão, *sites*, *blogs*, *fotoblogs*. As fotografias “tornam-se parte do mobiliário geral do ambiente.” (Sontag, 2004 p.32). A fotografia articulada à vida contemporânea provoca um olhar curioso sobre o “universo fotográfico” e habitar este universo fotográfico provoca subjetividades e modos de subjetivação.

Tittoni (2009) enfatiza que “a fotografia, assim, encontra-se imersa na discussão sobre o poder e os modos de subjetivação contemporâneos. Mostra, ao mesmo tempo, linha de visibilidade e enunciação, bem como, potencializa fluxos de produção de resistência e de criação” (p.16). Tal proposição nos convoca a trazer o pensamento foucaultiano para essa escritura. O poder é coextensivo a resistência (Foucault, 1996). No instante em que há uma relação de poder, há, da mesma forma, a possibilidade de resistência. As relações de poder se constituem e na mesma relação se desdobram pontos de resistência. As relações de poder são um conjunto de ações possíveis que operam sobre um campo de possibilidades no qual existem sujeitos ativos. Foucault aponta que o poder constitui-se nas práticas cotidianas, ramifica-se, sobrepõem às relações entre os sujeitos, os discursos e os objetos. A resistência se produz nos entremeios das ramificações produzindo e potencializando fluxos.

A fotografia no campo da ciência mostra expressões variadas. Achutti (2004) pontua sobre o predomínio da palavra, sendo que “tal supremacia conferida ao texto e à palavra se deve, por certo, as práticas acadêmicas de sempre, cuja pertinência científica não costuma ser colocada em questão.” O pesquisador traz para o campo da ciência outras possibilidades de pesquisar e assim, explora a experiência de Malinowski (1976) nas ilhas do Pacífico que utiliza a fotografia como recurso de pesquisa. A experiência de Achutti (2004) na confecção de sua dissertação de mestrado *Um estudo de antropologia visual sobre cotidiano, lixo e trabalho em uma vila popular na cidade de Porto Alegre* articula a construção de imagem fotográfica na perspectiva do pensamento antropológico. O autor encara o potencial narrativo das imagens sob a forma de narrativas visuais. “Mergulhado” no campo delinea um modo de pesquisar em que o procedimento metodológico deriva da observação e interação com os sujeitos da pesquisa e, posteriormente, um planejamento das imagens que serão produzidas pelo pesquisador, as quais devem ser atualizadas após cada inserção no campo, pois uma construção narrativa deve ser construída com método, da mesma maneira que um filme, um texto ou uma dissertação. O trabalho de campo vai construindo duas narrativas, uma visual e outra escrita. Dessa forma, a narrativa visual vai constituindo um espaço único, no qual pretende narrar o cotidiano.

Ainda no âmbito da antropologia visual, Fernando de Tacca (1991) em uma de suas pesquisas fornece câmeras fotográficas para operários de uma

indústria calçadista da cidade de Franca, no Estado de São Paulo. O pedido feito para esses trabalhadores (as) foi para que fotografassem o cotidiano através de um roteiro previamente estabelecido. Cada indivíduo ficou com a câmara por dois meses e fotografou semanalmente e sequencialmente os seguintes temas: a família, a casa, os objetos pessoais, o bairro, o caminho da fábrica (ida e volta) e, por último, a fábrica. A fotografia, nesse caso, como estratégia metodológica, possibilitou a produção da auto representação do sujeito trabalhador de uma fábrica de calçado, mas, também, fez emergir “um universo visual singular e dificilmente penetrável ao olhar tradicional da antropologia. O deslocamento do olhar, produtor da imagem fotográfica, rompe com a posse de uma única visão fotográfica da realidade.” (Tacca, 1991)

No âmbito da psicologia social, Tittoni (2000-2008), analisa os processos de subjetivação produzidos nas experiências de trabalhadores vinculados a economia solidária. Segundo a pesquisadora, a utilização da fotografia compondo a estratégia metodológica surgiu “a partir da necessidade de aprimorar tecnologias de intervenção que pudessem mostrar modos de trabalhar invisibilizados pelas normas e padronizações características dos espaços de trabalho”. (Maurense e Tittoni, 2007 p. 36). Dessa forma, a metodologia se afirma nos pressupostos da pesquisa intervenção no qual a fotografia é uma das fases da estratégia metodológica que “consiste em entregar aos pesquisados uma câmara fotográfica e solicita que produzam imagens a partir de um tema ou questão” (Maurense e Tittoni, 2007, p. 37).

A experiência de pesquisa em que Diehl, Maraschin e Tittoni (2009) vão narrar uma proposta metodológica que se assemelha às experiências anteriormente situadas em que o pesquisador entrega aos sujeitos da pesquisa a máquina fotográfica para que eles possam produzir fotografias, “mas com a peculiaridade de que a torção nas posições frente à máquina teve como objetivo explicitar as diferenças técnicas na produção de superfícies e sua articulação com o modo de leitura das planografias no local” (p. 80). O *corpus* metodológico que este trabalho assumiu configurou-se com a modalidade de oficina de mapas e de fotografias ofertada em uma unidade de internação e ambulatório de crianças e adolescentes do Hospital Psiquiátrico São Pedro. Na experiência com a oficina de fotografia os adolescentes receberam as câmeras fotográficas e foram convidados a fotografar, “apenas oferecendo uma máquina fotográfica digital sem propor um tema específico” (Diehl, Maraschin, Tittoni, 2009, p. 82).

Silva (2010) no campo das políticas públicas e da formação universitária produziu uma intervenção junto aos universitários (as) do curso de psicologia da UFRGS que realizaram o estágio curricular na ênfase Psicologia Social e do Trabalho. A estratégia metodológica foi composta dos momentos: inserção e acompanhamento do grupo, oficinas de sensibilização do olhar e de produção de fotografias pelos alunos que compuseram a pesquisa. A trajetória da

pesquisa se configurou com o acompanhamento dos universitários (as) durante 10 meses e o tema proposto para a confecção das fotografias surgiu no interior do grupo estudado. Silva (2010) aponta que, “com base nas fotografias produzidas individualmente, realizou-se o segundo passo da pesquisa: a construção de uma narrativa coletiva” (p. 69). Assim, a intervenção fotográfica nesse grupo de formandos operou “na condição de artesões/artesãs de si no mundo, outros modos de ver e de agir no território da formação *psi*” (Silva, 2010, p. 87).

Com alguns pontos em comum, a pesquisa de Oliveira (2010) contextualiza a intervenção fotográfica sustentada pela Análise Institucional e pelos pressupostos da Pesquisa Intervenção. A estratégia metodológica se constituiu no acompanhamento de um dos grupos do Serviço de Assessoria Jurídica Universitária que tem atuação na assistência com enfoques no direito da mulher e no direito homo afetivo. A construção das oficinas de fotografia se configurou por acompanhar-intervir, no qual se dividiram em dois momentos – oficina de sensibilização – “que teve por objetivo sensibilizar a questão da fotografia e da imagem, através da discussão sobre os diferentes tipos de fotografia e formas de ver” (Oliveira, 2010, p. 67) e, posteriormente, a eleição de um tema pelo grupo para produzir fotografias. Mediante as fotografias produzidas, o grupo retorna para a discussão das fotografias e suas expressões. Surge, neste grupo, o desejo de levar as fotografias produzidas para fora do grupo e para dentro de outros espaços da Faculdade de Direito. Em um segundo momento da pesquisa, foi realizado uma nova oficina de fotografia por pedido dos universitários, no qual foi refeito o mesmo procedimento – oficina de sensibilização e posteriormente oficina de fotografia e, em seguida, a discussão sobre as fotografias. Entretanto, “já a segunda oficina de fotografia o tema ‘gênero’ constituiu em um disparador” (Oliveira, 2010, p. 95) por evocar os atravessamentos que o grupo de universitários estava vivenciando.

Gouveia (2005) promoveu o estudo *A Decomposição Imagética na Pinhole – a imagem pelo buraco de uma agulha*. Nesta trajetória de pesquisa o caráter simplório da tecnologia empregada na *pinhole* foi ressaltado. Esta particularidade torna a câmera artesanal complexa na medida em que institui outro padrão visual (ou retoma o padrão visual da câmera escura) que evidência o ato de **construir** a própria ferramenta de captação de imagens; e a interação dentro do processo de fabricação. Outro movimento é o da **observação**, pois a fotografia *pinhole* se caracteriza como uma prática que o ato de ver é essencial. Esta técnica impõe o controle sobre as variáveis da produção da imagem. Por fim, o movimento de **experimentar**, pois o processo é experimental, tanto na produção da câmera como da fotografia. O autor afirma que “participar das etapas de fabricação do aparelho-fotográfico-*pinhole*

permite que o fotógrafo fique mais próximo do processo de realização da imagem fotográfica” (Gouveia, 2005, p. 75).

Brandt (2006) promoveu uma intervenção com crianças e jovens no qual buscou a reeducação do olhar utilizando a técnica da *pinhole*. No seu projeto a pergunta norteadora foi: a fotografia, como funciona? Para responder a essa indagação, organizou oficinas que ensinaram o mistério da câmara artesanal. O projeto recebeu o nome “1.000 ideias na cabeça e uma lata na mão” e foi realizado no Centro Integrado de Educação Pública (Ciep) Geraldo Reis, em São Domingos, Niterói no Estado do Rio de Janeiro. A oficina consistiu em quatro módulos. O primeiro módulo apresentou às crianças e aos jovens a história da fotografia. No segundo módulo, os participantes trouxeram fotografias e imagens para a construção de uma câmara escura com caixa de papelão, semelhante a um lambe-lambe, que permitiu visualizar a projeção da imagem invertida. O terceiro módulo teve a apresentação da *pinhole* e a construção coletiva das máquinas. E no último módulo aconteceu a produção de fotografias a partir de um tema livre.

Biazus (2006) construiu o estudo “*A lata faz foto? Ah, então a lata é mágica!*”: estudo etnográfico sobre itinerários urbanos e a circulação de imagens e olhares em oficinas de fotografia *pinhole*. A pesquisa apresentou duas oficinas de fotografia *pinhole* que foram analisadas sob o prisma da relação dos sujeitos com um ato fotográfico não convencional e a relação destes sujeitos enquanto fotógrafos e habitantes de uma paisagem urbana específica. As oficinas se desenvolveram nos bairros – Partenon, Oficina no Hospital Psiquiátrico São Pedro; Lomba do Pinheiro, Oficina no Centro de Promoção da Criança e do Adolescente; Restinga e Ipanema – do Município de Porto Alegre. As produções fotográficas dos participantes ganharam exposições nas comunidades.

2. A construção do campo – o percurso até o Ambulatório Básico.

2.1 O Centro de Saúde Vila dos Comerciantes e o Ambulatório Básico.

Novembro de 2009. (Diário da pesquisa)

O percurso até a Vila Cruzeiro levou 40 minutos. Primeiramente, embarquei em um ônibus com ar condicionado. Percebi que a maioria das pessoas fazem os seus percursos sentadas e concentradas para não passar da parada. Esta linha de ônibus faz um trajeto do aeroporto e passa por dois *shoppings* da capital. Desço na Rua Azenha e espero outro ônibus. Depois de alguns minutos, embarco no transporte público que anuncia no seu letreiro – CRUZEIRO. Pergunto ao motorista se este ônibus passa no POSTÃO DA VILA CRUZEIRO. Este é o codinome que CSVV recebe da maior parte da

população. Completo o meu percurso, agora em pé por não tem mais assento livre; as janelas do ônibus estão bem abertas, pois faz calor intenso. A parada do ônibus é em frente ao CSVC. Caminho em direção à entrada do ambulatório que tem uma porta larga aberta para a comunidade.

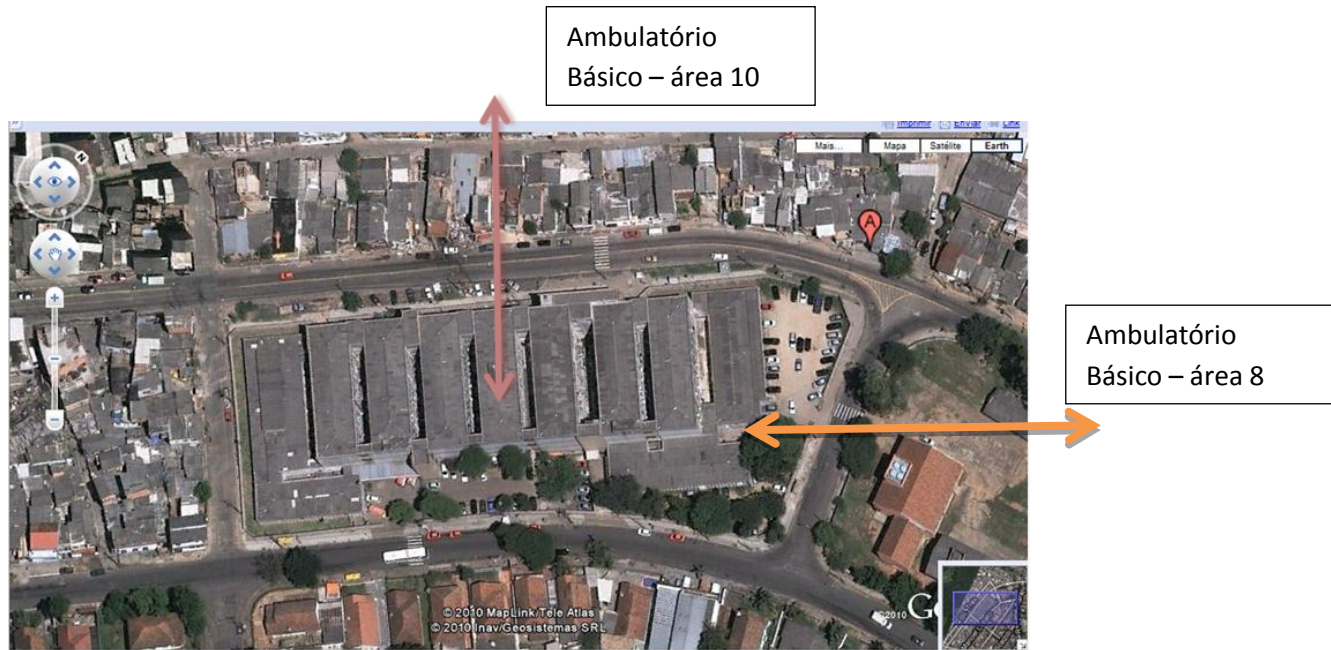
Na entrada do ambulatório tem um salão composto por bancos para que os usuários aguardarem os atendimentos. Em frente a esses bancos há um guichê. Dirijo-me a este para perguntar onde fica a sala da coordenadora do ambulatório. Para minha surpresa, recebo a informação que tenho que me deslocar para fora do ambulatório e dar a volta no CSVC e entrar pela Rua Moab Caldas, para acessar a área de que é a continuação do ambulatório. O Ambulatório Básico é dividido em duas áreas e situado em espaços diferentes na estrutura do CSVC.

O Ambulatório Básico está alocado na área física do CSVC⁴. Este possui uma área de aproximadamente 14.000 m², distribuídos em três pavimentos que contém os seguintes serviços:

- a. Pronto Atendimento Cruzeiro do Sul – PACS
- b. Ambulatório Básico
- c. Ambulatório Especializado
- d. Ambulatório de Odontologia
- e. Ambulatório de Tisiologia
- f. Serviço de Fonoaudiologia
- g. Centro Municipal de Reabilitação
- h. Serviço de Atendimento Especializado em Doenças Sexualmente Transmissíveis - DST/AIDS - SAE
- i. Centro de Orientação e Apoio Sorológico – COAS
- j. Assistência Domiciliar Terapêutica - ADOT
- k. CAIS Mental IV
- l. Fundação de Articulação e Desenvolvimento de Políticas Públicas para Pessoa Portadoras de Deficiências e de Altas Habilidades no Rio Grande do Sul - FADERS
- m. Laboratório Municipal de Saúde Pública
- n. Farmácia Distrital
- o. Núcleo de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente - Nasca
- p. Oxigenioterapia Domiciliar
- q. Comissão de Controle de Infecções (em reestruturação)
- r. Núcleo de Informática - Ninfo
- s. Manutenção
- t. Almoxarifado
- u. Rouparia
- v. Transporte

⁴ Informações retiradas do *site* da Prefeitura Municipal de Porto Alegre. disponível http://www2.portoalegre.rs.gov.br/sms/default.php?p_secao=279 05 de jan. 2011.

- w. Documentação, Estatística e Faturamento
- x. Recepções
- y. Marcação de Consultas
- z. Setor de pessoal (2)
- aa. Áreas administrativas



Na conversa com a coordenadora do Ambulatório Básico e com a enfermeira da área dez, foi solicitado que houvesse um trabalho com a equipe da área oito, pois avaliam que existem dificuldades de relacionamento entre os trabalhadores, bem como, na gestão do trabalho. A coordenação afirma que na área oito a equipe não “trabalha bem”. O que é não trabalhar bem no Ambulatório Básico? Para a coordenação a equipe possui dificuldades de relacionamento com os seus pares e com a coordenação. A conversa me faz ir e voltar nas experiências já vividas no “mundo complexo do trabalho”, e o pensamento sobrevoa a expressão “equipe que não trabalha bem” na tentativa de refletir para além do relato da coordenação. Indago a coordenação sobre as expectativas do meu trabalho e a resposta se dá “é preciso trabalhar com elas para que elas possam se desenvolver.” (Diário de pesquisa). Essa demanda foi endereçada a uma Psicologia que historicamente se constitui como instância de regulação, adaptação e desenvolvimento dos sujeitos. Inquieta-me a dicotomia, uma equipe que trabalha bem e uma equipe que não trabalha bem; a equipe da área dez e a equipe da área oito. Quais são as diferenças das equipes? Estes rótulos estão a serviço do que e de quem? A encomenda aciona o “sinal vermelho”, pois é necessário conhecer as equipes e entender as diferenças e as semelhanças e como opera a demanda na equipe e trabalhar com a coordenação para que outras psicologias possam povoar o trabalho em saúde.

A reunião termina com a combinação de que eu iria conhecer a área oito e a enfermeira responsável. A coordenadora me convida para sair do ambulatório passando por dentro do CSVC afirmando que a saída pelo Pronto Atendimento Psiquiátrico rua, R. Prof. Manoel Lobato, é mais segura. Saímos por uma porta de ferro muito grande trancada a chave, passamos por corredores, acessamos escadas. A sensação que me tomou foi que o ambulatório esta imerso em um grande labirinto e que entrar, permanecer e sair provoca medos e angústias. Assim, a imagem de um labirinto fica no meu pensamento e logo me vem a indagação – que labirintos estarão postos para o trabalho da pesquisa. Haveria armadilhas? Alguns corredores sem saída? Ou mesmo algumas portas fechadas?

Para compreender as instituições, as normas, as leis, os jogos de verdade é preciso puxar alguns fios da história, percorrer os documentos e conversar com os trabalhadores do CSVC. Caminhei por vários corredores, andei pelos labirintos, entrei nas portas e acabei me vendo no mesmo lugar do princípio. A história do CSVC e do Ambulatório Básico são histórias que não estão sistematizadas em nenhum livro ou cartilha. A história do CSVC e dos serviços é uma história que esta personificada em alguns funcionários com acúmulos de tempo de serviço prestado no CSVC. Não tive acesso a documentos, mas acessei algumas pessoas que relataram os fatos que a memória oportunizou lembrar.

Em uma das conversas sobre a história do Ambulatório a respeito de onde eu poderia encontrar os documentos uma técnica de enfermagem relatou um fato: “Há alguns meses atrás os encarregados da manutenção estavam por aqui e nos perguntaram se tínhamos a planta do ambulatório por que estavam precisando mexer nos encanamentos e no esgoto. Já haviam procurado em outros lugares e não haviam achado e vieram perguntar para nós. Vai ser difícil tu achar algum documento, se não há nem da estrutura do prédio!” (H - Diário de pesquisa). Em outra conversa, o Assistente Social do CSVC relatava que a história do CSVC não estava sistematizada e que a história era as pessoas. Afirmou que o grande problema era que a memória sofre de uma erosão, ao recontar os acontecimentos os detalhes, as datas, o nome das pessoas, muitas vezes eram esquecidos. Ao resgatar a história nos profissionais acontecia uma erosão, a história do CSVC se desmanchava, se desfazia e perdia alguns substratos por somente existir na oralidade (Diário de pesquisa).

Alguns fios da história do Ambulatório Básico são expostos através de duas conversas com a coordenadora do Ambulatório Básico, que é médica e faz parte desta equipe desde a formulação.

O prédio que o CSVC ocupa era do antigo INAMPS. Quando este órgão deixou de gerir a saúde, o Estado passou a supervisioná-lo. No ano de 1996 foi

municipalizada a saúde de Porto Alegre e o CSVC foi absorvido pela estrutura municipal. Foi no ano de 1996 que o Ambulatório Básico foi criado.

Anteriormente a 1996, o CSVC era organizado por setores, ou seja, setor da pediatria, da ginecologia, da obstetrícia, de clínica, de vacinas, entre outras especialidades. O CSVC atendia todo o município de Porto Alegre e muitas vezes fazia atendimento de pessoas oriundas dos municípios da região metropolitana.

O CSVC possui diversos serviços dentre os quais o Ambulatório Básico, o Laboratório de Especialidades, o Centro de Especialidades Odontológicas, a Odontologia, o SAE e o COAS que se transformou em Centro de Testagem, Laboratório, a Farmácia Distrital entre outras áreas. O Pronto-Atendimento está dentro do CSVC, entretanto, este serviço se reporta a outra secretaria em termos de coordenação, ou seja, à Coordenação de Emergência. Na hierarquia, o Ambulatório Básico se reporta à direção do Centro de Saúde e a direção se reporta a Gerencia Distrital.

Com a organização do Ambulatório Básico houve a junção das especialidades de ginecologia, de obstetrícia, de clínica geral, de nutrição, o setor de vacina, e o teste do pezinho posteriormente foi incluído aos procedimentos. O Ambulatório Básico é algo recente passando a existir somente depois da saúde pública ser gerida pelo município.

O Ambulatório Básico é uma Unidade Básica de Saúde, mas encontra-se alocada dentro do CSVC. Este oferece à comunidade a atenção primária em saúde, fazendo a interface, para alguns procedimentos com a atenção secundária, como por exemplo, quando se efetua o procedimento de inserção de dispositivo intrauterino (DIU). O Ambulatório Básico promove a atenção básica, mas sem estratégia da Saúde da Família, pois não possui na sua estrutura de recursos humanos o agente comunitário.

A área de atuação do Ambulatório Básico é expressiva, praticamente 35 mil pessoas no qual 70% dessas seriam dependentes do SUS. Uma das realidades mais alarmantes da população atendida é a violência que traz grandes prejuízo para os homens jovens da região devido a violência e o tráfico de entorpecentes. O Ambulatório Básico faz o atendimento das crianças que nascem no presídio feminino, Madre Pelletier, que faz parte da sua região de atuação.

O pré-natal é um dos mais importantes procedimentos feito no ambulatório para atender às gestantes do entorno. Com a relação dos nascidos vivos faz-se um acompanhamento das gestantes que fizeram o pré-natal e das que não fizeram; a partir dessa informação, os profissionais produzem estratégias para acessar as mães e as crianças que não fizeram o acompanhamento no período gestacional. O Ambulatório Básico participa do

programa Prá-Nenê⁵ que faz o acompanhamento das crianças no seu primeiro ano de vida.

A área de atuação do Ambulatório Básico é formada pela grande Santa Teresa, atendendo uma parte do bairro Cristal, uma parte do bairro Santa Tereza, Medianeira, uma parte do Teresópolis, a Oscar pereira que faz parte do bairro Santo Antônio e o bairro Glória. Na verdade, o ambulatório atua nas populações que não são cobertas por outros serviços de saúde. a coordenadora do ambulatório saliente que enquanto não houver UBS e PSF que seja responsável por esses habitantes, fica sob responsabilidade do Ambulatório Básico, que é o maior serviço da Gerência Distrital Glória Cruzeiro Cristal.

Inicialmente, o Ambulatório Básico era o serviço que detinha o maior número de profissionais, mas, ao longo dos anos este quadro se modificou drasticamente devido as exonerações, aposentadorias e falta de reposição dos profissionais. O CSVC, na sua primeira formação, era gerido pela esfera Federal e, em 1996, passou a ser gerido pelo Município. Desta forma, os profissionais possuem vínculo – ou federal, estadual ou municipal. Entretanto, as perdas dos cargos federais e estaduais não possuem reposição por que estes cargos não estão listados como recursos humanos da Prefeitura Municipal.

O Ambulatório Básico é dividido em duas áreas - área oito e área dez – e em espaços físicos diferentes. A cisão no Ambulatório Básico não aconteceu, ela sempre existiu. Antes da municipalização, o CSVC era setorizado, no qual a Pediatria era na área 17, a Obstetrícia na área 10, a Ginecologia era na área 16, as Vacinas onde atualmente está alocada a Farmácia Distrital. Dessa forma, quando houve a criação do Ambulatório Básico as especialidades da Pediatria, Obstetrícia, Ginecologia, Clínica Geral e Vacinas se unificaram. Na sua primeira formação eram 14 pediatras, mais ou menos 10 gineco-obstetra, mais de 20 clínicos e não havia um espaço adequado para acomodar um grande número de profissionais. Assim, se dividiu o Ambulatório Básico em duas áreas e em espaços diferentes dentro do CSVC por que não havia espaços próximos para alocar as duas áreas. As especialidades Clínica e Ginecologia foram alocadas na área dez e os Procedimentos, a Nutrição e a Pediatria ficaram na área oito. O Ambulatório já na sua gênese é cingido, um serviço partido em duas equipes e em dois andares diferentes. Ou ainda, duas equipes partidas em turnos – manha e tarde – formando quatro equipes distintas.

⁵ O Programa Prá-Nenê é um programa desenvolvido pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre no qual as crianças nascida são acompanhadas durante o seu primeiro ano de vida. O Ambulatório Básico, área oito, recebe a lista dos hospitais da cidade com o nome e endereço dos responsáveis para que sejam procurados se não possuem vinculo com o Ambulatório.

A gestão do trabalho é complexa na medida em que alguns procedimentos são executados na área dez, mas necessitam de continuidade na área oito, como por exemplo, quando uma mãe é atendida na área dez para fazer uma consulta ginecológica e a criança tem que ser atendida na área oito para fazer uma vacina. Com a oferta do trabalho de saúde descontinuada a equipe tem que percorrer com o usuário o caminho entre uma área e outra para a garantia do atendimento.

Atualmente, o Ambulatório Básico como um todo possui, na sua equipe, dois pediatras, dois médicos da saúde da família, um clínico geral, dois ginecologistas e uma gineco-abstetra, totalizando oito médicos. Há três enfermeiras no qual duas delas ocupam cargos de coordenação de equipe. Na área oito, há duas nutricionistas que fazem atendimento individual e coordenam grupos em conjunto com a enfermagem. Por fim, o ambulatório conta com dezesseis técnicas de enfermagem, sendo que dez atuam na área oito e seis técnicas de enfermagem na área dez. Há uma técnica de enfermagem que está lotada na área oito, mas, que está trabalhando no setor do estomizados (um serviço do CSV). Existem alguns estagiários de enfermagem e nutrição que fazem estágios curriculares e extracurriculares no ambulatório. Na área oito, está alocado o serviço de eletrocardiograma, mas este não pertence ao Ambulatório Básico.

Na área dez, há a predominância dos procedimentos médicos de Ginecologia, Obstetrícia e Clínica no qual há o procedimento de colocação do DIU e cauterizações. Atualmente, o Ambulatório Básico – área dez - conta com dois ginecologistas, uma gineco-obstetra, dois médicos da saúde da família. Os médicos fazem de 12 a 16 consultas por dia.

Na área oito há os procedimentos médicos de pediatria, mas nessa área o que predomina são os procedimentos de enfermagem. A enfermeira tem como parte de sua atividade a coordenação e organização do trabalho de enfermagem sendo em grande parte são atividades gerenciais e burocráticas como: elaboração de relatórios, pedidos de materiais, registros de horários e de faltas dos profissionais da enfermagem, escalas de folgas e férias, supervisão das técnicas de enfermagem e das estagiarias de enfermagem, coordenação dos projetos de saúde na escola e o programa Pré-Nenê, coordenação dos grupos de diabéticos e hipertensos, visitas domiciliares e consultas de enfermagem. As dez técnicas de enfermagem estão divididas nos procedimentos: vacinas, nebulização e pediatria.

Na sala das vacinas há três técnicas de enfermagem que desempenham a atividade de aplicação de vacinas, imunizações, realização de testes do pezinho, orientação às famílias acerca dos programas de vacinação e acompanhamento do desenvolvimento das crianças no seu primeiro ano de vida.

O trabalho da sala dos procedimentos e da sala de nebulização é feito por uma técnica de enfermagem que efetua a instalação de nebulização, verificação da pressão arterial, distribuição das seringas para os diabéticos, HGT, entre outros procedimentos.

Na sala da pediatria/medições antropométricas está alocada uma técnica de enfermagem que faz medições das crianças e em seguida, repassa as informações ao médico pediatra. Também é neste setor que se faz atendimento do guichê, devolução do exame de eletroencefalograma, cadastramento e recadastramento do programa Bolsa Família.

O horário de atendimento no Ambulatório Básico acontece das 7 horas até às 18 horas. Na área oito os procedimentos de enfermagem são realizados por duas equipes de técnicas de enfermagem – turno manhã (o horário é das 7 horas da manhã até às 13 horas) e tarde (o turno começa às 13 horas e finaliza às 18 horas). A equipe de enfermagem não possui um horário em comum nos turnos para trocas de informações. Quando há a necessidade de notificar a equipe do turno inverso as técnicas fazem um relatório numa caderneta para que o próximo turno tenha acesso as informações. A enfermeira dispõe de horário integral na área oito.

Organizei na tabela a seguir informações sobre os sujeitos desta pesquisa contemplando os itens: idade, escolaridade, atividade de trabalho, tempo de trabalho no Ambulatório Básico, tempo de trabalho na área oito.

Pesquisados	Idade	Escolaridade	Atividade de trabalho	Tempo de trabalho no CSV	Tempo de trabalho no Ambulatório Básico/ área oito.
A	44 anos	Técnica em Enfermagem	Vacina e procedimentos de enfermagem	15 anos	15 anos
B	37 anos	Graduada em Enfermagem	Vacina e procedimentos de enfermagem	15 anos	15 anos
C	35 anos	Graduada em Enfermagem	Vacina e procedimentos de enfermagem	10 anos	10 anos
D	47 anos	Graduada em Enfermagem	Vacina	26 anos	15 anos

E	40 anos	Graduada em Enfermagem	Pediatria/ Medições Antropométricas e guichê	12 anos	12 anos
F	63 anos	Técnica em Enfermagem	Vacina e procedimentos de enfermagem	11 anos	11 anos
H	54 anos	Técnica em Enfermagem	Pediatria/ Medições Antropométricas e guichê	31 anos	15 anos
I	58 anos	Técnica de Enfermagem	Pediatria/ Medições Antropométricas e guichê	25 anos	14 anos
J	61 anos	Técnica em Enfermagem	Vacina e procedimentos de enfermagem	6 anos	6 anos
L	37 anos	Técnica em Enfermagem	Vacina e procedimentos de enfermagem	8 meses	8 meses
M	33 anos	Graduada em Enfermagem	Coordenação	1 ano e 8 meses	1 ano e 8 meses

3. As configurações do trabalho e a experiência de si no trabalho em saúde.

3.1 Trabalho e subjetividade

Este estudo considera o trabalho como uma arte por ter intrínseco o movimento de criação e invenção. Dessa forma, o trabalho é portador de valores éticos, estéticos e políticos. Para problematizar empiricamente os modos de trabalhar em saúde é necessário entender os processos que constituem esse modo de trabalhar no contemporâneo. Essa maneira de conceber o trabalho nos remete à noção de processos de subjetivação. Foucault (1995) parte das três formas de objetivação dos seres humanos, tornando-os como sujeitos: 1) o modo da investigação que trata de dar o status de ciência; 2) a objetivação do sujeito nas “práticas divisoras”, o aprisionamento identitário, no qual outras experiências devem ser identificadas

e definidas; 3) a forma como o ser humano se torna um sujeito, os processos de subjetivação.

Uma questão primordial para Foucault (2004a) é a que condições o sujeito está submetido, a maneira pela qual o saber sobre o sujeito está disposto numa determinada sociedade e como este saber opera no real e no imaginário dos sujeitos.

A questão é determinar o que deve ser o sujeito, a que condições ele está submetido, qual o seu *status*, que posição deve ocupar no real ou no imaginário para se tornar sujeito legítimo deste ou daquele tipo de conhecimento; em suma trata-se de determinar seu modo de “subjetivação”. (FOUCAULT, 2004, p. 235)

Os modos de objetivação e os modos de subjetivação se inter-relacionam, tendo uma ligação recíproca originada nos jogos de verdade que se produzem numa determinada época; “do seu desenvolvimento mútuo e de sua ligação recíproca se originam o que poderíamos chamar de jogos de verdade” (Foucault, 2004a, p. 235). O sujeito se constitui no interior da norma que faz dele objeto do conhecimento, no qual é levado a observar-se, analisar-se e reconhecer-se como um campo possível de conhecimento. Assim, é no interior dos jogos de verdade que o sujeito faz a experiência de si. Foucault aponta, “trata-se, em suma, da história da subjetividade, se entendermos esta palavra como a maneira pela qual o sujeito faz a experiência de si em um jogo de verdade, no qual ele se relaciona consigo mesmo” (Foucault, 2004a, p. 236). O sujeito, ao mesmo tempo em que se subjetiva ao fazer a experiência de si, também é subjetivado conforme as ordenações de determinado tempo histórico e cultural.

Para Foucault (1996, p. 12), o importante na definição de verdade é que ela “não existe fora do poder ou sem poder”. A verdade coexiste no falso e no verdadeiro. Assim, as duas possibilidades estão postas, o jogo do falso e do verdadeiro, do normal e do anormal, do saudável e do doente. O que se enfatiza, aqui, são os jogos de verdade que são produzidos e estão em constante processo de luta e confronto.

Uma história que não seria aquela do que poderia existir de verdadeiro nos acontecimentos, mas sim uma análise dos “jogos de verdade”, dos jogos do verdadeiro e do falso através dos quais o ser se constitui historicamente como experiência, ou seja, como podendo e devendo ser pensando. Por meio de quais jogos de verdade o homem se pôs a pensar o seu ser próprio ao se perceber como louco, ao se olhar como doente, ao refletir sobre si mesmo como ser vivo, falante e trabalhador, ao se julgar e se punir como criminoso? (FOUCAULT, 2004b, p. 195)

Nardi (2006) aponta que os jogos de verdade são um “conjunto de procedimentos que conduzem a uma verdade” e “que vai atualizar regimes de verdades (ou seja, as verdades que adquirem legitimidade social) que sustenta e caracteriza uma determinada forma de dominação” (p. 23). Foucault (2009, p. 12 e 13) afirma que durante a história da nossa sociedade a produção da verdade angariou cinco características: 1) a verdade é centrada no discurso científico; 2) está submetida à produção econômica e ao poder político; 3) é objeto de grande difusão; 4) é produzida e difundida sob o controle de grandes aparelhos políticos ou econômicos; 5) e por fim é objeto de debate político e de confronto social.

Refletir as relações capital/trabalho implica o poder não como uma estrutura, mas como uma produção de forças múltiplas que coexistem nas diversas instituições. Foucault (2004a, p. 238) vai apontar que não há motivo para interrogar o “poder” sobre a sua origem, mas, indica que se estude “os procedimentos e as técnicas (de poder) utilizadas nos diferentes contextos institucionais”. O poder emana de todas as coisas, entretanto, em alguns espaços pode ter uma maior ou menor visibilidade. O filósofo tensiona, do ponto de vista da moral e da ética, as ações cotidianas que vão estar em diferentes lugares e, assim, analisa como os jogos de verdade e as estratégicas de poder se articulam no interior das relações dos sujeitos. E, ainda, afirma que a análise das relações de poder está imbricada na análise global da sociedade, ligada às transformações históricas e econômicas, conforme as táticas de poder (Foucault, 1999).

O trabalho se constitui em um campo tecido por uma trama heterogênea de jogos de verdade e estratégias de poder que atuam na manutenção do capitalismo e modulam a liberdade do sujeito e a sua reflexão ética. Weber (2000) na obra *“Ética protestante e o espírito do capitalismo”* anuncia a produção de um sujeito forjado pelo capitalismo no qual a religião protestante sustenta este modo de ser através de uma ética protestante. Este autor enfatiza que a ética protestante produz um modo de ser trabalhador através “das peculiaridades mentais e espirituais adquiridas do meio, especialmente do tipo de educação propiciada pela atmosfera religiosa do lar e da família que determinaram a escolha da ocupação” (Weber, 2000, p. 22).

Weber anuncia um *ethos*, uma ética particular (p. 31) que está intimamente articulada com uma moral da cultura capitalista moderna. A “vocação” passa a ser um agenciador e mantenedor que assegura o estado de graça do código moral protestante.

Assim, o capitalismo, atualmente guiando a liderança da vida econômica de que necessita pela seleção econômica dos mais aptos – escolhe os empreendimentos e os trabalhadores que tiver necessidade. Para que um modo de vida tão bem adaptado às peculiaridades do capitalismo pudesse ter sido selecionado, isto é,

puddesse vir a dominar os outros, ele teve de ser originarem alguma parte e não apareceu em indivíduos isolados, mas como um modo de vida, comum a grupos inteiros de homens (WEBER, 2000, p. 34).

Weber (2000) sinaliza o entrecruzamento do capitalismo com a moral protestante no qual um propicia condição de possibilidade para outro existir e vice-versa passando a produzir modos de vida. O código protestante naturaliza e produz sentidos acerca de um modo de ser, de habitar o mundo e de ser trabalhador forjado no e pelo capitalismo moderno.

Foucault (2001) aponta a moral estando intimamente ligada às normas que legitimam os sujeitos em um determinado contexto, ao conjunto de regras que se apresenta aos indivíduos e aos grupos por meio dos aparatos prescritivos diversos. Em algum momento, essas regras e valores serão transmitidos de maneira difusa e, em outros momentos, serão explicitamente mensuradas. Por moral também entendemos o conjunto de comportamento real dos indivíduos na sua relação com as regras e valores que lhes são propostos e, assim, indicamos as formas em que se submetem mais ou menos ou completamente ao princípio de conduta. Já a ética é a reflexão produzida sobre as normas e regras.

Como bem sabemos, estabelece-se um conjunto de regras e normas que passam a corroborar com as maneiras pelas quais os indivíduos dão sentidos e valores às suas condutas. As regras, a forma como se valoram e os campos de conhecimentos vão contribuindo no sentido de construir uma ideia e não outra. Como exemplo, na sociedade ocidental moderna, a experiência em que os indivíduos vão se reconhecendo como sujeitos trabalhadores estão articulados a um sistema de regras e de restrições.

Tittoni e Nardi (2006) sinalizam que o capitalismo diante das suas modulações produzem outras subjetividades, “pois cada mutação social implica uma reconversão subjetiva com suas ambiguidades, assim como seu papel de resistência e de transformação” (p. 277). O capitalismo em uma das suas modulações passa a estruturar as suas bases nos modos de produção e assim outras necessidades surgem para dar conta desta nova dinâmica. A ética protestante cede espaço para a ciência moderna promover o trabalho e acelerar o lucro. Esta arquitetura afeta o trabalho e produz um outro modo de ser trabalhador.

Taylor (1990) desenvolveu uma série de doutrinas no qual visa promover uma organização científica do trabalho. A ciência objetiva o trabalho no qual elabora uma série de prescrições deduzidas através de análises prévias da atividade para a elaboração de um conjunto de técnicas no que diz respeito à organização do processo de trabalho. O taylorismo aponta para a superação do conhecimento empírico ou tradicional que os trabalhadores empregam para a realização do trabalho pela administração científica em que os saberes sobre a

atividade não estarão nas mãos dos trabalhadores, mas sim na gerência que terá a função de classificar, tabular e reduzir o trabalho a leis. Assim, vai delineando a cisão no fazer do trabalho que acaba sendo uma divisão entre a gestão e a execução do trabalho.

Sob o sistema antigo de administração, o bom êxito depende quase inteiramente de obter a *iniciativa* dos operários e raramente esta iniciativa é alcançada. Na administração científica, a iniciativa do trabalhador (que é o seu esforço, sua boa vontade, seu engenho) é obtida com absoluta uniformidade e em grau muito maior do que é possível sob o antigo sistema; e em acréscimo a esta vantagem referente ao homem, os gerentes assume novos encargos e responsabilidades, jamais imaginados no passado. A gerência é atribuída, por exemplo, a função de reunir todos os conhecimentos tradicionais que no passado possuíam os trabalhadores e então classificá-los, tabula-los, reduzi-los a normas, leis ou fórmulas, grandemente úteis ao operário para a execução do seu trabalho diário. (Taylor, 1990 p. 40)

Catani e Holzman (2006) enfatizam que “trata-se de uma proposta de racionalização da produção, que integra a organização científica do trabalho (OCT), aprofundando a divisão técnica do trabalho e a separação entre concepção e execução” (p. 281). O trabalho pode ser entendido como um campo de forças que opera modos de trabalhar e, conseqüentemente, como os sujeitos passam a se reconhecer a si próprio e aos outros. Neste campo de forças, está engendrada uma série de estratégias como, por exemplo, a organização do trabalho – as graduações dos postos de trabalho, as hierarquias, a divisão entre planejamento e execução, bem como a divisão social do trabalho.

O trabalho na sociedade contemporânea configura-se por profundas modificações nas estruturas sociais. Há algum tempo se tem discutido acerca das modificações do social impulsionadas pela revolução tecnológica, pelo fenômeno da globalização da economia e pela expansão do ideário neoliberal. Obviamente esses fenômenos provocaram (e continuam provocando) efeitos de transformação nas relações de trabalho, dando possibilidade para emergência da noção de emprego, de subemprego, trabalho precário, entre outras nuances das formas de trabalhar.

O solavanco da reestruturação produtiva do capital que se dá com a crise do modelo taylorista-fordista em meados dos anos 70 nos países desenvolvidos e nos países de economia periférica no começo dos anos 90 faz emergir uma atmosfera de “cidade/mundo global” que abre para novas tecnologias e a invenção de outros modelos de gestão e de trabalho.

A reestruturação do capitalismo, empreendida desde os anos 70 entre as sociedades avançadas, ocorre no bojo do processo de globalização – ou de mundialização do capital – que induz a mudanças qualitativas nos planos

produtivos (novas tecnologias e novos padrões de gestão e de organização do trabalho) e político-ideológico (predominância do ideário neoliberal, que coloca o mercado como instância reguladora privilegiada da vida em sociedade). No âmbito da produção e do trabalho, os novos modelos – japonês, sueco, italiano – constituem alternativas ao modelo fordista clássico, estabelecendo-se como referência para as mudanças nos processos de gestão e de organização do trabalho, notadamente no caso do modelo japonês, entre as quais a palavra de ordem é a flexibilidade (Toni, 2003, p. 248).

Essas transformações do capital agenciam um modo diferente de ser trabalhador. Insuflado por modelos internacionais (por exemplo, o ideário japonês) o trabalhador deve desenvolver competências que giram em torno de habilidades como a flexibilidade, o empreendedorismo, a competitividade, a polivalência entre tantas outras. Ao trabalhador passa a ser exigido e ao mesmo tempo exige de si mesmo responder e se responsabilizar integralmente pelo modo que realiza a atividade de trabalho, as decisões que toma no âmbito do trabalho, os acertos e as falhas. Dessa forma, o indivíduo é o único a ser responsabilizado pelos modos de trabalhar.

O novo modelo de trabalhador, centrado no desenvolvimento de habilidades cognitivas e em um certo tipo de comportamento empreendedor, competitivo e flexível, é muito diferente do moldado em outros momentos da história do trabalho, nos quais figuravam como elementos constitutivos a experiências, a estabilidade, os conhecimentos produzidos no cotidiano de trabalho. Esses conhecimentos cotidianos continuam sendo importantes, mas devem ser adquiridos sobre outras bases tecnológicas e técnicas. (TITTONI, 2009, p. 88)

As profundas mutações que vão sendo produzidas em razão da globalização, do processo de reestruturação produtiva e das políticas neoliberais vão dando margem para a existência de uma outra organização do social, da vida e do trabalho de homens e mulheres do nosso tempo. Arriscamo-nos a marcar que talvez seja no âmbito do trabalho que essas mudanças sejam mais veementes. As lógicas acumulativas e distributivas do capitalismo moderno atualizam-se de formas mais sofisticadas e geram outras possibilidades de promover a relação com o social.

O processo de reestruturação estende-se por todos os segmentos sociais. Seja no setor estatal ou mesmo no público, avançando pelos segmentos da saúde, da educação, da previdência etc., no qual se sujeita à ordem econômica política do mercado e acaba produzindo formas de trabalhar e significar o trabalho. A paisagem que passa a ser expressa de forma singular dá-se pela terceirização dos trabalhadores. Antunes & Alves (2004) indicam que “são os terceirizados, subcontratados, *part-time*, entre tantas outras formas assemelhadas, que se expandem em escala global” (p.337). A discussão da

reestruturação vai dar suporte para problematizar o sujeito trabalhador do contemporâneo e uma nova moral do trabalho que se produz.

Tittoni e Nardi (2006) sinalizam que o “mercado emerge como um dispositivo de modelagem de uma subjetividade forjada a partir da lógica custo-benefício produzindo sujeitos ‘empreendedores de si mesmos’” (p. 278). Estamos tratando de um modelo de trabalhador que é assumido e/ou produzem-se embates e resistências para que outras formas de ser trabalhador e trabalhar possam ser possíveis. A instituição trabalho como prescritora de um código moral provoca um modo de ser; no entanto, a ética vai ser o exercício de reflexão em relação às prescrições, normas e leis. No entanto, “o grau de liberdade da reflexão ética é distinto e depende dos valores morais que atravessam as formas de gestão e a cultura industrial, assim como as restrições impostas pelas condições do mercado de trabalho” (Nardi, 2006, p. 43).

3.2 O trabalho como substância ética

Com base na etiologia, as palavras ética e moral possuem a mesma gênese (do latim *mores* e do grego *ethos*) sendo que se referem à reflexão sobre a ação e sobre os princípios que controlam a ação e que vão permitir o julgamento do bem e do mal (Nardi, 2006, p. 123).

Foucault (2006) afirma que a ética é a prática reflexiva da liberdade no qual “a liberdade é a condição ontológica da ética. Mas, a ética é a forma reflexiva assumida pela liberdade” (Foucault, 2006, p. 267). Dessa forma, a ética é concebida como uma forma de reflexão com liberdade acerca das maneiras de viver e, dessa forma, provocar a emergência de outros saberes que irão compor movimentos de transformação das práticas para além da dominação.

A ética foucaultiana tem suas particularidades no qual implica na análise da relação do sujeito consigo mesmo. Assim, a relação consigo possui quatro aspectos principais: a substância ética, ou seja, qual a parte do sujeito, de seu comportamento, que está relacionada à conduta ética. Nardi (2006) aponta para a ética como o comportamento real dos indivíduos em relação às regras instituídas pelas instituições família, religião e próprio trabalho. Assim, “a determinação da ‘substância ética’ implica na análise da relação dos sujeitos consigo mesmos” (Nardi, 2006, p. 41).

O trabalho como instituição prescritora de uma série de regulamentações, normas e leis na forma de uma moral do trabalho angaria legitimidade e se produz como verdade e assim passa a definir modos de trabalhar e de ser trabalhador em um determinado momento histórico.

Outro aspecto seria os modos de sujeição, que é a maneira pela qual as pessoas são incitadas a reconhecer suas ações morais. No contexto do trabalho, o modo de sujeição se “transforma na medida em que o capitalismo muda as suas estratégias de dominação” (Nardi, 2006, p. 44). Dessa forma, no contexto contemporâneo, o trabalho é legitimado socialmente por meio do trabalho formal e associado ao emprego que “garante” um atestado de cidadão e pelo imperativo dos processos de produção. Ramos, Tittoni e Nardi (2008) compreendem o trabalho como modo de sujeição, no qual possui “relações marcadas pela reificação do vínculo empregatício, no qual o trabalhador pode produzir-se a si mesmo como uma mercadoria”. Outra marca dos processos de sujeição que podemos destacar são os:

Imperativos dos processos de produção comandados por uma lógica da acumulação que maximiza os níveis de produtividade através da intensificação do tempo, da racionalização da força viva e da desregulamentação das relações formais do trabalho (SOUZA, 2010, p. 337).

O terceiro aspecto seria os meios, ou seja, como o sujeito pode modificar-se para tornar-se ético. As estratégias para alcançar essa ética estão calcadas na incorporação da lógica flexibilizadora como norteadora das novas condições de acumulação. No campo do trabalho em saúde houve hipertecnificação da profissão em saúde obedecendo a uma lógica mercantilista (Souza, 2010 p.338) no qual incorpora a demanda de rentabilidade e de produtividade no setor saúde e desta forma é preciso qualificar-se, superqualificar-se. O imperativo é consumir educação/especialização o tempo todo.

Por fim, a teleologia, que é o estudo das finalidades, que tipo de sujeito se aspira ser (Foucault, 1995, p. 263-64). No capitalismo para ser um bom profissional, é necessário ser proativo, polivalente, produtivo, qualificado, entre outras competências.

Há uma circulação de regimes de verdades que formam uma moral do trabalho, uma sobreposição de lógicas sobre o trabalho que passam a assujeitar homens e mulheres e definir modos de trabalhar e ser trabalhador. Nardi (2006) aponta que “o grau de liberdade da reflexão ética é distinto e dependendo dos valores morais que atravessam as formas de gestão e a cultura industrial, assim como as restrições impostas pelas condições do mercado de trabalho” (Nardi, 2006, p. 43).

Foucault propõe que a vida seja concebida como uma obra de arte própria de cada indivíduo. Segue fazendo a pergunta: “entretanto, não poderia a vida de todos se transformar numa obra de arte? Por que deveria uma lâmpada ou uma casa ser um objeto de arte, não a nossa vida?” (Foucault, 1995, p. 261). Para Foucault, é necessário que nós mesmos nos criemos como

uma obra e com um estilo próprio. O filósofo afirma que Nietzsche já fazia essa observação “na gaia ciência, de que poderíamos criar nossa vida dando um certo estilo através de uma longa prática e de um trabalho diário” (Foucault, 1995, p. 262).

Foucault (2004c) posiciona a ética como uma possibilidade de promover a reflexão sobre os modos de viver e, ainda, conceber a vida como uma obra de arte singular. Tomar a ética como a prática reflexiva da liberdade e alargar as possibilidades de liberdade do sujeito está intrinsecamente ligado à construção de uma arte de existir. Foucault vai buscar na cultura grega subsídio para refletir sobre o que seria a arte de viver. Nesta cultura, o cuidado de si está intimamente ligado a uma arte, que seria “um certo modo de conhecimento e a elaboração de um saber” (Foucault, 2005, p. 50), ou ainda um conjunto de prática que promovem as artes da existência. Desta forma, o cuidado de si está destinado a todos e estende-se durante toda a vida. O cuidado de si implicada um prática social no qual o outro é indispensável, no qual “há um trabalho de si para consigo e a comunicação com o outrem” (Foucault, 2005, p. 50).

Deve-se entender, com isso, práticas refletivas e voluntárias através das quais os homens não somente se fixam regras de conduta, como também procuram se transformar, modificar-se em seu ser singular e fazer de sua vida uma obra que seja portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo. (FOUCAULT, 2001, p.17-18)

Nesse sentido também está implicado na ética o desenvolvimento de uma estética de existência. Este conceito foucaultiano nos remete às múltiplas formas de nos reinventarmos na relação consigo mesmo e na possibilidade do encontro/afetação com o outro. Desta forma, a estética da existência seria a possibilidade de resistir às formas prescritivas e institucionalizadas que normatizam o modo de ser/estar no mundo. É na criação de outras formas de existir que se produzem estratégias de enfrentamento dos jogos de poder e de verdade.

Foucault (2001) ressalta que não há transformação do mundo sem uma transformação de si. Problematizar a própria subjetividade como uma decisão ético-estética deve estar calcada no cuidado de si. “Não é possível cuidar de si sem se reconhecer”. (Foucault, 2004, p. 269) Desta forma, torna-se um campo de experimentação, da criação, da confecção de possibilidades outras.

O cuidado de si é certamente o conhecimento de si – este é o lado socrático-platônico - mas, é também o conhecimento de um certo número de regras de conduta ou de princípios que são simultaneamente verdade e prescrições. (FOUCAULT, 2004 p. 269).

O cuidado de si é uma forma de síntese, um ponto de conexão, entre a história da subjetividade e as formas de governabilidade. O exercício do

cuidado de si está ligado a duas grandes zonas: ao poder e à governabilidade, ambos intrinsecamente ligados à ética.

Foucault se ocupa no curso “Hermenêutica do Sujeito” (1981-1982) a analisar um conjunto de práticas (*epimeléia heautoû*) – “cuidado de si” e (*gnôthi seautón*) “conhece a ti mesmo” no qual aponta técnicas e procedimentos, da antiguidade clássica ou tardia, que dá condições de possibilidade para a constituição de um sujeito ético. A noção de *epimeléia heautoû* toma alguns significados: 1). uma atitude para consigo, para com os outros e para com o mundo; 2). converter o olhar dos exterior, dos outros, para si; 3). ações exercidas de si para consigo (trabalho de si sobre si mesmo), pela quais nos assumimos, nos modificamos, nos purificamos, nos transformamos e nos transfiguramos. (Foucault, 2006, p. 14). A inspiração da filosofia grega traz o cuidado de si atrelada à perspectiva de governar a si mesmo para poder governar os outros ou a cidade.

O cuidado de si é uma técnica que requer uma atitude de trabalhar ou de estar preocupado consigo; atitude esta que implica saber, um trabalho com um conjunto de procedimentos e objetivos, uma atenção sobre si enquanto prática constante. O cuidado de si deve constituir um conhecimento de si (*gnôthi seautón*) (Foucault, 2006, p. 85). Foucault percorre a história grega, helenística e romana e sinaliza um certo deslocamento na longa história do cuidado de si que passa a operar, também, por meio de um conhecimento de si.

O cuidado de si torna-se coextensivo à vida (Foucault 2006, p. 107). Dessa forma, o cuidado de si se estende à arte de viver (*tékhne tou bíou*), percorre a nossa existência e a experiência que fazemos com o mundo que nos é apresentado, perdurando por toda a vida. A *tékhne* é uma espécie de preparação permanente para uma prova que dura tanto quanto a vida (Foucault 2006, p. 551). O *bio* passa a ser um material para uma peça de arte estética.

Com o advento do cristianismo, fazem-se profundas mudanças no cuidado de si (*epimeléia heautoû*), forjado na cultura grega, por exemplo. O cuidado de si na dimensão ética é permeado por pressupostos religiosos cristãos (busca pela salvação por meio exclusivo da renúncia das coisas do mundo), por uma série de prescrições morais e assim deixa de lado o caráter estético (constituição bela de si mesmo).

Para Foucault, quando os gregos preconizam o cuidado de si, na verdade, referem-se ao cuidado da alma, como espaço para o pensamento, para a reflexão, o diálogo, o encontro com o semelhante. Logo, cuidar de si, ocupar-se de si, ocupar-se da alma, implica que o indivíduo tenha uma melhor compreensão da sua relação com os outros e do mundo que o circunda. Em última instância, cuidar de si significa conhecer-se.

(...) é a vida inteira que é uma educação. E a *epimeléia heautoû*, agora alçada à escala da vida inteira, consiste em educar a si mesmo através de todos os infortúnios da vida. Há agora uma espécie de espiral entre a forma da vida e a educação. Deve-se educar perpetuamente a si mesmo através das provas que nos são enviadas e graças ao cuidado consigo mesmo, que faz com que estas provas sejam tomadas a sério. Educar a si mesmo ao longo de toda a vida, e ao mesmo tempo, viver a fim de poder educar-se. (FOUCAULT, 2006 p. 534)

Nardi (2006) citando Schmid (1994) afirma que “é pela via da construção de uma arte de viver e do desenvolvimento de uma estética da existência que os indivíduos podem resistir às formas de dominação” (Nardi, 2006, p. 42). Na elaboração de Foucault acerca da estética da existência, o termo estética extrapola “a linguagem corrente (e também de alguns especialistas) que legitima o uso da ‘estética’ como um sinônimo da teoria da arte enquanto outros autores insistem em diferenciar a reflexão sobre beleza (estética) do pensamento sobre arte” (Loureiro, 2004 p.9). Arte é concebida como processo de invenção e de criação e não ligada ao mercado e a história da arte. Concebemos o conceito de estética num sentido ampliado remetendo a um certo estilo, uma certa forma e uma certa sensibilidade do sujeito para com a sua existência.

O conceito de estética não é sinônimo de beleza, ou da busca hedonista do gozar a vida; ele remete para a sensibilidade um dos elementos indispensáveis na reflexão própria de a cada sujeito a respeito das escolhas possíveis quando rumos de sua existência. A sensibilidade permite a abertura às experiências novas e a recusa aos dogmatismos. A sensibilidade política torna inaceitável tudo que é imposto e possibilita o desenvolvimento da capacidade de julgamento. (Nardi, 2006 p. 42)

A estética tensiona o ideário capitalista, influenciada por Weber, pela ética da utilidade que se preocupa com a satisfação do desejo por utilidades no qual o dinheiro passa a fazer a avaliação da utilidade do que é produzido por uma dimensão contábil e quantitativa. A estética vai extrapolar a lógica da utilidade para provocar a ação de produzir por que é belo e por proporcionar prazer.

Com o conceito de estética da existência, adentramos no campo do trabalho e o tomamos como arte na qual a existência se cria como objeto de uma arte. As artes de trabalhar são pensadas como um certo modo de trabalhar, um conjunto de práticas que determinam para o sujeito regras de conduta, ou seja, as prescrições que orientam a prática profissional. Inspirado na ergologia (Scherer, Pires, Schwartz, 2009), o trabalho prescrito é concebido como “aquele determinado para ser executado pelos trabalhadores, correspondendo ao modo de utilizar as ferramentas e as máquinas para cada operação, aos modos necessários e as regras a respeitar” (Oliveira, p. 2006,

p.329). Tomamos o trabalho como uma instituição que forja leis, normas e precisões que operam sobre os sujeitos e fazem com que eles se reconheçam como trabalhadores.

No entanto, o que se produz no trabalho extrapola a sua própria moral. O contra fluxo tensiona o trabalho prescrito e opera por meio do trabalho realizado. O que é produzido pelo trabalho realizado é uma “reelaboração e uma reorganização” (Oliveira p. 2006 p. 331) do trabalho por meio do qual a sensibilidade provoca a abertura para a criação de outros modos de trabalhar. O que escapa no trabalho prescrito e se produz no trabalho realizado porta valores ético-estético que determina um certo modo de ser trabalhador no contemporâneo e atualiza a história do ofício.

3.3 A tecnologia do trabalho em saúde e a educação permanente como dispositivo do/no SUS.

O trabalho em saúde se produz e reproduz no interior dos jogos de verdade de uma determinada época e local. Foucault (1996) investiga a constituição da medicina social no Ocidente a fim de problematizar se “a medicina moderna que nasceu no final do século XVIII é ou não individual”. (p.79). Para isso Foucault aponta o trânsito de uma medicina do Estado, medicina urbana e a medicina como força de trabalho. O que nos interessa neste escrito é um certo trabalho em saúde que vai se delineado.

O trabalho em saúde articula em si o modelo médico hegemônico, produtor de uma série de procedimento e processos com vistas à disciplinarização e normalização do funcionamento da vida da população e dos indivíduos. A medicina no ocidente passa a operar de forma coletiva sobre a população e mais especificamente sobre o corpo dos indivíduos. Foucault (1996) atenta para um certo controle que a medicina faz “no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal, que antes de tudo, investiu a sociedade capitalística. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégica bio-política” (p.80).

Foucault (1996) aponta para o desenvolvimento industrial da Inglaterra e a afirmação a Lei dos Pobres de 1934 como um conjunto de prescritivas para promover o ideário de uma assistência controlada. Assim, constitui-se uma intervenção médica que atua ajudando os mais pobres a satisfazer suas necessidades de saúde, e ao mesmo tempo, um controle que a burguesia exerce sobre a saúde das classes pobres, e, por conseguinte, a proteção das classes ricas. A Lei dos pobres compõe uma tecnologia do trabalho em saúde que passa a organizar um serviço autoritário, não de cuidados médicos, mas de controle médico da população.

Este sistema tinha por função: controle da vacinação, registro de epidemias e doenças perigosas, mapeamento dos lugares insalubres. Lima (2007) aponta que é a partir desse objeto que a epidemiologia se desenvolve como área de saber e se estrutura em torno da dimensão coletiva do fenômeno da saúde e da doença da população.

O nascimento do hospital como instrumento terapêutico e o trabalho em saúde nessa organização é uma formulação relativamente nova. Foucault (1996) aponta que o hospital transmuta-se, modifica-se, e o trabalho em saúde passa fazer parte do seu cotidiano e a principal tecnologia é o procedimento médico. Foucault (1996, p. 107) indica dois fenômenos que vão dar suporte à origem do hospital médico: “o deslocamento da intervenção médica e a disciplinarização do espaço hospitalar”.

Esses dois fenômenos unem-se ao surgimento da disciplina hospitalar, que teve a intencionalidade de promover o esquadrinhamento, a vigilância, a disciplinarização do doente e da doença. Mediante essas transformações, o médico torna-se o principal responsável pela organização do hospital (Foucault, 2006, p. 109). Desta forma vai se naturalizando o lugar do médico e da medicina no trabalho em saúde como produtores de um saber-poder sobre a saúde e sobre o corpo do indivíduo e da população. O modelo biomédico e hospitalocêntrico se atualiza ao longo do tempo e passa a imperar na história do trabalho em saúde.

O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar. A redistribuição dessas duas medicinas será um fenômeno próprio do século XIX. A medicina que se forma no século XVIII é tanto uma medicina do indivíduo quanto da população. (FOUCAULT, 2006, p. 111)

O hospital se modifica, e esta reorganização “toma como ponto de partida as ciências da vida e suas tecnologias, assim como o modo taylorista de organização do trabalho” (Lima, 2007 p. 93) O hospital é submetido a princípios da administração científica, no qual o interesse primeiro é “dar conta da grande demanda de cuidados, em consequência de maior fluxo de pacientes, com o objetivo de diminuir o tempo de internação, aumentar a rotatividade e com isso os lucros das empresas de saúde.” (Lima, 2007 p. 94).

Foucault (1996) ressalta que hierarquia do hospital se apresenta no ritual “da visita, desfile quase religioso em que o médico, na frente, vai ao leito de cada doente seguindo toda uma hierarquia do hospital: assistente, alunos, enfermeiras, etc.” (p.110). O trabalho do médico no hospital passar a ser documentar as experiências, as técnicas, os diferentes tratamentos aplicados na cura dos enfermos. “Constitui-se, assim, um campo documental no interior do hospital que não é somente um lugar de cura, mas também de registro, acúmulo e formação de saber” (p. 110). O trabalho hierarquizado no hospital

aprofunda a divisão técnica e efetua a separação da concepção do trabalho da execução, sendo que o médico é aquele que constrói conhecimento e que agencia a burocracia do espaço hospitalar, e o trabalho de execução fica a cargo da enfermeira. A educação no trabalho fica a cargo do médico que ensina acerca dos seus registros, técnicas e evidências para estudantes de medicina e médicos em formação.

O paradigma positivista passa a ser a tradução da ciência, no qual considera como válidos, apenas os conhecimentos passíveis de verificação empírica e produzidos sob o rigor do método científico. Assim, para conhecer é preciso se especializar, verificar o detalhe, dessecar para poder comparar e o “homem passa a ser visto e atendido, segundo os órgãos doentes” (Pires, 1996, p. 91). A medicina afirma-se como técnica geral da saúde e assume um lugar decisivo nas estruturas administrativas (Foucault 1996, p. 222). Esses jogos se atualizam e por vezes se naturalizam no interior das relações sociais.

Ainda que breve, trouxemos algumas linhas para analisar a configuração de uma tecnologia do trabalho em saúde e os jogos de verdade que operam na produção de certo modo de trabalhar em saúde dentro da organização e consolidação do modelo hospitalar. Outra linha que iremos percorrer é o cenário brasileiro e as tecnologias do trabalho em saúde que se efetivam a partir da construção do Sistema Único de Saúde (SUS).

O SUS é compreendido a partir de um momento histórico determinado e assim constituído por jogos de verdade que expressam certa concepção de saúde e de doença, direitos sociais, gestão, trabalho, educação entre tantas outras interfaces. O ideário do SUS surgiu nos anos 80, fruto da participação e da luta dos cidadãos na redemocratização do Brasil e ganha força através do Movimento Sanitarista e das Conferências Nacionais de Saúde, em uma época em que o País vivia uma realidade de resistência à ditadura militar.

O Movimento da Reforma Sanitária provoca avanços e ao mesmo tempo sofre paralisações pela estrutura burocrática do Estado, no qual “os avanços no plano institucional não correspondem às políticas e ações do Executivo, há um ponto mesmo em que as teses e projetos reformistas são combatidos por seus adversários privatistas e pela burocracia previdenciária”. (Jorge, 2003 p. 46)

Em 1986, é realizada a VIII Conferência Nacional de Saúde, que foi antecedida pela conquista da democracia. Nesta conferência se reafirmou “a saúde como um direito de todos e dever do Estado” sendo proclamada por diferentes vozes, de inúmeros movimentos sociais e sindicatos que lutavam por uma participação popular e pela democrática. Paim (1986) aponta que a partir desses movimentos de democratização instaurados, foram criados um conjunto de proposições políticas para a democratização da saúde no qual vieram a fundamentar a Reforma Sanitária.

Paim (2007) afirma que a Reforma Sanitária foi uma proposta que visou um novo sistema de saúde alicerçada em um argumento democrático, um projeto consolidado por meio da 8ª Conferência Nacional de Saúde, um movimento e um processo por ser a Reforma Sanitária um agenciamento complexo que vem sendo repensando e refeito ao longo desses anos. Uma reforma que constantemente deve ser repensada para que possa cumprir seu papel social.

(...) a Reforma Sanitária Brasileira como uma reforma social centrada nos seguintes elementos constituintes: a) democratização da saúde, o que implica a elevação da consciência sanitária sobre a saúde e seus determinantes, e o reconhecimento do direito à saúde inerente à cidadania, garantindo o acesso universal e igualitário ao Sistema Único de Saúde e participação social no estabelecimento de políticas e na gestão. b) democratização do Estado e seus aparelhos, respeitando o pacto federativo assegurando a descentralização do processo decisório e o controle social bem como fomentando a ética e a transparência nos governos. c) democratização da sociedade e da cultura, alcançando os espaços da organização econômica e da cultura, seja na produção e distribuição justa da riqueza, seja na adoção de uma “totalidade de mudanças” em torno de um conjunto de políticas públicas e práticas de saúde, seja mediante uma reforma intelectual e moral. (PAIM, 2007 p. 151)

A implementação do SUS se deu por meio da Lei nº 8.080 e pela Lei nº 8.142. Essas leis são editadas em 1990 e passam a regulamentar o SUS enquanto política nacional, formando a “Lei Orgânica da Saúde”. O SUS se legitima enquanto Política Nacional de Saúde engendrado pelos princípios doutrinários da universalidade, da equidade e da integralidade nos serviços e ações de saúde. Prevê, ainda, como princípios de sua operacionalização a descentralização dos serviços, a regionalização e a hierarquização da rede e participação social. As ações e os serviços de saúde interrelacionados com o Sistema preveem que as ações devem ser desenvolvidas em uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada.

A Lei Orgânica da Saúde, Lei nº 8.080/1990 “dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços” de saúde no território nacional (Brasil, 1990). Essa lei constitui o SUS com comando único em cada esfera do governo e definiu o Ministério da Saúde como gestor no âmbito da União. A lei no seu capítulo II – Dos Princípios e Diretrizes, art. 7º, estabelece entre os princípios do SUS a universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência.

A estrutura do SUS é também concebida a partir da Lei 8.142/1990 que dispõem sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e das transferências intergovernamentais de recursos financeiros na esfera da saúde. (Brasil, 1990)

Os princípios doutrinários do SUS são pautados na Constituição Federal de 1988 no qual a **universalidade** dos serviços está firmada no artigo 196 em que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”. Matta distingue dois desafios postos pela universalidade: “a universalidade do acesso às ações e aos serviços de saúde e a universalidade das condições de vida que possibilitam boas condições de vida” (Matta, 2007, p. 69).

A **equidade** na assistência à saúde se traduz na oferta de ações e serviços a toda a população. Matta salienta que “o princípio da equidade, para alguns autores, não implica a noção de igualdade, mas diz respeito a tratar desigualmente o desigual, atentar para as desigualdades coletivas individuais” (Matta, 2007, p. 69).

A **integralidade** da assistência está disposta no artigo 198 da Constituição Federal tendo o “atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas” (Brasil, 1988) no âmbito individual e coletivo nos diferentes níveis de complexidade do sistema.

No campo da política de saúde, a integralidade deve ser assumida enquanto eixo norteador da reorientação do modelo assistencial, envolvendo ações intra e intersetoriais. Na gestão do sistema, é necessário garantir o acesso à atenção em todos os níveis de complexidade do sistema assegurando a integração organizacional e programática da assistência individual com as ações de caráter coletivo. No âmbito da organização dos serviços, a integralidade deve ser assumida enquanto compromisso de cada profissional e das equipes de saúde no âmbito de atender às necessidades de saúde dos cidadãos, individual e coletivamente. (SPEDO, 2009 p. 23)

A integralidade perpassa a formação dos trabalhadores e o trabalho em saúde. Matta (2007) enuncia que a “formação dos trabalhadores da saúde deve ser concebida a partir de uma organização dos conhecimentos e das práticas que viabilizem o reconhecimento da integralidade como eixo norteador dos processos educativos” (p. 72). O trabalho em saúde sob o prisma da integralidade junta a problematização do fazer-saber.

Desde a criação do SUS a constituição brasileira de 1988 em seu artigo 200, atribui ao SUS o ordenamento da formação de Recursos Humanos para o setor saúde. A formação dos trabalhadores em saúde é num primeiro momento assinada como Educação Continuada sendo que na IX Conferência Nacional da Saúde no ano de 1992 explicitam a temática dos recursos humanos nas políticas do SUS no qual afirmam a necessidade de “garantir a qualificação / e ou formação permanente permitindo a evolução do trabalhador na carreira”. (Barsil, 1992)

Através da X Conferência Nacional de Saúde, decidiu-se elaborar os “Princípios e Diretrizes para uma Norma Operacional Básica de Recurso Humanos para o SUS” (NOB/RH-SUS). Em 1998, elaborou-se uma versão

preliminar do documento. A segunda versão foi elaborada no ano de 2000, estendendo-se a quarta versão para 2002 de modo a estabelecer coerência com as diretrizes aprovadas na 11ª Conferência Nacional de Saúde (Brasil, 2002).

4.2.1.2 Os Programas Institucionais de Educação Permanente deverão assegurar a formação e a capacitação dos trabalhadores em Saúde para que se desenvolvam na carreira e atuem de forma a propiciar um atendimento de qualidade para o usuário, proporcionando a elevação da auto-estima dos próprios trabalhadores.

4.2.1.2. Os Programas Institucionais de Educação Permanente devem garantir a realização de atividades que promovam a educação para a gestão do trabalho em saúde, incluindo-se o desenvolvimento do trabalhador; a administração de pessoal; a utilização de fontes de informações intra e extra setoriais; (BRASIL, 2002)

Em acordo com NOB-RH/SUS, a formação permanente em saúde deve estar em consonância com o modelo assistencial instaurado nas Leis nº 8.080/1990 e nº 8.142/1990.

A Política Nacional de Humanização do SUS (PNH) existe desde o ano de 2003, e marca, entre outros objetivos, a promoção de mudanças na oferta da atenção e no modelo de gestão em sua indissociabilidade, preconizando as necessidades dos cidadãos e do próprio trabalho em saúde, atentando para a valorização dos trabalhadores e as suas relações sociais no fazer do trabalho. Nos princípios norteadores do PNH, há a reafirmação do “compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente” (Brasil, 2004, p. 17).

Também em 2003, há a aprovação da – Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – atendendo aos requisitos da NOB/RH-SUS, no qual tem como objetivo:

Definir uma proposta nacional de formação e desenvolvimento para o conjunto dos profissionais de saúde capaz de Educação e Trabalho, promover mudanças nas Práticas de Formação e nas Práticas de Saúde, promover articulação entre Ensino, Gestão, Atenção e Controle e criar Polos de Educação Permanente em Saúde. (BRASIL, 2003)

Recentemente, a Portaria 1996/2007 (Brasil, 2007) dispõem acerca das diretrizes para a implementação da Política de Educação e Desenvolvimento para o SUS: caminhos para a educação permanente em saúde – atendendo aos requisitos da NOB/RH-SUS, no qual tem como objetivo: dispõe sobre as diretrizes para a implementação da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde de modo a adequá-la às diretrizes operacionais e ao regulamento do

Pacto pela Saúde (Brasil, 2006). Define por meio desta portaria que a Política de Recursos Humanos do SUS deve considerar as especificidades regionais, as necessidades de formação e desenvolvimento para o trabalho em saúde e a capacidade já instalada de oferta institucional de ações formais de educação na saúde.

A educação permanente pode funcionar, assim, como estratégia para provocar novas configurações do trabalho em saúde. Para Ceccim (2005), a educação permanente vai construir o ideário de espaços coletivos que viabilizem a reflexão e avaliação do trabalho em saúde no fazer do cotidiano. A centralidade da educação permanente em saúde se articula nas realidades singulares das ações e serviços de saúde que constantemente sofrem mudanças. A educação permanente em saúde preconiza uma vinculação ético-política com a formação dos profissionais da saúde e os modos de trabalhar e ainda provoca a possibilidade criação de outras formas de ser trabalhador em saúde que passam pela experimentação e criação de outras experiências possíveis.

A identificação da educação permanente em saúde está carregando, então, a definição pedagógica para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde (Ceccim, 2005).

A educação permanente em saúde quer potencializar a tensão entre campos de saberes, normatividades e formas de subjetividade e, assim, provocar a reflexão sobre como os sujeitos trabalhadores da saúde se reconhecem a si mesmos nesta experiência e buscam formar-se enquanto sujeitos trabalhadores da saúde. Nesse sentido, a formação permanente dos trabalhadores é perpassada pelo exercício de si sobre si mesmo, em movimentos de transformação para produzir o sujeito trabalhador.

O reconhecimento do sujeito enquanto trabalhador da saúde extrapola a formação técnico-científica e transita por questões subjetivas. Foucault (2004) aponta para “a ética como uma prática e o *ethos* uma maneira de ser” (p.221). Assim podemos apontar para o trabalho, ou os modos de trabalhar calcados no *ethos*, como uma maneira de ser trabalhador da saúde. Que maneiras de ser trabalhador da saúde são construídas? Ser trabalhador não é algo intrínseco, pois o sujeito não nasceu com um ofício, mas ao longo da vida vai se construindo como sujeito trabalhador a partir de suas experiências de vida e trabalho.

Nardi (2006) afirma que existem três pontos que compõem a relação entre a ética do trabalho e os processos de subjetivação. O primeiro é a ética

do trabalho como o código normativo que age com dispositivo disciplinatório; o segundo remete-se a reconhecimento social do trabalhador como cidadão; e o terceiro, as condições afirmadas pelo código normativo combinado ao trabalho que sinaliza a ética como prática refletida da liberdade nas decisões dos trabalhadores quanto ao seu próprio trabalho e futuro.

O sujeito trabalhador produz o seu trabalho entre a prescritiva do trabalho – uma moral do trabalho – e o que de fato realiza, a partir de uma reflexão ética do trabalho. O que delimita as prescrições do trabalho em saúde? Entre a prescritiva do trabalho e o que de fato o trabalhador realiza há a produção de uma invenção na relação consigo e com os outros (por que o trabalho não é um fazer solitário) a partir da autocriação.

O processo de educação permanente em saúde é compreendido como modo de interferir nas práticas cotidianas dos serviços, nos processos de trabalho, nos modos de gerir e cuidar, de forma a potencializar os princípios do SUS. Com os processos de formação, pode-se enfrentar e desmontar a separação formação-trabalho, ao se considerar que os processos de trabalho se constituem como matéria-prima dos processos de formação. Por outro lado, o investimento na formação dos profissionais de saúde e redes sociais é uma posição de aposta na invenção de outras práticas. Por considerar a formação como aquilo que se dá como experiência singular-coletiva, produção de sujeitos que se querem protagonistas de sua história e de políticas públicas, é que entendemos fundamental estabelecer o compromisso com a consolidação de modos de fazer e de pensar políticas de saúde de maneira crítica e desnaturalizadora.

A educação permanente como um campo de lutas passa a ser um dispositivo do e no SUS na medida em que dá passagem para diferentes linhas de força, visibilidade e ruptura que compõem uma política de saúde e produzem sujeitos trabalhadores num ordenamento capitalista. Como dispositivo entendemos,

Um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são elementos do dispositivo. (FOUCAULT, 1996 p. 244)

A tensão entre capacitação, desenvolvimento de pessoas, formação, educação continuada e educação permanente em saúde estão postas e sobrepostas na produção da Política Nacional de Educação Permanente no cotidiano do trabalho e educação em saúde. Davani (2006) aponta que “a capacitação consiste na transmissão de conhecimentos dentro da lógica do “modelo escolar”, com o intuito de atualizar novos enfoques, novas informações ou tecnologias na implantação de uma nova política” (p. 41). Essa autora

pontua que no âmbito da saúde são produzidos na relação entre educação e trabalho os paradigmas da Educação Continuada e da Educação Permanente.

A Educação Continuada é caracterizada por

- Representar uma continuidade do modelo escolar e acadêmico centralizado na atualização de conhecimentos, geralmente com enfoque disciplinar, em ambiente didático e baseado em técnicas de transmissão, com fins de atualização;
- conceitualizar tecnicamente a prática enquanto campo de aplicação de conhecimentos especializados, como continuidade da lógica dos currículos universitários, que se situa no final ou após o processo de aquisição do conhecimento. Por este fato se produz uma distância entre a prática e o saber (compreendido como saber acadêmico) e uma desconexão do saber como solução dos problemas da prática;
- ser uma estratégia descontínua de capacitação com rupturas no tempo: são cursos periódicos sem sequencia constante;
- ter sido, em seu desenvolvimento concreto, dirigida predominantemente ao pessoal médico e alçado, com menos ênfase, o grupo de enfermagem. Centrada em categoria profissional, praticamente desconsiderou a perspectiva das equipes e diversos grupos de trabalhadores. (DAVINI, 2006, p. 43 e 44)

A Educação Permanente com outros atributos se afirma como possibilidade de instituir outras lógicas e operar nos modos de educar e trabalhar em saúde. Assim, a Educação Permanente supõe intervir a lógica do processo:

- incorporando o ensino e o aprendizado à vida cotidiana das organizações e as práticas sociais e laborais, no contexto real em que ocorrem;
- modificando substancialmente as estratégias educativas, a partir da prática como fonte de conhecimento e de problemas, problematizando o próprio fazer;
- colocando as pessoas como atores reflexivos da prática e construtores do conhecimento e de alternativas de ação ao invés de receptores;
- abordando a equipe e o grupo como estrutura de interação, evitando a fragmentação disciplinar;
- ampliando os espaços educativos fora da aula e dentro das organizações, na comunidade, em clubes e associações, em ações comunitárias. (DAVINI, 2006, p. 44)

Ceccim (2005) explica que a educação permanente em saúde é designada por alguns autores com sendo um desdobramento da educação popular ou da educação de jovens e adultos permeada pelos princípios de

Paulo Freire. Da mesma forma, enuncia que a forma de conceber a educação permanente em saúde se configura pela influência do movimento institucionalista em educação promovido por Lourau e Lapassade. Configura-se, ainda, como sendo um desdobramento, sem filiação de uma série de movimentos na formação dos profissionais da saúde, educação continuada e educação formal de profissionais da saúde.

A Educação Permanente em Saúde como dispositivo no/do SUS se produz e reproduz-se de forma estratégica por meio dos jogos de verdade que produzem sobreposições e, assim, atualizam saberes/práticas, modos de trabalhar e educar em saúde. Essa produção provoca um campo complexo que atualiza as relações entre trabalhadores, gestores e usuários dos serviços de saúde em relação.

4. As experiências no Ambulatório Básico postas em análise

4.1 O encontro com a equipe do Ambulatório Básico – construindo uma intervenção dos modos de trabalhar e educar.

O campo vai se delineando a partir dos muitos atravessamentos que compõem o momento atual do trabalho em saúde, do olhar da pesquisadora, dos trabalhadores do Ambulatório Básico, dos analisadores e dos dispositivos que se articulam pelas condições de possibilidade que emergem do campo de pesquisa intervenção. O exercício desta pesquisa é o de promover “a inseparabilidade entre conhecer e fazer, entre pesquisar e intervir” (Passos e Barros, 2009, p. 17), tomando a pesquisa como um campo de intervenção.

Alicerçada pela Análise Institucional (Lourau, 2004) percorreremos dois conceitos que vão sendo produzidos no encontro com a coordenação e com os trabalhadores do Ambulatório Básico. A encomenda e a demanda são dois conceitos que coabitam e tencionam durante todo o percurso no campo.

O campo de intervenção compreende todo o espaço-tempo acessível aos interventores em função da encomenda inicial e das modificações em extensão eventualmente produzidos pela análise da encomenda e das demandas no decorrer da intervenção. (LOURAU, 2004, p. 218)

Para evidenciar como se constituiu a minha aproximação com a equipe do Ambulatório Básico, faz-se necessário retornar a confecção do projeto de pesquisa. Naquele momento, a temática do projeto – trabalho e formação – já havia se articulado, mas não existia um campo. O Pró-Saúde era um espaço possível, pois já havia um movimento articulado de intervenções no CSVC, já que a UFRGS o havia escolhido como Distrito Docente Assistencial Cruzeiro/Glória/Cristal (CGC).

De acordo com os relatórios das atividades do Pró-Saúde (2009), a UFRGS teve como objetivo construir uma rede de excelência em ensino e

pesquisa na área de atenção primária no contexto do Pró-Saúde II, no qual elegeu o Distrito Docente Assistencial Cruzeiro/Glória/Cristal (CGC) como um dos principais cenários para o desenvolvimento desta proposta junto aos cursos de graduação da área da saúde. Este distrito situa-se na região centro-sul de Porto Alegre, onde estão instalados recursos de saúde de diferentes níveis de complexidade, vários equipamentos sociais, uma realidade geográfica particular e uma população estimada em 160.000 habitantes (Silva, 2010, p. 44).

O Pro-Saúde é o Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde tem como objetivo reaver o descompasso entre a formação dos profissionais de saúde e os princípios, as diretrizes e necessidades do SUS. Desta forma, o Pró-Saúde visa incentivar a reformulação do processo de formação, geração de conhecimento e prestação de serviços à população para abordagem integral do processo saúde-doença. Tem como centralidade a integração ensino-serviço, com a inserção dos estudantes nos serviços de saúde, ou seja, na Rede SUS, com ênfase na atenção básica, desde o início de sua formação. (BRASIL, 2007)

O curso de Psicologia da UFRGS participa do edital do Pró-Saúde em 2007 instituído pela Portaria Interministerial MS/MEC nº 3.219, de 26 de janeiro de 2007, em conjunto com outros cursos da área da saúde. Fomentado por este programa, começa-se a delinear a integração ensino-serviço, no qual se tem buscado construir um trabalho de intervenção da Psicologia no CSVC, UBS e PSF e nas comunidades do Distrito Cristal, Glória e Cruzeiro. A coordenação do Ambulatório Básico participou das reuniões do Pró-Saúde no CSVC e em uma das ocasiões explicitou para as representantes da Psicologia que havia a necessidade de um trabalho de intervenção na equipe do Ambulatório Básico. O pedido que se configurava era um campo possível para desenvolver a pesquisa. Entretanto, era preciso acessar a coordenação e compreender qual era o pedido e quais as outras produções seriam possíveis nesse espaço.

A encomenda configurou-se pela fala da coordenadora que explicitou o seu olhar acerca da equipe de trabalho da área oito e as necessidades que ela reconheceu como sendo legítimas para que a equipe desempenhasse o trabalho. A encomenda faz interrogar. Interroga na medida em que a encomenda foi feita pela coordenação do ambulatório que são “as pessoas que têm autoridade para requer uma intervenção que, enfim, passam a encomenda, também tem demandas individuais” (Lourau, 1999, p. 31). Na mesma esfera, interroga por ser endereçada a uma pesquisadora psicóloga.

A psicologia foi sendo construída como um campo das ciências naturais exercendo a ação de regulação e adaptação dos sujeitos ao social. Para Foucault (1999), a psicologia vai configurando-se como ciência na medida em

que surge como uma análise empírica da maneira pela qual a existência humana se oferece no mundo. A disciplina psicologia vai atuar na regulação do corpo e dos comportamentos e indicar certa prescrição do que é normal e do que desvia da norma.

Com a encomenda explicitada pela coordenação do ambulatório, era preciso conhecer a equipe e conversar sobre a possibilidade de desenvolver a minha pesquisa de mestrado. Fui orientada pela coordenadora para entrar em contato com a enfermeira para combinar a reunião. A primeira reunião com a enfermeira aconteceu em novembro de 2009. No encontro para discussão sobre o trabalho, ela afirmou com veemência “que todo o trabalho é bem-vindo! Temos alguns problemas de relacionamento na equipe” (Diário de pesquisa).

A encomenda feita pela coordenação do Ambulatório Básico explicitava que a equipe de profissionais da área oito tinha dificuldade de relacionamento entre os pares e a coordenação e, devido a essa dificuldade, era concebida como uma equipe que não trabalhava bem. O que a coordenação indicava é que esta equipe estava fora da prescritiva do que é ser um bom trabalhador, ou seja, aquele profissional que faz o seu trabalho e não cria uma demanda sobre o seu fazer e sobre as relações de trabalho com os outros profissionais. Em muitos momentos da história (passada ou atual), a disciplina psicologia esteve articulada ao um saber poder que “concerta o desvio”. Com isso, analisar a encomenda traz a possibilidade de podermos criar uma demanda para a equipe da área oito, ou seja, ir ao encontro dos trabalhadores e avaliar se a equipe se reconhece como uma equipe que não trabalha bem. A complexidade das relações que estão postas neste pedido faz com que seja necessário trazer para a escritura os atravessamentos que vão compondo o campo de pesquisa.

O Ambulatório Básico ocupa parte da área física do CSVC. Há uma peculiaridade de estar desde a sua gênese “provisoriamente”⁶ dividido em dois espaços diferentes, ou seja, parte da equipe técnica trabalha em um local, área oito, e a outra parte da equipe na área dez. O Ambulatório possui uma equipe fraturada e dividida em duas áreas e por dois conceitos – uma equipe que trabalha bem e uma equipe que trabalha mal. Também o que as difere são a oferta dos serviços prestados à comunidade.

A área oito disponibiliza consultas em pediatria realizadas por duas médicas, e duas nutricionistas realizam atendimento em nutrição à população do entorno. Esses atendimentos são agendados pela central de marcação de consultas, tendo uma cota de atendimentos por dia. As médicas pediatras fazem atendimento individual nos seus consultórios e são auxiliadas pelos

⁶ A coordenação apresenta a Ambulatório Básico dividido em duas áreas provisoriamente. Em outra conversa ressalta que a divisão se faz na concepção do Ambulatório Básico. E no momento atual, anuncia há possibilidade da área dez se fundir a área oito devido à diminuição dos médicos. Na avaliação da coordenadora a diminuição dos profissionais e a não reposição dá a condição de todos os profissionais – área oito e área dez – trabalharem no mesmo espaço físico.

técnicos de enfermagem para feitura dos procedimentos. As consultas em nutrição são individuais, entretanto, esta especialidade participa da coordenação dos grupos e das intervenções na comunidade. Essas ações são desenvolvidas em conjunto com a enfermagem. A área oito recebe estagiários de nutrição e enfermagem (curriculares e extracurriculares) advindos das universidades de Porto Alegre e da grande Porto Alegre.

Todavia, é na área oito que se ofertam os procedimentos de enfermagem, como por exemplo, a vacinação de crianças e adultos, imunização, medição de pressão arterial, antropometria, nebulização, teste do pezinho, HGT. Os procedimentos são realizados por dez técnicas de enfermagem, em turnos diferentes. Há uma enfermeira que é responsável pela gestão da área. Durante o ano, esta área promove a realização das campanhas de vacinação. Também existe a oferta de grupos para hipertensos, diabéticos e perda de peso. Estes grupos são coordenados pela enfermagem, nutrição e por técnicos que fazem parte de outras áreas do CSV. A área oito executa o programa Prá-Nenê que faz o acompanhamento de crianças recém-nascidas até o seu primeiro ano de vida e ainda esta área é responsável pelo cadastramento do Programa Bolsa Família. Esta área também executa o Programa Saúde na Escola, atuando nas escolas do entorno promovendo campanhas sobre a dengue, vacinas, alimentação, violência, entre outros temas. O que tem mais visibilidade no trabalho desta equipe é a oferta dos procedimentos de enfermagem

A área dez se restringe aos procedimentos médicos. Nesta área estão alocadas as especialidades – ginecologia, obstetrícia, saúde da família e clínico geral. Os procedimentos são realizados por seis médicos, no qual cada um realiza de doze a vinte consultas diárias. Há duas enfermeiras – uma que auxilia na realização do Pré-natal e outra enfermeira que é responsável pela a coordenação de enfermagem no Ambulatório Básico. Esta área, ainda, dispõe de seis técnicas de enfermagem que dão apoio aos procedimentos médicos. A coordenação do Ambulatório está fixada nesta área no qual uma médica faz a coordenação geral e também atua nos procedimentos médicos.

As equipes divididas marcam a divisão hierárquica do trabalho. De um lado os procedimentos de enfermagem, que em alguns momentos antecedem o procedimento médico. A separação em procedimentos ressalta a divisão entre concepção e execução na qual afirma uma moral sobre o trabalho e confere valorização distinta ao trabalho desenvolvido. Nos procedimentos de enfermagem há divisões que se atualizam e operam sobre o trabalho da enfermeira e da técnica de enfermagem. Esta designada nas prescrições acerca do processo de trabalho da enfermagem, que o profissional graduado em enfermagem assiste, administra, ensina e pesquisa. O técnico de enfermagem faz a assistência em enfermagem. Na equipe da área oito há uma enfermeira que gere a equipe de técnicas de enfermagem. Esta enfermeira se

reporta a enfermeira da área dez que é a coordenadora da equipe de enfermagem.

Os reflexos da gestão à distância (da área dez) anunciam a dificuldade de gerir uma equipe “fraturada”. Na história do ambulatório, durante um grande período, a área oito ficou sem enfermeira para dar vazão à demanda burocrática e coordenação da equipe. Devido à falta desta profissional, as técnicas de enfermagem tiveram que gerir o trabalho da área oito e absorver a demanda da assistência e da administração. Criou-se uma tensão, pois, ora as técnicas de enfermagem fazem somente a assistência, ora elas absorvem as demandas administrativas e burocráticas. Com a chegada da enfermeira, mais ou menos há dois anos, toda a demanda burocrática de gestão da área oito voltou para a profissional responsável. Com o empasse da falta de profissionais a equipe sinalizava as relações de trabalho esgaçadas por haver um acúmulo de trabalho burocrático e técnico, as quais a equipe teve que absorver para que a oferta de atendimento em saúde prosseguisse.

As reuniões de equipe tiveram um lugar frágil na constituição do trabalho no ambulatório. Em um dado momento, a reunião passou a não existir devido à falta de profissionais para coordenar. Só eram feitas reuniões para “apagar o fogo de uma equipe em caos” (I - Diário de pesquisa). Com a chegada da enfermeira, as reuniões passaram a existir e elas acontecem de acordo com a demanda, ou seja, na medida em que há informações, prescrições, decisões do Ambulatório Básico, do CSVC, da Secretaria da Saúde ou do Ministério da Saúde. A reunião de equipe é realizada com uma pauta anteriormente estabelecida e fechada no qual os técnicos não possuem espaço para falar do seu cotidiano. Dessa forma, esta dinâmica denuncia uma desqualificação do saber do trabalhador sobre o seu fazer.

Diante dessas primeiras idas ao campo, eu já tinha alguns fragmentos para refletir por que essa equipe havia sido apontada pela gestão como uma “equipe que não trabalhava bem”. Uma cisão no espaço físico do ambulatório apontava para uma equipe fragmentada – de um lado, a equipe da área oito e, do outro lado do CSVC, estava à outra parte da equipe, a área dez. Duas áreas separadas – a área oito e a área dez, duas equipes, formas diferentes de trabalhar. Outro ponto são os procedimentos ofertados em cada área – a área oito ofertando a maior parte dos procedimentos de enfermagem, sendo que o trabalho da técnica de enfermagem é o “carro-chefe” desta área. Na área dez, o trabalho se configura essencialmente no procedimento médico, cada médico na sua sala atendendo os seus pacientes. Por fim, as reuniões de equipe denunciam uma tecnologia do trabalho, em que há um aprofundamento da divisão técnica do trabalho e a separação entre concepção e execução.

Do primeiro contato com a coordenação do Ambulatório Básico, em novembro de 2009, fica combinado que retorno ao ambulatório em março de

2010. Em março, o projeto teria passado pela banca de qualificação e pelo comitê de ética da UFRGS e, desta forma, eu estaria apta a atuar no campo de pesquisa.

Março de 2010 (Diário de pesquisa)

A primeira reunião com a equipe da área oito sinalizou outras fraturas. Uma das reuniões aconteceu no turno da manhã. Havia seis trabalhadoras, sendo quatro técnicas de enfermagem, uma enfermeira e a coordenadora do ambulatório, a médica. Os demais médicos da área oito e as nutricionistas não participam das reuniões. A reunião foi destinada a minha apresentação e à apresentação do projeto de pesquisa. Propus uma conversa sobre o pedido solicitado pela coordenação, para desenvolver um trabalho de acompanhamento do grupo, pois haveria dificuldades no relacionamento entre os trabalhadores, as quais refletiam no fazer do trabalho. A reação da equipe foi o silêncio. Este passou a ser peculiar e rotineiro nesta equipe.

O silêncio movimentava os corpos e os olhares. O silêncio gera um desconforto no corpo, o balanço na cadeira e as pernas inquietas. A equipe se olha e timidamente me olha. O que o silêncio produz em mim é um desconforto que vai dos pés à cabeça. Atento que aquele não seja o melhor momento para falar, pois a sensação que me percorre é a de que as palavras viriam vazias e que, pelo contrário, o silêncio era o que transbordava. Era preciso que eu o grupo me conhecesse e um contrato fosse estabelecido com a equipe. Eu entendia que para falar sobre o trabalho, sobre o ofício, sobre a atividade, sobre o corpo e sobre a vida era preciso criar laços de confiança.

A mesma proposta foi feita no turno da tarde. Uma equipe? Duas equipes? Ou várias equipes? Várias equipes na área oito? Na reunião com a equipe da tarde estavam presentes cinco técnicas de enfermagem, a enfermeira e a coordenadora. O encontro trouxe a lembrança de um momento em que havia reuniões com uma psicóloga. Imediatamente indago quem era a psicóloga e que trabalho desenvolvia? Uma das trabalhadoras que se denomina como uma das mais antigas enfatiza: “foram tempos difíceis, estávamos sozinhas no posto e havia problemas de relacionamento”. Outra completa: “a psicóloga era nossa colega, ela era psicóloga e nutricionista” (J Diário de pesquisa).

Na equipe da tarde estão alocadas as funcionárias mais antigas da área oito. Há duas funcionárias que possuem vínculo federal, uma estadual e as outras duas têm vínculo municipal. A primeira conversa traz a lembrança dos primeiros tempos do CSVC. Diferentemente da reunião no turno da manhã a reunião disparou o compartilhamento de lembranças e afetos. Uma equipe oferta palavras, compartilha lembranças e reparte as suas histórias. E a outra,

oferta o silêncio e os olhares tímidos. A equipe da tarde a equipe dos profissionais mais antigos e na maioria com formação técnica. A equipe da manhã é formada por trabalhadoras mais jovens e com graduação em enfermagem, mas exercendo no Ambulatório Básico atividade de técnica de enfermagem.

Trabalhar o pedido da coordenação na equipe vai durar muitos encontros. O silêncio que operava na primeira reunião era a única oferta que a equipe tinha para dar. Ao conhecer a história do ambulatório, a organização e a gestão do trabalho fui detectando atravessamentos que paralisam e em outros momentos fazem eclodir as relações de trabalho. Uma equipe cingida, dividida e fraturada trabalha a partir da sua condição. Aqui, atravessa a minha questão de pesquisa no sentido de como a educação permanente passa a ser um dispositivo para o SUS a partir da experiência no Ambulatório Básico, isto é, problematizar como a educação permanente é construída nesta equipe. Minhas primeiras incursões avaliaram se as técnicas de enfermagem compreendiam o que era a temática da educação permanente e se existiam esses movimentos no ambulatório básico.

Ao perguntar para as técnicas de enfermagem quais eram os momentos, os espaços que elas reconheciam como educação permanente em saúde, elas não souberam me responder. Reformulei a pergunta: onde e quando vocês aprendem e ensinam sobre o trabalho em saúde? “A gente aprende aqui, fazendo. Uma ensina para outra.” (F – Diário de pesquisa). “Para aprender sobre vacina tu tem que trabalhar na saúde pública, por que em nenhum outro lugar tu aprendes como administrar vacina.” (D – Diário de pesquisa). As trocas dos saberes acontecem no fazer do próprio trabalho. As técnicas compartilham os saberes, seus patrimônios de conhecimentos, suas experiências e valores na medida em vão confeccionando o trabalho. Quais outros lugares que compartilham as experiência e saberes acerca do cotidiano do trabalho em saúde?

As reuniões de equipe passam a ser uma linha de análise, pois as reuniões são administrativas e possuem uma pauta “fechada”, ou seja, uma lista de assuntos que se acumulam, tais como notas da Secretaria da Saúde, orientações do Ministério da Saúde, campanhas municipais, cursos, prescrições sobre vacinas novas que entraram no calendário, sobre doenças, distribuição de seringas, etc. que são repassadas para as técnicas de enfermagem. Outro ponto é que somente as técnicas de enfermagem e os estudantes participam das reuniões de equipe, sendo que a esta é formada por médicos, nutricionistas e enfermeira, bem como técnicas de enfermagem. E por último, as reuniões de equipe são feitas durante os turnos e assim não há um horário comum entre a equipe de enfermagem.

Participo alguns meses das reuniões de equipe na espera da aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da Prefeitura. No momento em que há a aprovação, retomo com a equipe o projeto. Munida da linha de análise “reunião”, retomo com a equipe como acontecem às reuniões e como elas podem contribuir para a formação dos trabalhadores. Assim, combinamos que haverá reuniões sob a coordenação da enfermeira e, na semana seguinte, haverá a reunião que iremos construir a pauta conforme o andamento da equipe. As reuniões acontecem de manhã das 10h30 às 11h, horário que diminuem os procedimentos e, na parte da tarde, das 15h30 às 16h. Para as reuniões, passei a confeccionar cartazes e convidar todos os profissionais do Ambulatório Básico.

Uma equipe? Uma equipe da manhã? Ou uma equipe por procedimento?

A organização do espaço físico do ambulatório é um corredor que possui várias salas, uma em frente à outra. Em cada sala um procedimento, a sala das vacinas, da pediatria/medições antropométricas, da nebulização, procedimentos, da enfermagem e mais ao fundo as salas dos médicos. As primeiras salas do corredor são destinadas para os procedimentos de enfermagem. As últimas salas são os consultórios dos médicos. Na área oito há duas pediatras trabalhando e raramente as vejo pelo ambulatório. No final do corredor há uma cozinha coletiva e ao lado uma sala privativa para o descanso dos médicos.

As reuniões de equipe acontecem de quinze e quinze dias ou na medida em que a enfermeira acumula informação, notificações ou orientações para repassar para as técnicas. É no momento da reunião de equipe que parte dos trabalhadores se encontram, mas somente as técnicas de enfermagem e os estagiários de enfermagem que participam. Acontece uma reunião no turno da manhã e outra no turno da tarde. A reunião acontece na sala de reuniões, e a pauta é registrada num livro de ata redigida pela enfermeira ou pelos estagiários de enfermagem.

A reunião de equipe começa com a descrição de cada um dos pontos a serem abordados pela enfermeira. O primeiro ponto era à saída de um grupo de estagiários e a entrada de outro grupo. Os estagiários iriam passar três meses no ambulatório. Segue pauta com a notificação de um caso de dengue na redondeza e a previsão da Secretaria da Saúde de surto de dengue em janeiro. O próximo item é sobre a ficha de notificação de sarampo e hepatite no qual a enfermeira discorre os aspectos epidemiológicos contidos na notificação e ressalta o processo de notificação dos casos que surgirem na área de atuação do ambulatório. O quarto ponto da pauta é o controle das folgas das técnicas de enfermagem. As folgas são anunciadas para o grupo

fazendo referência de quem tem direito de folgar. A equipe se movimenta e as técnicas fazem as combinações com a coordenadora. As negociações de folga são tranquilas, parece que já havia tido uma negociação entre elas. As férias é um assunto que causa mais alvoroço, mas neste momento é orientado que cada uma manifeste o seu desejo de férias no mês de dezembro, janeiro e fevereiro – 15 ou 30 dias. Algumas trabalhadoras murmuraram e uma delas levanta a voz e diz que se não poderia contar com a “Fulana” para trabalhar também não poderia contar com ela para organizar as férias. A enfermeira ergue a voz e diz “eu também não acho correto, só a ordem vem de cima só estou repassando.” (B - Diário de pesquisa). A conversa sobre a organização das férias gera muito desconforto. Mas, a coordenadora da reunião passa para o último tópico que foi a reapresentação do projeto de pesquisa – As artes de trabalhar e educação. Os tópicos da reunião atropelou o desconforto das trabalhadoras e naquele momento a enfermeira não conseguiu acolher o que acontecia com o grupo. Falar naquele momento sobre a minha proposta de pesquisa me trouxe inquietação por que eu não sabia se era este o momento certo de propor. A enfermeira saiu e eu fiquei com a equipe e perguntei a elas o que tinha acontecido. Mas, o silêncio foi a resposta. Respeitei o silêncio. Assim, como a reunião de equipe se organizava fui compreendendo que a intervenção possível era romper com certo modelo de reunião que se instaurava. Desta forma, propus construirmos um espaço de conversa sobre o trabalho em saúde que estava sendo realizado no cotidiano do ambulatório.

Para o primeiro encontro, fiz o convite para que cada uma trouxesse um objeto significativo do trabalho que realizam no ambulatório. Esse objeto vai servir como disparador da nossa conversa sobre o trabalho. Neste convite, uma das técnicas de enfermagem diz que não sabe de nenhum objeto, que não tem nada que diga do seu próprio trabalho. Reafirma, dizendo, “que não tem nada por que nunca foram valorizadas, que não tem nenhuma fotografia, nada por que a gerência nunca valorizou”. (D – Diário de pesquisa). Perguntei se todas achavam a mesma coisa? A resposta foi o silêncio. Fiz outra pergunta: se em outros momentos elas tinham tido espaço de reunião para conversar sobre o trabalho? A técnica de enfermagem respondeu que tinha momentos complicados no grupo, pois tinham dificuldades (A – Diário de Pesquisa). Perguntei se nesse momento era importante retomar essas reuniões? Silêncio! Depois de um tempo, perguntei se poderia começar com a minha proposta, de cada um trazer um objeto que remeta ao fazer do trabalho para que eu possa conhecer mais o trabalho que elas desenvolvem no Ambulatório. Fica o aceno das cabeças e alguns sim.

4.2 A psicologia no Ambulatório Básico

A disciplina Psicologia atravessa a área oito de um modo diferenciado. No quadro de recursos humanos do Ambulatório Básico não há o profissional psicólogo. No entanto, em um momento da história do ambulatório uma das

profissionais da equipe, a nutricionista (também, graduada em psicologia), passa a também desempenhar a especialidade de psicóloga fazendo atendimentos para os funcionários. A psicologia entra atravessada no ambulatório.

No período em que não havia enfermeiras na área oito, a equipe de técnicas de enfermagem teve que se modificar para gerir o trabalho. Algumas atribuições que eram da enfermeira foram desempenhadas pelas técnicas para que o trabalho tivesse continuidade. No Ambulatório Básico, havia outra enfermeira, mas ela coordenava o trabalho das técnicas de enfermagem da área dez. Este foi um período em que as dificuldades de relacionamento e de gestão do próprio trabalho se intensificaram. Dessa forma, implementou-se um espaço de reuniões de equipe para trabalhar as dificuldades que as técnicas de enfermagem estavam vivenciando. Este trabalho foi coordenado pela colega de equipe, uma nutricionista, que possuía também a formação em psicologia. Segundo o relato das trabalhadoras, a intervenção foi focal tendo duração de alguns meses e serviu para “apagar o fogo” (I – Diário de pesquisa).

A psicologia problematizada como instituição é concebida de maneira que “não são somente os objetos e as regras visíveis na superfície das relações sociais” (Lourau, 2004, p. 68), mas, também, os territórios de saberes e poderes constituídos e naturalizados. No ambulatório, a instituição psicologia se alia à gestão produzindo e reproduzindo verdades. Assim, passa a enredar-se em um campo perigoso por estar capturada por intervenção “apaga incêndio”. A disciplina psicologia atravessa o Ambulatório Básico condensada de forças sociopolíticas até então dispersas e confecciona um espaço de afirmação e engessamento das relações de saber e poder.

Com o conceito de instituição com o qual trabalhamos, podemos considerar a psicologia como instituição do conhecimento e da prática profissional. Como conceito de discurso como dispositivo-ato-instituição, podemos tomar o exercício da psicologia como discurso que produz e reproduz verdades, em um jogo de forças poder-resistência. Fazemos, portanto, desses termos, que não se estranham, o quadro referencial, a estratégia de pensamento, para dizer do que se faz quando se diz fazer psicologia. Pensar a psicologia como instituição exige configurar-lhe um objeto, algo (imaterial, impalpável) em nome de que ela se exerce e sobre que reivindica monopólio de legitimidade (Guirado, 2009, p. 328).

A Psicologia aparece capturada pelas relações de saber e poder no Ambulatório Básico, entretanto esta intervenção quis provocar outras experiências no encontro com a psicologia. Um encontro que quer produzir afetos, diálogos, trocas, olhares e imagens para provocar outros modos de trabalhar em saúde. Dimenstein (1998) discute o lugar da psicologia e as práticas realizadas no campo da saúde, bem como as produções no que diz

respeito ao compromisso social. A autora afirma, “para que isso ocorra é preciso “desinstitucionalizar” nossos saberes e práticas, nossa formação acadêmica, questionando as formas instituídas que atravessam os nossos cursos e que produzem um saber sobre o outro” (p. 77) para que a psicologia possa ser instituinte de novas práticas e novos modos de trabalhar na Atenção Básica.

A coordenação do ambulatório produz uma nova (velha) demanda para a psicologia. A demanda era para dêssemos continuidade para o trabalho de coordenação dos grupos de hipertensão, de diabetes e de perda de peso já que a nutricionista-psicóloga havia se aposentado. Os grupos eram organizados por semanas e cada especialidade era responsável pela coordenação de uma semana, na primeira semana do mês era a psicologia, outra a enfermagem, a fisioterapia e por último a endocrinologia. Os grupos aconteciam na área oito, no entanto, os profissionais da fisioterapia e da endocrinologia advinham de outras áreas do CSV. A demanda que a coordenação produzia era que ocupássemos tal e qual o lugar da nutricionista-psicóloga. Demandar este pedido evidenciou que intervir na equipe e nos modos de trabalhar é necessário quando as relações de trabalho estão esgaçadas, ou mesmo, quando é preciso “apagar o fogo”. Ao retomar com a enfermeira a demanda explicitiei o quanto era importante confeccionar uma intervenção na equipe e que se fosse possível tentaríamos absorver esse pedido no grupo de pesquisa ou pelo Pró-Saúde.

A intervenção que pretendíamos provocar era outros modos de trabalhar e compartilhar saberes no Ambulatório Básico. Esta provocação fomentou um trabalho árduo em mim enquanto pesquisadora, de desnaturalizações, de construções e de tensões na equipe. Todavia, o desafio que encontramos foi o de potencializar a equipe do Ambulatório Básico para promover outras formas de vivenciar o espaço das reuniões, no qual as trocas de saberes dos trabalhadores possam ocupar os espaços legitimados.

4.3 Encontros e trocas – o (não) lugar do Ambulatório Básico, o espaço das reuniões e os deslocamentos.

Desde a primeira visita ao campo, o lugar que o Ambulatório Básico ocupa no CSV foi se constituindo como elemento de análise. Um ambulatório dividido em meio aos 14.000 m² do CSV, as especialidades, aos atendimentos de urgência e emergência. O lugar que o Ambulatório Básico ocupa é à margem.

As condições da estrutura do espaço físico reafirmam a “marginalidade”. A área oito e a área dez possuem equipamentos sucateados, cadeiras quebradas, fichários de ferro com gavetas emperradas, infiltrações de água no teto, teto desabando. A estrutura dos recursos humanos anuncia o minguar que foi acontecendo ao longo do tempo. Na formação do Ambulatório Básico, em

1996, junto à municipalização da Saúde, reorganizou-se a oferta dos serviços no CSV, e o ambulatório passou a unir as especialidades dos setores (pediatria, ginecologia, obstetrícia e clínica geral, bem como procedimentos de vacina). Na sua gênese a equipe era formada por mais ou menos 50 médicos e neste momento conta com oito médicos. (Diário de Pesquisa).

A configuração da equipe do ambulatório passa por um movimento de “minguar” a equipe, isso ocorre pelas perdas dos profissionais devido a aposentadorias, ao pedido de exoneração por alguns profissionais e a não reposição, pois são médicos, enfermeiras ou técnicos de enfermagem de esfera federal ou estadual e não existe o registro desses cargos no âmbito municipal. Há a eminência de mais aposentadorias no ano 2011 e, dessa forma, a equipe do ambulatório se extinguiria como afirmado pela coordenação: “o ambulatório vai se aposentar” (Diário de Pesquisa). Assim, o Ambulatório Básico é espaço e tempo que encarna a história de lutas e contradições da política de saúde do País.

Atualmente, o ambulatório conta com um total de oito médicos. Há duas nutricionistas e três enfermeiras que supervisionam dezesseis técnicas de enfermagem. A área de atuação do ambulatório é formada pela grande Santa Teresa, uma parte do Bairro Cristal, uma parte do bairro Santa Tereza, bairro Medianeira, uma parte do Teresópolis e a Avenida Oscar Pereira que faz parte do bairro Santo Antônio, bem como o bairro Glória. A coordenadora afirma que “na verdade o Ambulatório Básico presta serviço de saúde às populações que estão aqui em volta e as populações que não são cobertas por outros serviços de saúde. Enquanto não houver nenhuma UBS e nenhum PSF que sejam responsáveis por estes habitantes fica por conta do Ambulatório Básico, que é o maior serviço da Gerência” (Diário de Pesquisa). Esta é a maior contradição do Ambulatório Básico, ser um serviço importantíssimo e não ter uma estrutura adequada dentro do CSV, além disso, não ter reposição dos recursos humanos para a promoção do serviço.

A condição de marginal do Ambulatório Básico reflete na composição do cotidiano do trabalho. Uma equipe que foi perdendo parte dos recursos humanos por motivo de aposentadoria dos profissionais e que não obteve a recolocação dos mesmos. Com o minguar da equipe, a organização do processo de trabalho foi se deformando. Para problematizarmos o (não) lugar do Ambulatório Básico, convocamos Castel (1998), que ressalta o conceito de exclusão não ser suficiente para elucidar a complexidade dos processos que assolam a sociedade contemporânea. Para esse autor, o que é “excluído” não está fora da sociedade, mas faz parte dela ocupando um lugar de manutenção de uma forma de dominação. É um processo dinâmico estar fora-dentro. Dessa forma, o Ambulatório Básico se constitui como um espaço à margem, como um lugar deixado de lado; no entanto, é um serviço importante para a comunidade, pois presta atendimento a uma parcela da população que não é coberta por

nenhum outro serviço de saúde. O Ambulatório Básico ocupa esse (não) lugar, mas simultaneamente é o maior serviço da Gerência Distrital.

Ao acompanhar as reuniões de equipe, vislumbrei que a dinâmica nas reuniões era de cunho administrativo e centrada na chefia. A pauta enunciava uma série de prescrições, notificações e normas que deveriam ser desempenhadas pelas técnicas de enfermagem. Os profissionais que participavam das reuniões eram as técnicas de enfermagem e a enfermeira e, por vezes, os estagiários de enfermagem e nutrição. Durante os meses, acompanhei o grupo nas reuniões de equipe que aconteciam quinzenalmente ou na medida em que surgisse uma pauta. As reuniões de equipe aconteciam em dois momentos – turno manhã e turno tarde – por não haver um horário comum entre as equipes.

Interrogava-me o movimento que o grupo fazia nas reuniões de equipe por meio do silêncio que operava no interior desse espaço. As relações de poder que são produzidas e reproduzidas no interior do cotidiano do trabalho desta equipe engendrava-se a uma gestão que exerce o silenciamento. A gestão não é o lugar ou cargo ocupado pelo gestor, não está fixada na sala da coordenação, mas é uma produção de subjetividades. Foucault (1996) aponta que não há relações de poder sem resistência. O espaço das reuniões com pautas fixas não propiciam espaços para negociar, discutir as normas e produzir renormatizações no espaço coletivo. A gestão acontece no fazer do trabalho, no plano do individual. A gestão inverte o seu papel e atua como quem pode silenciar, enquanto os trabalhadores se manifestam como quem pode ficar e silêncio. Foucault (1996, p. 249) salienta que “é preciso ver como as grandes estratégias de poder incrustam, encontram-se suas condições de exercício em microrrelações de poder”. Mas, o silêncio recebi o meu respeito e eu queria entender quais eram o seus significados e produções na equipe.

Era necessário criar estratégias para deslocar o modo de gestão das reuniões. O silêncio na equipe produzia um hiato e era preciso movimentar essa lacuna. Propus para a coordenação a realização de uma reunião semanalmente, em uma semana, a reunião seria coordenada pela enfermeira e, na outra semana, propus realizarmos uma reunião-conversa sobre o cotidiano do trabalho. Na semana seguinte, propus à equipe fazermos uma reunião quinzenal para conversarmos sobre o trabalho em saúde no Ambulatório Básico. Propus que cada uma trouxesse um objeto que remetesse a trajetória de trabalho. O objeto escolhido por cada profissional seria um disparador da conversa para que assim pudesse conhecer as suas histórias de vida e de trabalho

Passada uma semana, fui ao ambulatório e afixei no mural um cartaz convidando todos os profissionais (estendendo-se aos médicos, nutricionistas e estagiários) para a reunião e lembrando que trouxessem um objeto que

pudesse remeter o trabalho desenvolvido no Ambulatório Básico. No dia da reunião em que cada um iria rememorar a sua trajetória no ambulatório, o silêncio apareceu como “objeto”. O que havíamos combinado era que cada um traria um objeto para que fosse o disparador da nossa conversa, mas todas as técnicas esqueceram. Refiz o pedido, solicitando que cada uma escolhesse uma cena vivida no cotidiano do trabalho para compartilhar. O silêncio foi a oferta que o grupo me fez. Depois de algum tempo em silêncio, uma das técnicas de enfermagem fez uma denúncia do cotidiano do trabalho – “escolher uma cena é difícil por que a gente trabalha no piloto automático. A sensação que eu tenho é que eu atendo sempre a mesma pessoa. A gente faz tanto procedimento que nem diferencia as pessoas e por isso eu não consigo escolher uma cena” (A – Diário de Pesquisa). Era difícil falar sobre o trabalho, enunciar os encontros, os múltiplos atravessamentos, os afetos, as escolhas e as decisões que são empregadas no ofício de técnica de enfermagem.

Criamos uma outra estratégia para acessar o grupo. Retirar do plano individual que eu havia posto na ação de recuperar a trajetória profissional dos trabalhadores e colocar no plano da atividade que é realizada pelos profissionais nos diferentes procedimentos. Inspirada pela ergonomia (Guérin et al, 2006) fomos ao encontro da atividade, onde o trabalho acontecia.

A atividade de trabalho é uma estratégia de adaptação da situação real do trabalho, objeto da prescrição. A distância entre o prescrito e o real é a manifestação concreta da contradição sempre presente no ato do trabalho, “entre o que é pedido” e “o que a coisa pede”. (GUÉRIN, 2006 p. 15)

O silêncio que era ofertado como “objeto” passou a encontrar acolhida em mim. Era necessário aceitá-lo. Todavia, eu queria encontrar o lugar em que as palavras fossem evocadas. No final da reunião solicitei a permissão para acompanhá-las no fazer do trabalho. Era necessário que eu, pesquisadora, acompanhasse o trabalho realizado para que outros deslocamentos fossem produzidos. A cada ida ao ambulatório, acompanhei um procedimento – a vacinação, a nebulização e os procedimentos de verificação de peso e de altura. Essa estratégia possibilitou conhecer o cotidiano, a divisão do trabalho e as negociações e a gestão da equipe e suas especificidades.

Foi neste deslocamento que descobri o “espaço da cozinha”. Eu chegava no ambulatório de manhã no horário das 10h e, no turno da tarde, às 15h, porque nesses horários havia uma menor intensidade de procedimentos. Durante os dias que fui para acompanhar a atividade de trabalho percebi que em um determinado momento a equipe ia para cozinha. Passei a chegar no horário em que as técnicas iam para a cozinha do ambulatório fazer um lanche, pois era espaço que os saberes sobre o trabalho em saúde e as trocas sobre o cotidiano aconteciam; entretanto, era um espaço não legitimado.

A câmera fotográfica digital acompanhou-me no percurso e foi este o primeiro momento em que a equipe produziu fotografias. Deixei a câmera digital sobre a mesa dos procedimentos de vacina, espaço em que as técnicas estavam transitando. Enquanto as funcionárias atendiam os usuários, eu perguntava sobre os procedimentos, o que era preciso fazer primeiro, como se armazenavam os medicamentos, o que era registrado na carteira de vacina e tantas outras perguntas. Na medida em que uma técnica parava para conversar, eu solicitava que confeccionasse uma fotografia sobre o trabalho e que nesse movimento, mediada pela câmera, a técnica se colocasse como observadora do seu próprio trabalho. As fotografias produzidas pela equipe davam visibilidade ao procedimento. Ir ao encontro da equipe, procurar na atividade de trabalho os saberes sobre o cotidiano foi o que efetuei, ou seja, o que fez deslocamentos no silêncio da equipe. Neste momento era possível falar e dar visibilidade ao trabalho.

Depois de ter acompanhado os procedimentos nos setores, fizemos uma reunião de equipe. O primeiro movimento foi à reunião se transferir para a sala de pediatria. A reunião de equipe muda, tem outro itinerário, outra configuração e adquire um certo movimento. Alguns deslocamentos operam na reunião de equipe. A reunião de equipe deixa de ser na sala de reuniões, passando a ser na sala de pediatria. Nesta sala, são feitos os procedimentos de verificação de peso e de altura e também é neste espaço que há o guichê de atendimento dos usuários. A reunião movimenta-se da sala de reuniões, do imperativo da burocratização, para ser feita no acontecer do trabalho, na sala de pediatria. Também é nesta movimentação de espaços que a enfermeira passa a não participar mais das reuniões, pois se envolve em outros procedimentos. Há uma deslocação de territórios, de espaços e salas para a produção de trocas. O espaço das reuniões passa a operar questionamentos – como fazer a reunião sem ser interrompido pelos usuários? Na medida em que começamos a conversa aparecia um usuário pedindo informação, querendo retirar um exame ou mesmo querendo solicitar um procedimento. Essas interrupções começaram a causar incômodos na equipe. Surgiu, então, a ideia de confeccionarmos um cartaz para afixarmos no vidro do guichê enquanto estávamos em reunião. No cartaz estava escrito – REUNIÃO DE EQUIPE – e foi afixado durante o horário da reunião. Contudo, o cartaz não barrou as interrupções da reunião, pois o usuário não reconhece esse momento como parte do trabalho em saúde do Ambulatório Básico. O momento da equipe era de assegurar o seu espaço de reuniões.

Na reunião seguinte eu imprimi as fotografias produzidas pelo grupo (as do turno da tarde e as do turno da manhã). Trouxe para a nossa conversa os diferentes tipos de máquinas fotográficas – a máquina digital, a máquina analógica descartável e a máquina artesanal (*pinhole/pinlux*) – as fotografias que eu havia produzido e as que haviam sido produzidas pelo grupo e um livro

do Vik Muniz com suas obras-imagens-fotografias para construirmos uma oficina de “sensibilização do olhar”. Trabalhar com imagens foi possível já que o silêncio operava nas reuniões de equipe. Dessa forma, algumas expressões do grupo eram traduzidas por “falas-imagem”, como, por exemplo, o trabalho ser executado no “piloto automático” (A- Diário de pesquisa), que os usuários eram sujeitos sem-rostos, ou mesmo “psicóloga, pega o extintor que a reunião vai pegar fogo” (C - Diário de Pesquisa). A oficina de sensibilização do olhar quis evocar o olhar sensível das técnicas de enfermagem para provocar o afetar-se pelo trabalho que cria.

Com o intuito de “sensibilizar o olhar para outras formas do ver” trabalhamos com a noção de fotografia e a crença em sua exatidão e verdade. Manuseamos o livro de Vik Muniz (*Reflex – a Vik Muniz Premier*), um artista brasileiro, que utiliza a fotografia e reorganiza as suas imagens “pintadas” com chocolate, purpurina, diamante, brinquedos ou mesmo sucatas e lixo. Conversamos sobre as imagens, sua confecção, os materiais, a beleza das imagens. O grupo reconheceu o artista Vik Muniz, pois ele havia confeccionado instalações para uma novela brasileira que estava acontecendo no período da pesquisa. No trabalho do artista o comum passa a contornar as imagens do artista; as sobras, a sucata e o lixo são o suporte para a sua criação.

Nessa mesma reunião, conversamos sobre a fotografia e a sua produção. A câmera escura e o feixe de luz pinta a imagem refletida e produz uma fotografia. O que a tecnologia da câmera escura produz é relativa à entrada da luz e à sensibilidade que opera e assim se produz algo. Levei três modelos de câmera para manusearmos – uma câmera digital, uma câmera analógica descartável e câmera artesanal (*pinhole/pinlux*). A conversa do grupo foi agenciada por afetos, e o grupo foi se mobilizando a partir do que estava manuseando. O primeiro movimento foi manusear, tentar entender qual era o processo que percorria a caixa de fósforos, o filme vazio e a lente de lata de refrigerante. A surpresa estava estampada no rosto de cada uma, havia uma provocação estética, um certo estilo que se ligava a este grupo.

Propus que fizéssemos, na próxima reunião, uma oficina de *pinlux*, na qual nós confeccionaríamos câmeras fotográficas. Todas concordaram com a proposta. A câmera tinha sido algo que havia provocado interesse. O processo de confecção da câmera foi o disparador de outros agenciamentos. Esta foi a primeira reunião que houve a participação de uma nutricionista, ela havia se interessado pela câmera e participou para ver como ela era produzida. Nessa reunião, levei o material – caixa de fósforos, fita isolante, lata de refrigerante, filme, tinta preta, pincel, tesoura, papel cartão – e nos reunimos na sala de pediatria ao redor de uma mesa. Distribuí uma folha com as instruções para fazermos a câmera e os mecanismos que provocavam a confecção das fotografias. Dividimos as tarefas e, na medida em que produzíamos a câmera, eu explicava o processo. Para garantir esse espaço de oficina e de formação, a

técnica de enfermagem me disse: “vou pedir para o guarda falar para as pessoas esperarem por que estamos fazendo uma oficina, aprendendo uma coisa nova” (B – Diário de pesquisa). A reunião estava se configurando como um espaço de aprendizagem e trocas, por isso era preciso garantir esse espaço. O cartaz não havia garantido. Todavia, o guarda sentando na recepção era a figura que poderia garantir a reunião-oficina.

Negociamos o silêncio, a cabeça baixa e os olhares para o chão pelos movimentos dos pincéis, das tesouras, dos desejos e dos projetos. As reuniões de equipe geralmente duravam meia hora, mas nesse dia ficamos quase uma hora e meia confeccionando máquina fotográfica com sucata.

Depois de confeccionar a câmera, era preciso aprender a prescrição, o modo de manuseá-la. Por ser uma câmera manual, era preciso seguir à risca o manual. Gouveia (2005) indica que, com um tubo de filme 35 mm/ e uma caixa de fósforos, a distância focal gira em torno de 5 centímetros, faz com que a imagem necessite de um furo menor ainda na lâmina de refrigerante que serve como lente e assim diminuindo o tempo de exposição, cravando ainda mais a questão temporal na imagem e provocando o observador. O tempo de exposição à luz foi indicado como sendo de 10 a 12 segundos se a fotografia fosse feita dentro do ambulatório com a luz artificial, se fosse um local escuro, tinha que aumentar o tempo de exposição e se fosse feita ao ar livre, com incidência solar, era necessário 5 segundos de exposição. Confeccionamos um manual em cada equipe de como usar a máquina. Cada um dos turnos confeccionou uma câmera, e todos os integrantes deveriam usar a mesma câmera para produzir as fotografias. O tema proposto foi fotografar o trabalho em saúde produzido no Ambulatório Básico.

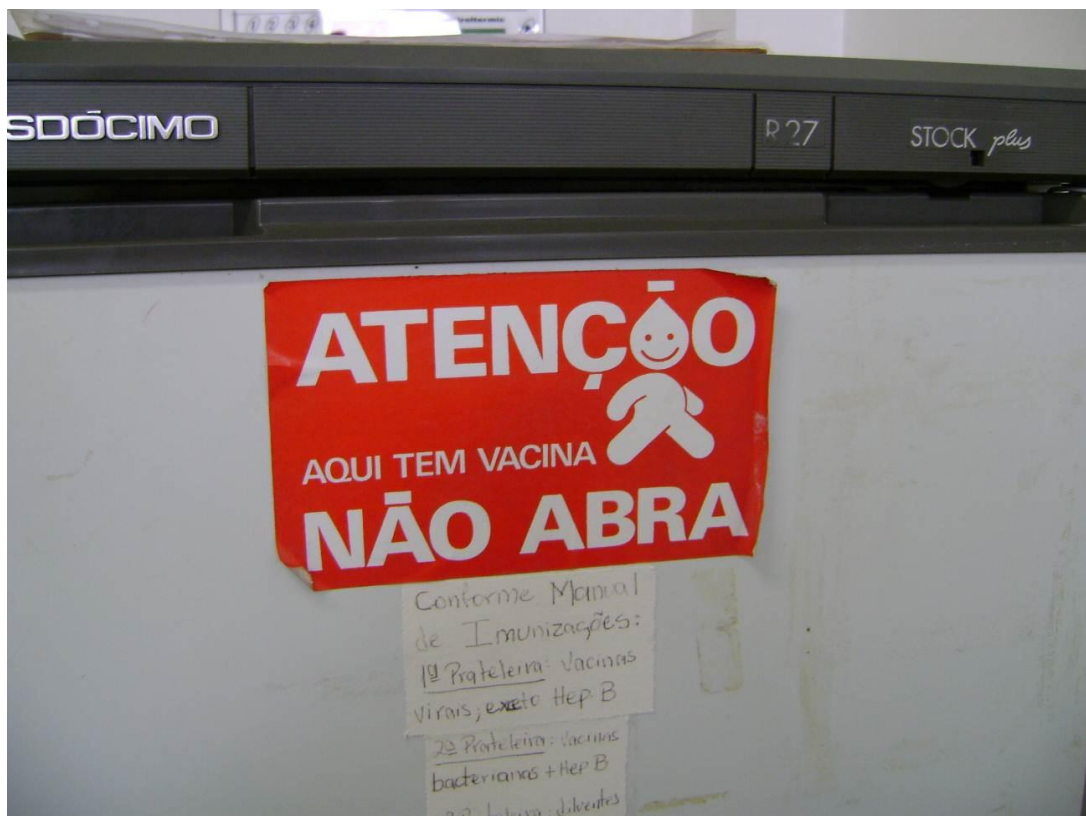
Na semana seguinte, voltei ao ambulatório para ver como estava o processo de produção com a câmera artesanal. O grupo havia feito algumas fotografias, mas relataram que tinham esquecido de contar os segundos e deixado um tempo maior de exposição, a outra tinha esquecido de avançar o filme. A nutricionista que havia participado da reunião-oficina havia produzido fotografias. Combinei que na próxima semana iria recolher as máquinas para revelar o filme e assim poderíamos ver e conversar sobre as fotografias produzidas. A confecção da máquina artesanal também confeccionou uma nova relação entre pesquisadas e pesquisadora, na qual era possível compartilhar os saberes sobre o trabalho. A confecção da câmera artesanal alterou a nossa relação e produziu encontros em que a palavra passou a circular com mais intensidade.

A reunião de equipe evidenciou as relações hierárquicas que se instituem na organização das reuniões com uma pauta pré-concebida, a passagem das informações e prescrições sem a provocação de como todas aquelas pautas incidiam no cotidiano de trabalho afirmavam o dispositivo

capitalista de desqualificação dos saberes dos trabalhadores. Já que o silenciamento era a produção dessa equipe, o meu movimento foi ao encontro da atividade que cada técnica desempenhava e os saberes acerca do trabalho que cada uma detinha. A reunião fixada (na sala de reunião de equipe e na pauta fechada) se reconfigurou em uma reunião itinerante, com movimentos entre os corpos, agenciamentos de afetos, de criação e de escolhas. Os movimentos do grupo explicitaram a *tékhne*, pois estavam fazendo uso da liberdade para conferir ao trabalho e a educação em saúde um estilo.

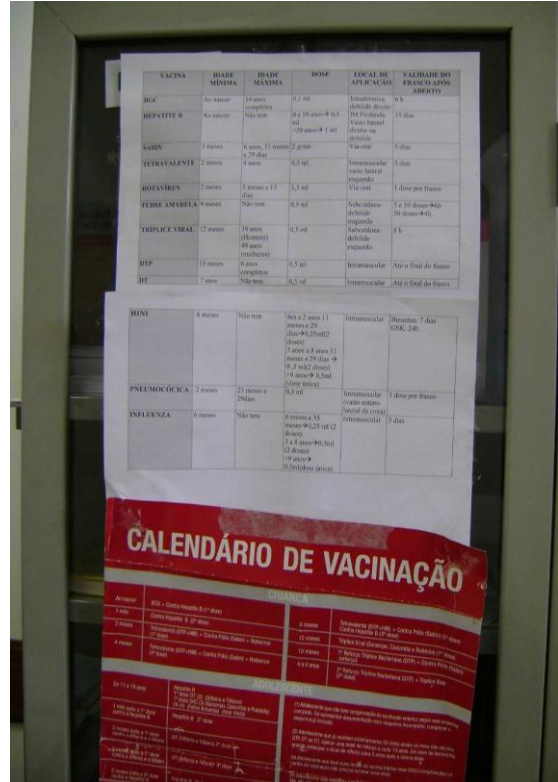
O último movimento aconteceu na reunião para conversarmos sobre o processo da confecção da máquina e a produção das fotografias. A reunião do turno da manhã aconteceu na sala da vacina e com a porta fechada. Alguns profissionais estavam de férias e havia somente uma profissional em cada setor. Havia acontecido uma troca de uma das técnicas de enfermagem da área oito por uma da área dez. A troca acontece porque as duas profissionais não estavam conseguindo trabalhar nos seus locais de origem e, dessa forma, a coordenação mobilizou a troca. O movimento da troca de sala – sala da pediatria para a sala da vacina – se fez por que a sala da pediatria é onde tem um guichê e este é aberto para os usuários, já a sala de vacina interdita outras pessoas de terem acesso a nossa conversa. Nesta reunião estamos eu e mais três técnicas de enfermagem.

As fotografias com a câmera digital enunciam as prescrições, os cartazes com as datas e vacinas, as informações na porta da geladeira de como armazenar as vacinas, o procedimento de medir e pesar antes de ir para o procedimento médico. Olhamos as fotografias que a equipe havia produzido. Indaguei porque haviam produzidos aquelas fotografias e o que queriam mostrar. As imagens foram suscitando a lembrança dos acontecimentos do cotidiano do trabalho e seus manejos.



Teve um acontecimento aqui, que eu estava sozinha na sala de vacina e a mãe teve que me ajudar a segurar a criança. Não havia outra técnica para me ajudar. E eu tive que improvisar. Mas, tem mãe que não consegue segurar. (J - Diário de Pesquisa)

No trabalho realizado há o entrecruzamento de normas que antecedem o trabalho e as ações de ampliar a norma e criar uma nova forma de realizar a atividade. O sujeito trabalhador faz o exercício de si sobre si, no qual estabelece uma avaliação permanente dos valores, das normas, das prescrições e dos saberes práticos para produzir o trabalho realizado. A técnica de enfermagem, no diálogo acima, anuncia uma série de negociações para confeccionar a atividade de vacinar uma criança. Para gerir o ato do trabalho foi necessário criar uma forma de realizar a atividade de vacinar no qual a técnica faz escolhas e arbitragens. Segundo Scherer, Pires e Schwartz (2009) as transformações são geridas pelos trabalhadores a partir do seu patrimônio de conhecimento, de saberes e de valores.



“eu já tinha a experiência de ter trabalho com vacina numa clínica privada. Só que lá o médico prescreve, e cada vacina tem um número. Quando o paciente vinha para fazer a vacina eu via o número e administrava o número 42, por exemplo. Mas, aqui tu tens que saber tudo, qual é a vacina, o calendário, a posologia, o armazenamento e por ai vai”. (J – Diário de pesquisa)

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DA CRIANÇA

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇA EVITADA
1 mês	BCG-DM	Dose única	Furúnculo da Tuberculose
1º dose	Contra Hepatite B ¹	1ª dose	Hepatite B
1º dose	Tetravalente (DTP + Hib) ²	1ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções por pneumococos e meningococos tipo B
1º dose	VOP – Vacina Oral contra a Poliomielite	1ª dose	Poliomielite ou Paralisia Infantil
1º dose	VORM (Vacina Oral de Rotavírus Humano) ³	1ª dose	Diarreia por Rotavírus
2ª dose	Tetravalente (DTP + Hib)	2ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções por pneumococos e meningococos tipo B
2ª dose	VOP – Vacina Oral contra a Poliomielite	2ª dose	Poliomielite ou Paralisia Infantil
2ª dose	VORM (Vacina Oral de Rotavírus Humano) ³	2ª dose	Diarreia por Rotavírus
3ª dose	Tetravalente (DTP + Hib)	3ª dose	Difteria, Tétano, Coqueluche, Meningite e outras infecções por pneumococos e meningococos tipo B
3ª dose	VOP – Vacina Oral contra a Poliomielite	3ª dose	Poliomielite ou Paralisia Infantil
3ª dose	Contra Hepatite B	3ª dose	Hepatite B
Dose inicial	Contra Febre Amarela ⁴	Dose inicial	Febre Amarela
Dose inicial	SCR (Tríplice Viral)	Dose inicial	Sarampo, Caxumba e Rubéola
1º reforço	DTP (Tríplice Bacteriana)	1º reforço	Difteria, Tétano e Coqueluche
Reforço	VOP (Vacina Oral contra a Poliomielite)	Reforço	Poliomielite ou Paralisia Infantil
2º reforço	DTP (Tríplice Bacteriana)	2º reforço	Difteria, Tétano e Coqueluche
Reforço	SCR (Tríplice Viral)	Reforço	Sarampo, Caxumba e Rubéola
Reforço	Contra Febre Amarela	Reforço	Febre Amarela

Todo dia é dia de Vacinação

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADOLESCENTE

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇA EVITADA
11 a 19 anos (ou quando não estiver no serviço de saúde) ⁵	Contra Hepatite B ¹	1ª dose	Hepatite B
11 a 19 anos (ou quando não estiver no serviço de saúde) ⁵	dT (Dupla Tipo Adulto) ⁶	1ª dose	Difteria e Tétano
11 a 19 anos (ou quando não estiver no serviço de saúde) ⁵	Contra Febre Amarela ⁴	Reforço	Febre Amarela
11 a 19 anos (ou quando não estiver no serviço de saúde) ⁵	SCR (Tríplice Viral) ⁷	1ª dose	Sarampo, Caxumba e Rubéola
1 mês após a 1ª dose contra Hepatite B	Contra Hepatite B	2ª dose	Hepatite B
2 meses após a 1ª dose contra Hepatite B	Contra Hepatite B	3ª dose	Hepatite B
2 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT (Dupla Tipo Adulto)	2ª dose	Difteria e Tétano
4 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT (Dupla Tipo Adulto)	3ª dose	Difteria e Tétano
A cada 10 anos por toda a vida	dT (Dupla Tipo Adulto) ⁶	Reforço	Difteria e Tétano
A cada 10 anos por toda a vida	Contra Febre Amarela	Reforço	Febre Amarela

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO DO ADULTO E DO IDOSO

IDADE	VACINAS	DOSE	DOENÇA EVITADA
18 a 59 anos	dT (Dupla Tipo Adulto) ⁶	1ª dose	Difteria e Tétano
A partir de 20 anos ⁸	Contra Febre Amarela ⁴	Dose inicial	Febre Amarela
18 a 59 anos	SCR (Tríplice Viral) ⁷	Dose única	Sarampo, Caxumba e Rubéola
18 a 59 anos	SR (Dupla Viral) ⁹	Dose única	Sarampo e Rubéola
2 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT (Dupla Tipo Adulto)	2ª dose	Difteria e Tétano
4 meses após a 1ª dose contra Difteria e Tétano	dT (Dupla Tipo Adulto) ⁶	3ª dose	Difteria e Tétano
A cada 10 anos por toda a vida	dT (Dupla Tipo Adulto) ⁶	Reforço	Difteria e Tétano
A cada 10 anos por toda a vida	Contra Febre Amarela	Reforço	Febre Amarela
60 anos ou mais	Influenza ¹⁰	Dose anual	Influenza ou Gripe
60 anos ou mais	Pneumococo ¹¹	Dose única	Pneumonia bacteriana e Pneumocistose



Ao olharem as fotografias feitas com a câmera artesanal, a primeira marcação foi – “as fotografias não saíram como eu imaginava” (B – Diário de Pesquisa), “não deu certo, ficou um borrão Não deu muito certo essa foto, ficou manchada e sem foco. A gente não fez direito” (D – Diário de pesquisa). Indaguei acerca do que não havia dado certo? O que precisava para ter dado certo na produção das fotografias? Tentei fotografar o espaço da frente, da recepção, mas não ficou nítido. Na nossa conversa sobre as fotografias artesanais as técnicas qualificaram as fotografias que tiveram mais forma, linhas e traços definidos como fotografias que deram certo. As “borradas”, as fotografias com as cores e reflexos e manchas foram qualificadas como as que não deram certo. O que essa produção fotográfica tem de aproximações com a equipe?

Para olhar as fotografias era preciso **suportar** o que havia sido confeccionado, pois era uma imagem que obedecia a um outro plano estético. Este exercício fez com fosse possível **olhar** uma vez, duas ou três vezes para sairmos do domínio de um campo já dado para reconhecermos a criação e a invenção como um processo legítimo. Era preciso fazer esse movimento no cotidiano do trabalho no Ambulatório Básico, ou seja, olhar para trabalho confeccionado pelas técnicas de enfermagem e reconhecer os saberes que

são construídos e renormatizados por estas profissionais e atribuir a estes saberes legitimidade.

Para a confecção do trabalho existe sempre uma prescrição que possui objetivos definidos. Scherer, Pires e Schwartz (2009) vão assinalar que a “prescrição não é apenas oficial, mas é também, oficioso”, ou seja, a precisão se adapta e se institui na confecção do trabalho realizado. O que de fato é realizado “é avaliado na incerteza, descartado com pesar ou sofrimento por meio do debate de normas” (p.722), na gestão da tecnologia do trabalho e na *tékhnē*, na experimentação e na invenção de outras formas de realizar o trabalho em saúde. Por mais que haja a prescrição sempre vai haver uma forma e um estilo impresso pelo sujeito trabalhador.

Para confeccionar as fotografias com a câmera artesanal, era necessário ter conhecimento da técnica, era preciso saber quantos segundos era preciso deixar o “obturador” aberto para que a luz pudesse entrar no interior da máquina. Se ficasse alguns segundos além, a fotografia “estourava”, ficava muito clara e mesmo se ficasse pouco tempo com o pequeno furo aberto ficava muito escura. Se não girasse o filme manualmente, a fotografia ficava uma sobreposta à outra. Assim, era necessário seguir a prescrição para produzir as fotografias. Uma das técnicas afirmou: “o trabalho na vacina é assim, se não fizer com muita atenção vai comprometer o trabalho. Tem ter o controle sobre tudo” (F – Diário de Pesquisa).



Fazer fotografia com a máquina artesanal a partir de um material reciclado evidencia a produção da própria equipe que se “recicla” para produzir o seu trabalho a partir de uma estética que não é reconhecida como bela. Com

a composição de uma equipe cingida, reduzida e fragmentada se realiza o trabalho em saúde para essas profissionais. Reconhecer beleza na precariedade estava sendo muito difícil para essa equipe e coordenação. Da mesma forma, não estava sendo possível reconhecer beleza nas fotografias produzidas pelo grupo. As cores, os traços e as manchas era o nosso estilo, a nossa criação. A reunião foi provocou um descolamento do olhar dos trabalhadores-fotógrafos, pois a fotografias afirmavam outra estética. Reconhecer uma arte no trabalho em saúde no Ambulatório Básico convoca a produção de outro modo de ver que é atravessado por uma ética e por uma estética.









As fotografias confeccionadas com a *pinlux* evidenciam a criação, a multiplicidade de possibilidades e o inusitado. A estética aciona este outro modo de ver, no qual é preciso dispor das lentes e simplesmente olhar.

Olhar para o trabalho foi um movimento permeado por inquietações e resistências. Em um primeiro momento, não era possível olhar para o trabalho porque a equipe “estava no piloto automático”. Foi preciso parar, provocar uma

sensibilidade para poder confeccionar uma câmera artesanal e lançar o olhar para o trabalho. O processo de confecção da *pinlux* foi o disparador de uma nova configuração da reunião de equipe e a possibilidade de habitar este espaço, efetuando trocas de saberes. A produção das fotografias tensionou o que “era dado” e (re) afirmou a criação e a invenção no âmbito do cotidiano.

4.3 A tecnologia do trabalho e os saberes produzidos.

Pereira (2007) evidencia que as atividades desenvolvidas pelos enfermeiros “careciam de desenvolvimento teórico sendo suas atividades puramente manuais” (p. 156). Essa autora resgata a prática da enfermagem moderna do século XIX, na Inglaterra, na qual o modelo de formação era por meio de um curso com duração de um ano, e a parte prática era ministrada por médicos. Havia uma divisão das alunas por classe social – as *ladies* eram as alunas da alta burguesia e pagavam para ter acesso ao ensino e as *nurses* eram as alunas da camada popular que tinha acesso gratuito ao estudo e à moradia. Essa classificação produziu uma divisão na configuração do trabalho de enfermagem no qual às *ladies* cabia o pensar, e o trabalho manual ficou destinado às *nurses*.

De modo que, embora recebessem o mesmo tipo de qualificação, às *ladies* foram destinadas as funções de controle, supervisão. Para as *nurses*, as funções submissas às *ladies* e, mais diretamente, ligadas ao trabalho manual. (PEREIRA, 2007 p. 156)

Peduzzi e Anselmi (2002) apontam para a institucionalização da Enfermagem no século XIX, configurando a divisão do trabalho e o surgimento de diversos agentes da enfermagem. Esse movimento no Brasil dá origem às modalidades: técnico, auxiliar e atendente de enfermagem, designadas às atividades de assistência. A enfermeira estava destinada as atividades de ensino, supervisão e administração.

Nos anais da 8ª Conferência Nacional da Saúde, há uma análise do crescimento da oferta do trabalho em enfermagem, no período de 1956 a 1983, no qual é expressivo o desenvolvimento da formação técnica – técnicos e auxiliares de enfermagem – devido às políticas educacionais de profissionalização de Técnicos de Nível Médio. Kobayashi e Leite (2004) explicitam que “a demora no estabelecimento da legislação do exercício profissional do TE [técnico de enfermagem] gerou uma lacuna de cerca de 20 anos entre a formação e a legalização de sua atuação profissional” (p. 221).

A Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Nessa lei, o técnico de enfermagem, assim como

o auxiliar e a parteira, é mencionado como aptos para desenvolver o exercício da enfermagem.

Art. 12. O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a) participar da programação da assistência de Enfermagem;
- b) executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no parágrafo único do art. 11 desta Lei;
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;
- d) participar da equipe de saúde.



Em outro momento eu já fiz isso, de cobrir, mas eu não faço mais. Por quê? Por que na hora de responder eu não sou apta para isso, tem alguém que fez concurso e ganha para estar neste lugar. A função é da enfermeira. (J – Diário de Pesquisa)

As fotografias produzidas pela equipe de técnicas de enfermagem dão visibilidade para as dicotomias do trabalho da equipe de enfermagem. A técnica de enfermagem compete fazer a assistência. O trabalho realizado aciona saberes técnicos e da experiência; singulares e coletivos. O trabalhador que confecciona o trabalho da assistência cria e recria o ofício, agencia os saberes para executar a atividade. Na relação de cuidado que compõem com o usuário faz a verificação dos sinais vitais, a administração de medicação, a

administração de tratamentos prescritos, organização da demanda dos pacientes no ambulatório, a avaliação e administração de vacinas.

A tecnologia do trabalho em saúde se reproduz dentro da divisão dos processos de trabalho. As divisões técnicas do trabalho apontam para as relações de saber-poder que operam no trabalho em saúde. A formação técnica é um importante elemento de análise do trabalho, pois agencia modos de trabalhar em saúde em que há um dispositivo de desqualificação dos saberes dos trabalhadores operando por meio da divisão dos processos de trabalho. O enfermeiro concebe a tecnologia do trabalho em enfermagem, e o técnico é aquele que o executa.



“Não tem espaço para conversar. Não tem para quem compartilhar, se tu falar tu é vista com uma funcionaria ruim. Tu não pode dizer o que tu pensa, o que tu acha, o que tu sente. Tu tem que ficar calada”.
– Diário de Pesquisa)

“Sempre foi assim. Eu tenho quase 40 anos. Eu trabalhei na tuberculose 18 anos. Sempre foi assim e as coordenações não aceitam tu falar, não aceitam tu reclamar, não aceitam tu dizer nada”.
(E- Diário de Pesquisa)

Os deslocamentos da reunião de equipe foram no sentido de ir ao encontro dos saberes dos trabalhadores. Mesmo que opere um movimento de desqualificação do saberes dos trabalhadores, estes são produzidos e criados o tempo todo por meio do trabalho realizado, ou seja, a inter-relação entre os saberes da experiência individual ou coletiva e o conhecimento científico bem como a produção de *tékhnē*. Assim, trocamos o silêncio por saberes sobre o trabalho em saúde.

Os saberes acerca do trabalho em saúde são trocados no espaço comum da cozinha do Ambulatório Básico. Em cada dos procedimentos ficam dois ou três técnicos de enfermagem, mas é nesta área comum que todos, no mesmo horário (nos turnos) se encontram. A cozinha instaura-se como um lugar potente, lugar de produção e de processos. Entretanto, não se configura como um espaço legítimo de trocas e saberes sobre o trabalho.

O espaço da reunião de equipe não implementa essas trocas por funcionar como espaço hierárquico. O que é possível falar quando a pauta tem dez itens e se tem apenas trinta minutos para compartilhá-los. O que é possível compartilhar? O que é possível trocar? A coordenação opera promovendo silenciamento, e a equipe resiste silenciando, mas ocupando outros lugares para conversar sobre o cotidiano. Este grupo desenvolveu suas táticas, o que pode falar e quando pode falar e com quem pode fazer. Contudo, acabam sendo estratégias individuais e não o fortalecimento coletivo.

A reunião na sala da vacina, um dos deslocamentos da reunião de equipe, anuncia que algumas coisas podem ser ditas. O que as profissionais têm para compartilhar são as dificuldades de vivenciar a gestão do trabalho num espaço fraturado como é o do ambulatório. A porta se fecha para denunciar os jogos de poder e saber que operam neste espaço. Os profissionais enfermagem, denunciam a precarização do trabalho, os medos e anseios de não vislumbrar o futuro do Ambulatório Básico, bem como os adoecimentos que são provocados por este espaço de trabalho.

Essa oferta só foi possível mediante a construção de um outro modo de gerir as reuniões de equipe no qual se subverteu o modelo instaurado e se instituiu as reuniões de equipe como espaços de trocas de saberes. No final da reunião, depois de olhar as fotografias, de conversar sobre o trabalho, uma das técnicas permanece e diz: “foi uma reunião desabafo”. (D - Diário de pesquisa)

4.3 Gerir a tensão entre o prescrito e o cotidiano.



“Quando eu cheguei no ambulatório [técnica de enfermagem que ingressou na equipe em 2010] fui aprendendo com os colegas do turno.”

(L - Diário de pesquisa)

“No meu primeiro dia, eu achei que não iria conseguir ficar, por que eram tantas informações que eu achei que não teria condições de aprender. Eu fui aprendendo com a F e com a J., elas foram me ensinando como eu tinha que fazer os protocolos, os registros e eu tive que estudar sozinha.” (L. – Diário de Pesquisa)

A gestão dos saberes dos trabalhadores se faz no momento em que o trabalho está acontecendo, quando um profissional compartilha o seu saber com o outro. Dessa forma o trabalho (re) produz na individualidade e na fragmentação. O profissional aprende sozinho ou o colega do lado o ensina.

Considero, portanto, o trabalho em saúde uma práxis. Como em toda práxis, é impossível operar-se sem algum grau de saber acumulado, sem teoria, método e técnicas previamente experimentados. Entretanto, caberia ao profissional, à equipe responsável por cada caso clínico ou sanitário, construir um novo modo de agir com base tanto no saber estruturado, quanto também no diagnóstico da situação específica e em valores do sujeito ou da cultura; ou seja, lhe caberia adaptar o saber tecnológico ao contexto singular. (GASTÃO, 2010 p. 2341)

A Educação Permanente em Saúde como dispositivo do/no SUS mediante a experiência do ambulatório opera fragmentada. As reuniões de equipe não possuem um lugar legítimo no interior do grupo, elas acontecem quando se tem uma pauta ou uma demanda, ou quando a “equipe está com problemas e a ponto de pegar fogo”. As reuniões de equipe não fazem parte do cotidiano da equipe (A – Diário de Pesquisa). Quando a reunião de equipe acontece possui uma pauta fechada e a dinâmica é “técnicas de transmissão”, as informações e notificações são repassadas para a equipe. Quem participa das reuniões de equipe? No Ambulatório Básico, os profissionais que

participam das reuniões são as técnicas de enfermagem. Os outros profissionais? Os médicos e as nutricionistas? Pelo fato de estes profissionais não participarem, há a promoção de uma hierarquização dos profissionais e mesmo a “divisão de quem trabalha bem e quem trabalha mal”. A falta de profissionais e a fragmentação do espaço físico do Ambulatório denunciam a fragilidade dos espaços de troca da equipe. A área dez e a oito em nenhum momento da sua história estiveram juntas.

Entretanto, com esta intervenção, a equipe do Ambulatório Básico fez alguns movimentos para habitar os espaços das reuniões de outras formas. A gestão do trabalho não é feita por uma pessoa ou por órgão, mas a gestão do trabalho em saúde também é operada pelos profissionais no cotidiano do trabalho. Nesse sentido, a Educação Permanente em Saúde evoca a gestão dos saberes coletivos para provocar transformações no cotidiano.

As reuniões de equipe produziram a valorização do trabalho como atividade humana agenciando a capacidade de criação e reinvenção (Scherer, Pires, Schwartz, 2009) dos processos, das atividades e da própria gestão da reunião. Para dar mobilidade à reunião, era preciso acompanhar a equipe e ir ao seu encontro. Foi onde o trabalho acontecia que conversamos sobre como se faz o trabalho em saúde, como se reinventa as prescrições e a regra e foi no cotidiano de trabalho que encontramos um campo de lutas, de fluxos, de devires.





As reuniões de equipe provocaram um movimento do grupo ao organizar o espaço, ver em qual sala seria melhor, o melhor jeito de assegurar a não intromissão do usuário, qual horário que seria melhor para que toda a equipe pudesse participar. A pauta das reuniões tinha uma intencionalidade, todavia, não uma pauta fechada. A minha intenção era investigar os modos de trabalhar e educar no Ambulatório, mas, como o trabalho e a educação seriam abordados estava por acontecer. A máquina fotográfica estava na mão dos trabalhadores e as fotografias produzidas era a expressão de cada um. A pauta das reuniões era o processo da equipe, o silêncio da equipe, as fotografias expressão dos modos de trabalhar do ambulatório e por fim as palavras que denunciavam e enunciavam o trabalho no Ambulatório Básico.

Artes de trabalhar e educar no Ambulatório Básico portam um estilo, uma estética do cotidiano produzida como a obra-fotografia de Vik Muniz, *Narciso de Caravaggio*, na qual a obra se produz com o que é descartado. O trabalho da equipe do Ambulatório Básico extrapola o prescritivo, o estático, as naturalizações do trabalho em saúde para confeccionar uma estética que está no trabalho cotidiano.

5. Considerações finais

Após quase um ano acompanhando a equipe do Ambulatório Básico, finalizo olhando para alguns movimentos de gestão do trabalho, dos sofrimentos, dos desejos, das potências que fizemos.

O SUS e o Ambulatório Básico são “espaciais”, espaços distintos que se constituem e que são demarcados por leis, normas e diretrizes de um modo de trabalhar e educar em saúde. Nesse estudo, articulamos temporalidades, acontecimentos que atravessam os espaços. Neste momento está sendo anunciado na mídia que o município de Porto Alegre convoca a sociedade e os trabalhadores para enunciar o seu apoio ou não para que saúde pública seja gerida por Fundações de Saúde. Também, o momento em que a Universidade

escolhe a CSVC como distrito docente assistencial e vai ao encontro do “grande prédio cinza cheio de labirintos” para produzir conhecimento, para fazer a tentativa de trazer a formação dos cursos de graduação e pós-graduação mais próximos da realidade da saúde pública brasileira. Dessa forma, a história e o espaço ficam sendo um “resultado”.

Na experiência de pesquisa-intervenção na equipe da área oito, vislumbrei a fragilidade e a potência da Educação Permanente em Saúde. Encontrei na gestão compartilhada (trabalhadores e pesquisadora) dos espaços, dos afetos, do trabalho, dos saberes um movimento potente para provocar trocas, aprendizagens, formação e educação. Gastão (2010) diz que a “construção de diretrizes, protocolos e campos de cuidado obedeceriam a estratégias dialógicas de busca de consenso e envolvimento das equipes (agir comunicativo e cogestão)” (p. 2343).

O processo da equipe de instaurar uma reunião itinerante me fez percorrer os caminhos da atividade da técnica de enfermagem e provocou o encontro com a criação e recriação da história de um ofício. Ao percorrer os “labirintos” do CSVC, o corredor do Ambulatório Básico, as ligações e (des)continuidades entre áreas fui vislumbrando o que está “entre” o trabalho prescrito e o trabalho realizado. O entre, são os encontros com os corpos, os afetos que são agenciados, a história do ofício, as histórias pessoais, os saberes acumulados na prática do trabalho, as alegrias, dores, sofrimentos, o encontro com o usuário e com a comunidade. Portanto, o trabalho e a formação são atividades de criação e se afirmam no registro das artes de trabalhar e educar produzidas no cotidiano do trabalho em saúde.

A educação permanente em saúde precisa ir ao encontro do trabalhador da saúde, percorrer os labirintos, encontrar os corpos, os afetos, o sofrimento, as histórias de vida e de trabalho. A prescrição sobre o trabalho em saúde deve ser trazida para o cotidiano do trabalho e deve ser refletida com os sujeitos trabalhadores. E para que encontro se efetive é preciso repensar sobre os espaços e tempos que tem sido implementado para que os sujeitos trabalhadores se encontrem com os seus pares.

6. Referências bibliográficas

ACHUTTI, Eduardo R. Fotos e palavras, do campo aos livros. Publicado em: Studium, no. 12 ed.. IFCH, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Pós-Graduação de Filosofia e Ciências Humanas UNICAMP, Universidade Estadual de Campinas: Brasil. 2004. Disponível em <http://www.studium.iar.unicamp.br/12/1.html> Acessado em 11 de jan de 2011.

ACHUTTI, L. E. R. Fotoetnografia da Biblioteca Jardim. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2004.

AGUIAR, Katia Faria de e ROCHA, Marisa Lopes da. Micropolítica e o exercício da pesquisa-intervenção: referenciais e dispositivos em análise. Psicol. cienc. prof., dez. 2007, vol.27, no.4, p.648-663. Acessado em 20/01/2010.

AGUIAR, Katia Faria de e ROCHA, Marisa Lopes da. Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. Psicol. cienc. prof., dez. 2003, vol.23, n. 4, p.64-73. Acesso em 14/12/2009

ANTUNES, Ricardo. Dimensões da precarização estrutural do trabalho. 2006. Disponível em: <http://www.itcp.usp.br/drupal/files/itcp.usp.br/ANTUNES%20LIVRO%20GRA%C3%87A%202007.pdf> Acessado em: 20 fev.2010.

ANTUNES, Ricardo; ALVES, Giovanni. As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. Educ. Soc., Campinas, v. 25, n. 87, ago. 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-73302004000200003&lng=pt&nrm=iso . Acessado em 20 fev. 2010.

BARROS, Laura Pozzana de; KASTRUP, V. Cartografar é acompanhar processos. In: Eduardo Passos, Virgínia Kastrup e Liliana da Escóssia (Org.) Pistas do Método da Cartografia. Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. Porto Alegre: Editora Sulina, p. 52-75, 2009

BARTHES, Roland. A câmera clara: notas sobre a fotografia. Rio de Janeiro. Ed. Nova Fronteira, 1984.

BAUMGARTEN, Maíra. Tecnologias sociais e Inovação social. In: Antônio David Cattani; Lorena Holzmann. (Org.).Dicionário de Trabalho e Tecnologia. 1 ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2006, v. 358 pg, p. 302-304

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. Ciênc. saúde coletiva, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, set. 2005. Disponível em

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300014&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 03 fev/2010.

BLAZUS, Paula de Oliveira. "A lata faz foto? Ah, então a lata é mágica!": estudo etnográfico sobre itinerários urbanos e a circulação de imagens e olhares em oficinas de fotografia pinhole, Porto Alegre-RS. Dissertação de Mestrado Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Social. 2006.

BRANDT, Marco Aurélio. Fotografia: como funciona? Disponível em: <http://www.concinnitas.uerj.br/resumos9/brandt.pdf> acessado em 15 de jan 2011.

BRASIL. Constituição da Republica Federativo do Brasil de 1988. Disponível em https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Constituicao/Constituicao.htm acessado em: 02 de fev. 2010.

BRASIL. IX Conferência Nacional da Saúde – Relatório Final. 1992. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_9.pdf acessado em fev. de 2010.

BRASIL. 11ª Conferência Nacional de Saúde –Relatório Final. 2002. Disponível em http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/03_1444.htm

BRASIL. Portaria nº 198 de 13 de fevereiro de 2004. Disponível em http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/legislacao/arquivo/54_Portaria_198_de_13_02_2004.pdf acessado em: 02 de fev. 2010.

BRASIL. Portaria GM/MS n 1.996 de 20 de Agosto de 2007. Disponível em http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/Portaria_N_1996_GMMS.pdf acessado em: 02 de fev. 2010.

BRASIL. Lei Nº 8.080 de 19 de Setembro de 1990. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/legislacao/lei8080_190990.htm acessado em: 02 de fev. 2010.

BRASIL. Lei Nº 8.142, de 28 de Dezembro de 1990. Disponível em http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm acessado em: 02 de fev. 2010.

BRASIL. Lei 7.498 de 25 de junho de 1986. Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4161> acessado em fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró-Saúde:

objetivos, implementação e desenvolvimento potencial / Ministério da Saúde, Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007. Disponível em: http://www.prosaude.org/rel/pro_saude1.pdf Acessado em: 02 de fevereiro de 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/pactovolume4.pdf> acessado em: 02 de fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_educacao_permanente_saude.pdf Acessado em 02 de fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. VIII Conferência Nacional de Saúde - Relatório Final. Disponível em http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf acessado em: 02 de fev. 2010.

CAMPOS, Gastão W. de S. Cogestão e neoartesanato: elementos conceituais para repensar o trabalho em saúde combinando responsabilidade e autonomia. *Ciência e Saúde Coletiva* 15(5), 2010.p.2337-2344.

CAPONI, Sandra. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. *Hist. cienc. saude-Manguinhos*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, Oct. 1997. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59701997000200006&lng=en&nrm=iso . Acessado em 10 Mar. 2010.

CARVALHO, Victa. Dispositivo e imagem: o papel da fotografia na arte contemporânea. Publicado em: *Studium*, no. 27. IFCH, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Pós-Graduação de Filosofia e Ciências Humanas UNICAMP, Universidade Estadual de Campinas: Brasil. Inverno. 2008.

Disponível em: <http://www.studium.iar.unicamp.br/27/01.html> Acessado em: 11 de jan de 2011.

CANGUILHEM, Georges. O normal e o patológico. 6 ed. ver. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009

CASTEL. Robert. Metamorfoses da questão social: uma crônica do salário. Petrópolis. Ed. Vozes, 1998.

CECCIM, Ricardo Burg . Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface. Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu - SP, v. 9, n. 16, p. 161-177, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg e FERL Alcindo Antonio. A educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. In: Trabalho, Educação e Saúde. V.6 n3. p. 443-456. Nov. 2008/fev. 2009. Disponível em: <http://www.revista.epsjv.fiocruz.br//include/mostrarpdf.cfm?Num=219> Acessado em: 10 de fevereiro de 2010.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100013&lng=pt&nrm=iso>. acessado em 10 fev. 2010. doi: 10.1590/S1414-32832005000100013.

CECCIM, Ricardo Burg. PINHEIRO, Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área da saúde. Rio de Janeiro. IMS/Uerj, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. M.. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social. Physis, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, jun. 2004 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312004000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 10fev. 2010

CUNHA, Aline de A. G., DORNA Livia B. H.; RODRIGUES, Heliana B. C. Uma contribuição à Análise Institucional no Brasil através de depoimentos orais: o setor da Psicologia Social na Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) nas décadas de 1960 e 1970. Mnemosine Vol 2. n 1 p. 2-11. 2006. Disponível
<http://www.mnemosine.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/article/viewFile/197/316> acessado em jul. de 2010.

DAVINI, María Cristina. Enfoques, Problemas e Perspectivas na Educação Permanente dos Recursos Humanos de Saúde. IN: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. Política Nacional de

Educação Permanente em Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão da Educação em Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009.

DIMESTEIN, Magda.D.B. (1998). O psicólogo nas unidades básicas de saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. Estudos de psicologia, 3 (1), 53–81, 1998.

FLUSSER, Vilém. Filosofia da caixa preta: ensaios para uma futura filosofia da fotografia. Rio de Janeiro. Relume-Dumará, 2002.

FONSECA, Tânia Galli. Modos de trabalhar, modos de subjetivar: tempos de reestruturação produtiva. In: Modos de trabalhar, modos de subjetivar: tempos de reestruturação produtiva: um estudo de caso. Tânia Galli Fonseca (Org). Porto Alegre, Ed. da UFRGS, 2002.

FOUCAULT, Michel. Foucault. In: Ética, sexualidade, política: Ditos e Escritos IV. 1ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004a , p. 234 – 239.

_____. A ética do cuidado de si como prática da liberdade. In: _____. Ditos e Escritos V. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004c. , p. 264-287

_____. Verdade, poder e si mesmo. In: _____. Ditos & Escritos V. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004 p. 295-318.

_____. O uso dos prazeres e as técnicas de si. In: Ética, sexualidade e política. Ditos e Escritos IV. 1ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária. 2004b. p. 192 -217.

_____. A hermenêutica do sujeito. Curso no Collège de France (1981-1982). São Paulo: Martins Fontes, 2006.

_____. Em defesa da sociedade. Curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. O sujeito e o poder. In: Dreyfus H. e Rabinow, P. Michel Foucault, uma trajetória filosófica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995 p. 231-239

_____. Sobre a história da sexualidade. In: MACHADO, Roberto (Org.). Microfísica do Poder. 12. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1996. P. 243-276

_____. História da sexualidade II: O uso dos Prazeres. 9ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

FOUCAULT. História da sexualidade III: o cuidado de si. 8ª Ed. Rio de Janeiro: Graal, 2005.

_____, Michel. Microfísica do poder. 12. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1996.

GOUVEIA, Fabio. A Decomposição Imagética na Pinhole: a imagem pelo buraco de uma agulha. Dissertação de Mestrado em Comunicação e Cultura. UFRJ. Escola de Comunicação, Programa de Pós-Graduação em Comunicação e Cultura. 2005. Disponível em: http://www.pos.eco.ufrj.br/publicacoes/mestrado/dissertacoes_2005.html#5 Acessado em: 15 de fev. 2011.

GUIRADO, Marlene. Psicologia Institucional: o exercício da psicologia como instituição. *Interação em Psicologia*, 2009 13(2) p. 323 – 333. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/psicologia/issue/view/980> acessado em fev. 2011.

GUÉRIN, F. Compreender o trabalho para transformá-lo: a prática da ergonomia. São Paulo: Edgard Blücher. Fundação Vanzolini, 2001.

HOLZMANN, Lorena e CATTANI, Antonio D. Taylorismo. In: Cattani, Antonio D. e Holzmann, Lorena. *Dicionário de Trabalho e Tecnologia..* (Org.) Porto Alegre: Ed. UFRGS.2006 p. 281-283.

JORGE, Eduardo. A mobilização instituinte (décadas de 1970 e 1980). In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. *A construção do SUS: histórias da Reforma Sanitária e do Processo Participativo / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa.* – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 35 p. -110 p. – (Série I. História da Saúde no Brasil)

LAGE, Giselle. C. Revisitando o método etnográfico: contribuições para a narrativa antropológica. *Revista Eletrônica Espaço Acadêmico*, v. 9, p. 3-7, 2009. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/EspacoAcademico/article/view/7104/4134> . Acessado em 20 Dez. 2010.

LIMA, Júlio C. F. Bases Histórico-Conceituais para a Compreensão do Trabalho em Saúde. In: Fonseca, Angélica F. (Org.) *O processo histórico do trabalho em saúde.* Rio de Janeiro: EPSJV/Fio Cruz, 2007.

PEREIRA. Isabel B. Histórico da Educação Profissional em Saúde In: Fonseca, Angélica F. (Org.) *O processo histórico do trabalho em saúde.* Rio de Janeiro: EPSJV/Fio Cruz, 2007.

PEDUZZI Marina e ANSELMINI. PEDUZZI, M. L. O processo de trabalho de enfermagem: cisão entre planejamento e execução do cuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 55, n. 4, p. 393-398, 2002

LOURAU, Rene. *Lourau: um analista em tempo integral*. São Paulo. Hucitec. 2004. 287p.

LOURAU, René. *Rene Lourau na UERJ – 1993. Análise Institucional e Práticas de Pesquisa*. Rio de Janeiro, UERJ. 1993.

LOUREIRO, Inês. *Arte e beleza: diferentes formulações Foucaultianas sobre a estética da existência*. Maio/2004. Disponível em <http://www.uff.br/ichf/publicacoes/revista-psi-artigos/2004-1-Cap3.pdf> Acesso 23 jul 2010.

MARASCHIN, Cleci. *Pesquisar e intervir*. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 16, n. 1, 2004. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822004000100008&lng=pt&nrm=iso. Acesso em 10/11/2010.

MARASCHIN, Cleci. *Pesquisar e intervir*. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 16, n. 1, 2004. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822004000100008&lng=en&nrm=iso . Acessado em 04 jan. 2010

MATTA, Gustavo C. *Princípios e Diretrizes do Sistema Único de Saúde*. In: MATTA Gustavo C. e PONTES, Ana Lucia de M. *Políticas de Saúde: organização e a operacionalização do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MAURENTE, Vanessa; TITTONI, Jaqueline. *Imagens como estratégia metodológica em pesquisa: a fotocomposição e outros caminhos possíveis*. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 19, n. 3, Dec. 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000300006&lng=en&nrm=iso Acessado em Mar. 2010.

MAURENTE, Vanessa; TITTONI, Jaqueline. *Imagens como estratégia metodológica em pesquisa: a fotocomposição e outros caminhos possíveis*. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 19, n. 3, dez. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000300006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 10 mar. 2010. doi: 10.1590/S0102-71822007000300006.

MERHY, Emerson Elias. FRANCO, Túlio Batista. *A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde*. In: PINHEIRO, Roseni. MATTOS, Ruben Araujo de Mattos. (Org.) Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

MERHY, Emerson Elias. FRANCO, Túlio Batista. *Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica na Saúde*. Disponível em

http://www.ufrgs.br/faced/pesquisa/educasaude/banco_de_textos/6-Merhy%20&%20Franco.pdf acessado em Fev. 2010.

NARDI, Henrique Caetano. Ética, trabalho e subjetividade: trajetórias de vida no contexto das transformações do capitalismo contemporâneo. Porto Alegre. Ed. da UFRGS, 2006

OLIVEIRA, Renata Ghisleni de. Assistência-assessoria jurídica universitária e direitos da mulher: (trans)formações possíveis. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. 2010

OLIVEIRA, Paulo Antonio Barros. Trabalho prescrito e trabalho real. In: CATTANI, Antonio David, HOLZMANN, Lorena. Dicionário de trabalho e tecnologia. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 2006. p. 329-332.

SCHERER, Magda Duarte dos Anjos; PIRES, Denise e SCHWARTZ, Yves. Trabalho coletivo: um desafio para a gestão em saúde. Rev. Saúde Pública [online]. 2009, vol.43, n.4 p. 721-725 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102009000400020&lng=pt&nrm=iso>. Acessado de jan. 2011.

PAIM, Jairnilson da Silva. Direito a Saúde, Cidadania e Estado. In: 8ª Conferência Nacional de Saúde, 1986. http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/8_CNS_Direito%20a%20saude,%20cidadania%20e%20Estado.pdf

PAIM, Jairnilson da Silva. Reforma Sanitária Brasileira: contribuição para a compreensão crítica. Tese de Doutorado. 2007. Disponível em: http://www.bibliotecadigital.ufba.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=576 Acessado em 10 de fevereiro de 2010.

PASSOS, Eduardo. ; BARROS, Regina Duarte Benevides de . A Cartografia como método de pesquisa-intervenção. In: Eduardo Passos;Virginia Kastrup; Liliana da Escóssia. (Org.). Pistas do método de cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade. 1a ed. Porto Alegre: Sulina, 2009, v. , p. 17-31.

PAULON, Simone. M. A análise de implicação como ferramenta na pesquisa-intervenção. Psicologia e Sociedade, v. 17, p. 16-23, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v17n3/a03v17n3.pdf> Acessado em 20 dez. 2010

PEDUZZI, Mariana. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. In: Trabalho, Educação e Saúde. Volume 1. Número1.

FIOCRUZ, 2003. p. 75-91. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/beb/periodicos/mfn5082> acessado em 02 Fev. 2010.

RAMMINGER, Tatiana; NARDI, Henrique Caetano. Subjetividade e trabalho: algumas contribuições conceituais de Michel Foucault. Interface (Botucatu), Botucatu, v. 12, n. 25, jun. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832008000200009&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 20 fev. 2010. doi: 10.1590/S1414-32832008000200009.

RAMOS, Márcia Ziebell; TITTONI, Jaqueline; NARDI, Henrique Caetano. A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. Cad. psicol. soc. trab., São Paulo, v. 11, n. 2, dez. 2008. Disponível em <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172008000200006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 fev. 2011.

ROUILLÉ, André. A Fotografia - Entre o Documento e a Arte Contemporânea. Ed. Fenac. 2009

ROVERE, Mario. Comentarios estimulados por la lectura del artículo "Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário". Interface (Botucatu), Botucatu, v. 9, n. 16, fev. 2005. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832005000100014&lng=pt&nrm=iso. Acessado em fev. 2011.

SILVA, Paula Marques da. Políticas públicas e formação em saúde: a formação como experiência e prática de si. Dissertação de Mestrado em Psicologia Social e Institucional. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. 2010

SONTAG. Susan. Sobre fotografia. São Paulo: Companhia das Letras, 2004.

SOUZA, Moema Amélia Serpa Lopes de. As Novas Configurações do Trabalho em Saúde: os indicativos do processo de desregulamentação. Textos & Contextos (Porto Alegre), v. 9, n. 2, p. 334 - 344, ago./dez. 2010. Disponível <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/viewFile/7340/5793> acessos em 21 fev. 2011

SPEDO, Sandra Maria. Desafios para a implementar a integralidade da assistência à saúde no SUS: estudo de caso no município de São Paulo (SP). Tese de doutorado na USP. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-20072009-161940/pt-br.php> acessado em: 20 de janeiro de 2011.

SPINK, Mary Jane P.. Pesquisando no cotidiano: recuperando memórias de pesquisa em Psicologia Social. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 19, n. 1, abr. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822007000100002&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 05 mar. 2010. doi: 10.1590/S0102-71822007000100002.

SPINK, Peter Kevin. O pesquisador conversador no cotidiano. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 20, n. spe, 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822008000400010&lng=pt&nrm=iso>. acessado em 04 jan. 2010. doi: 10.1590/S0102-71822008000400010.

TACCA, Fernando de. Sapateiro – o retrato da casa. Idioma: Português. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual de Campinas . Instituto de Artes. Programa de Pós-Graduação em Multimeios. 1991. Disponível em <http://cutter.unicamp.br/document/?code=vtls000028705> acessado em jan. de 2011.

TAYLOR, Frederick W. *Princípios da Administração Científica*. 8 Ed. São Paulo, Atlas, 1990.

TITTONI, Jaqueline ; DIEHL, R. ; Maraschin, C. . Planografias em pesquisa: mapas e fotografias na saúde mental. *Interface. Comunicação, Saúde e Educação*, v. 13, p. 79-91, 2009.

TITTONI, Jaqueline E NARDI, Henrique. Subjetividade e Trabalho. In: Cattani, Antonio D. e Holzmann, Lorena. *Dicionário de Trabalho e Tecnologia..* (Org.) Porto Alegre: Ed. UFRGS.2006 p. 277-280.

TITTONI, Jaqueline. Sobre psicologia e fotografia. In: *Psicologia e Fotografia: experiências em intervenções fotográficas*. Porto Alegre Ed. Dom Quixote, 2009.

TITTONI, Jaqueline. Trabalho, poder e sujeição: trajetória entre o emprego e o desemprego e os “novos” modos de trabalhar. Porto Alegre. Ed. Dom Quixote, 2007.

TITTONI, Jaqueline; NARDI, Henrique. C. ; RAMOS, M. Z. ; A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver.. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho (USP)*, v. 11, p. 209-221, 2008.

TONI, Míriam de. Visões sobre o trabalho em transformação. *Sociologias*, Porto Alegre, n. 9, jan. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222003000100009&lng=pt&nrm=iso>. Acessado em 20 fev. 2010.

WEBER, Max. A ética protestante e o espírito do capitalismo São Paulo: Pioneira, 15. Ed. 2000.

KOBAYASHI, R. M. & LEITE, M. M. J. (2004). Formação de competências administrativas do técnico de enfermagem. Rev. Latino-americana de Enfermagem, 12(2), 221-227.

ANEXO A

Título da pesquisa: AS ARTES DE TRABALHAR E EDUCAR – um Estudo junto a Trabalhadores da Atenção Básica em Saúde.

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Prezado participante,

Ao assinar este documento estou consentindo participar do estudo realizado pela pesquisadora Daiana R. Mello Cargnin e orientada pelo Prof^a. Dra. Jaqueline Tittoni, sobre o trabalho e a educação permanente em saúde. O objetivo desse estudo é analisar como a Educação permanente em saúde opera como dispositivo no e do SUS e produz um modo de trabalhar e educar no SUS.

Declaro ter recebido uma explicação clara e completa sobre as tarefas de que participarei e me submeto às mesmas de livre e espontânea vontade, reconhecendo que:

1º Foram explicados a justificativa e o objetivo da presente pesquisa, que consiste na elaboração de Dissertação de Mestrado.

2º Foi explicado o procedimento que será utilizado.

3º Poderei interromper a realização das tarefas quando desejar.

4º Em caso de qualquer desconforto gerado no momento da aplicação do instrumento poderei recorrer ao Comitê de Ética do Departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

5º Participarei desta pesquisa sem qualquer ônus financeiro para mim.

6º Fui também esclarecido (a) de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP), conforme as normas estabelecidas para a realização de pesquisa com seres humanos pelo Conselho Nacional de Saúde (1996) - Resolução nº 196/96.

7º Os dados por mim fornecidos serão armazenados na sala 128 do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul pelo período de cinco anos, após o qual serão eliminados.

8º A minha assinatura neste documento dará autorização aos pesquisadores para utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos dentro das prerrogativas de sigilo e preservação de identidade inerentes à pesquisa científica.

9º Assino o presente documento em duas vias de igual teor, ficando uma em minha posse.

A pesquisadora responsável por este estudo é a Profª Jaqueline Tittoni. Este documento foi revisado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, sito à rua Ramiro Barcelos, 2600, o qual poderá ser contatado pelo telefone 3308.5698 ou pelo e-mail cep-psico@ufrgs.br, e aprovado em Agosto de 2010. Para quaisquer esclarecimentos, a pesquisadora Daiana R. Mello Cargnin coloca-se à disposição através do telefone (51) 81722082 ou pelo e-mail: daianacargnin@yahoo.com.br.

Porto Alegre, _____

Daiana R. Mello Cargnin

Participante