



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SERGIPE
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA
NÚCLEO DE PÓS-GRADUAÇÃO E
PESQUISA EM PSICOLOGIA SOCIAL**



DANIELE CARVALHO CASTRO

**O TRABALHO EM SAÚDE COLETIVA NO CONTEXTO DA REESTRUTURAÇÃO
PRODUTIVA: PRECARIZAÇÃO, CONFLITOS E SUBJETIVAÇÃO**

São Cristóvão – Sergipe
Agosto de 2016

DANIELE CARVALHO CASTRO

**O TRABALHO EM SAÚDE COLETIVA NO CONTEXTO DA REESTRUTURAÇÃO
PRODUTIVA: PRECARIZAÇÃO, CONFLITOS E SUBJETIVAÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal de Sergipe como requisito parcial para a obtenção de título de Mestre em Psicologia Social.

Orientador: Prof.º Dr. Marcelo de Almeida Ferreri.

Linha de Pesquisa: Processos de Subjetivação e Política.

São Cristóvão (SE)
2016

COMISSÃO JULGADORA

Dissertação da discente Daniele Carvalho Castro, intitulada *O trabalho em saúde coletiva no contexto da reestruturação produtiva: precarização, conflitos e subjetivação*, defendida em 30/08/2016 junto à Banca Examinadora constituída pelos Professores Doutores:

Prof^o. Dr. Marcelo de Almeida Ferreri (orientador)

Prof^a. Dr^a. Liliana da Escóssia Melo (examinadora)

Prof^a. Dr^a. Maria Teresa Nobre (examinadora)

Aos meus avós, Conceição e Valdemar (*in
memorian*), com quem aprendi os verdadeiros
nexos da experiência.

AGRADECIMENTOS

À amiga e irmã do coração Ingrid Ferreri, por ter sido a primeira pessoa a acreditar e depois me convencer de que o Mestrado seria possível;

Ao meu Ori(entador), Marcelo Ferreri, agora amigo, porque somente de amigos se pode esperar tamanha atenção, critério e respeito ao meu objeto de pesquisa, além da tolerância, compreensão e generosidade frente as turbulências enfrentadas no caminho;

À amiga Camila Soares, pelo cuidado que sempre dispensou ao meu futuro, inúmeras vezes me incentivando a projetá-lo e fazendo-o junto comigo;

Aos meus pais e irmã, Carlos, Isabel e Rita, que sempre colaboraram como puderam para a realização dos meus projetos;

Ao meu amado sobrinho Sérgio Otávio, que foi sempre alegria nos momentos difíceis;

Às minhas tias Clara e Jaqueline, e ao tio do coração Lucrécio, pela sensibilidade e generosidade em momentos decisivos dessa jornada;

À minha prima Renata Oliveira, pela presença afetiva e apoio constante;

À amiga Kayse Alcântara, por ter sido um farol em todas as etapas do processo, no sentido de me acolher e me ajudar a dimensionar essa experiência da forma mais sensata possível;

À amiga-chefa Karine Reis, que me abriu, generosamente, as portas da frente para adentrar o cenário surpreendente do Sistema Único de Saúde, e nele poder me reconhecer e me realizar como pessoa e profissional;

Às amigas de uma vida, Fernanda Souza, Glícia Livane, Sylvia Freitas e Andréa Gonçalves, que ajudaram não somente torcendo pelo êxito dessa experiência, mas também me auxiliando concretamente em todas as etapas, sem me deixar esquecer que o amor e a partilha importam muito na caminhada;

Aos queridos colegas de turma, Aline Alves, Karen Mirela e Lucas Teixeira, pelo apoio, suporte e trocas acadêmicas sempre da mais alta qualidade, mas, sobretudo, pela acolhida e afetuosidade que cultivamos e que foi norte, quando, muitas vezes, o rumo se perdia;

À professora Liliana da Escóssia, que me honrou ao me ensinar, “fazendo”, a nobreza do ofício docente;

À professora Livia Gondinho, pela humildade, gentileza e respeito com que sempre tratou minhas pretensões acadêmicas;

Ao professor Manoel Mendonça, pela acolhida afetuosa de sempre e também por descortinar para mim uma Psicologia tão eloquente quanto instigante;

E, em especial, à *força* de sempre seguir em frente... que ela nunca nos falte e que sempre nos mova!

*Para se fazer uma campina, necessita-se de um trevo e de uma abelha,
Um trevo, e uma abelha,
E a fantasia.
A fantasia sozinha bastará
Se as abelhas forem escassas.
Emily Dickinson*

RESUMO

O problema da presente pesquisa consiste nos processos de subjetivação que permeiam as experiências do profissional em saúde coletiva frente a um modo de produção configurado pelo ideário capitalista de sociedade, tomando-se como eixo de análise a precarização das condições de trabalho. O interesse pelo tema decorre de reflexões relacionadas à experiência profissional da pesquisadora com as condições concretas de vida e de trabalho dos profissionais no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), em diferentes frentes de atuação: assistência e gestão. O trabalho tem inspiração etnográfica e o *corpus* de material analítico que subsidia o estudo consiste em uma espécie de arquivo contendo relatos acumulados sobre o tema, durante o percurso de uma trajetória profissional de cerca de dez anos de atuação no SUS em Sergipe. Esse arquivo é produto de um exercício de campo que foi consolidado não propriamente como um diário de campo, mas muito mais como um registro de memórias sobre uma experiência desenvolvida a partir da interação ou simples observação sistemática dos inúmeros e anônimos interlocutores dessa práxis. O trabalho apurou que o capitalismo, apesar de sua potencial densidade manipulatória, corresponde a uma tecnologia social que engendra, em termos de processos de subjetivação, reconfigurações afetivas e cognitivas múltiplas e provisórias, frente às tensões vivenciadas pelos trabalhadores em razão da precarização.

Palavras chave: Trabalho. Saúde Coletiva. Capitalismo. Precarização. Processos de subjetivação.

ABSTRACT

The problem of this research consists on the subjective processes that permeate the experience of the collective health professional in front of a production mode defined by capitalist ideas of the society, taken the precarious working conditions as an axe analysis. The interest in the subject starts from researcher's reflection related to the conditions of life and work of professionals in the Unified Health System (SUS) in different areas of activity: assistance and management. The work has an ethnographic inspiration and the analytical material corpus that supports the study consists on a file containing accumulated reports on the subject during the course of a professional career of ten years in the SUS in Sergipe. This file is the product of a field exercise that was not properly consolidated as a diary, but as a memory record of interactions or simple systematic observation of the numerous and anonymous actors of this practice. The study found that capitalism, despite its manipulative density potential corresponds to a social technology that creates, in terms of subjective processes, multiple and provisional affective and cognitive reconfigurations, ahead of tensions experienced by workers because of bad working conditions.

Key words: Work. Collective Health. Capitalism. Precarious labor. Subjective processes.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	11
1 REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E SAÚDE COLETIVA	16
2 CAMINHOS DA PESQUISA	22
2.1. A INSPIRAÇÃO ETNOGRÁFICA.....	22
2.2. FUNDAMENTOS DA OPÇÃO METODOLÓGICA.....	26
3 A SAÚDE COLETIVA COMO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA	33
3.1. A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO	33
3.1.1 Políticas de saúde no Brasil: antecedentes históricos.....	33
3.1.1.1 A reforma sanitária brasileira.....	36
3.1.1.1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)	38
3.2. CONDIÇÕES DE TRABALHO E DIREITOS TRABALHISTAS	42
4 PRECARIZAÇÃO, CONFLITOS E SUBJETIVAÇÃO	51
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	59
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXO.....	67

INTRODUÇÃO

O personagem *vagabundo Carlitos*, de Charles Chaplin, ao ilustrar que mesmo fora do ambiente de trabalho continuava operando na vida o mesmo movimento de repetição mecânica que realizava durante a jornada laboral, pode fornecer pistas sobre o modo como a sociedade industrial capitalista impactou o mundo do trabalho.

Para além da figura do icônico relógio que alude aos chamados *Tempos Modernos* (CHAPLIN, 1936), a metáfora da obra permite avançar o recorte temporal da modernidade e da fase do capitalismo industrial, para refletir sobre os modos como se constituem o novo tipo de trabalhador e os novos significados e sentidos atribuídos à experiência do trabalho humano no mundo contemporâneo.

Os contornos desse mundo globalizado, marcado pela chamada sociedade do conhecimento e pela introdução de inúmeras e constantes inovações tecnológicas na vida social, delinearão diretrizes para compor a força de trabalho que apresentam como base comum, conforme entendemos, o fator precarização.

O conceito de precarização com o qual este trabalho opera foi sistematizado por Mattoso (1995) e refere, em linhas gerais, um vasto rol das transformações ocorridas em relação ao mercado de trabalho, condições de trabalho, qualificação dos trabalhadores e direitos trabalhistas a partir do século passado, apontando a emergência de um novo padrão produtivo.

O rol das transformações indicadas inclui desde reduções ou perdas nos direitos trabalhistas até o retorno às ideias liberais de defesa do estado mínimo, que vêm surgindo, especialmente, nos países capitalistas desenvolvidos.

Para Offe (1991), esse processo tem afetado, guardadas proporções e peculiaridades, todos os setores produtivos da sociedade, inclusive o setor de serviços em geral, no qual se destaca o setor saúde.

O esclarecimento sobre o trabalho em saúde nas suas especificidades em relação às formas de organização e processos de produção, decorrentes, sobretudo, da vinculação institucional - sua natureza pública ou privada - será aprofundado no curso deste trabalho, mas já se mostra oportuna a sinalização de que, para efeito das discussões nele empreendidas, consideraremos a realidade dos serviços públicos de saúde, ou seja, aquela vinculada à sigla SUS (Sistema Único de Saúde), em todos os seus níveis de complexidade e esferas de atuação.

Após quase três décadas de sua criação, considera-se que o sistema de saúde brasileiro já pode ser analisado em termos de seus principais avanços e entraves, compondo-se um panorama dos aspectos mais relevantes que o caracterizam na atualidade.

Nesse sentido, sua conformação atual deflagra como importante entrave a questão dos recursos humanos, cuja experiência em meio a condições de vida e trabalho nem sempre desejáveis, decorrentes de uma forma de gestão da força de trabalho que já nasceu sob o signo do modo de produção capitalista, mobilizou a presente investigação, que, em suma, se justifica porque, consoante Paim (2009):

[...] cumpre lembrar que o SUS é movido a gente, e gente que cuida de gente deve ser tratada como gente. E não tem sido dessa forma cuidadosa que as áreas econômicas e os ministérios e secretarias sistêmicas dos governos têm tratado as pessoas que trabalham no SUS. Enquanto a questão das pessoas que nele trabalham e nele se realizam como sujeitos não for equacionada, não haverá milagres na gestão, na gerência e na prestação de serviços (PAIM, 2009, p. 130).

Sabe-se que não devem receber tratamento diferente do descrito os trabalhadores vinculados às demais políticas públicas no Brasil, mas o objetivo deste estudo consiste em circunscrever, e não propriamente analisar, as possíveis repercussões da conjuntura socioeconômica responsável por engenharias produtivas essencialmente capitalistas para os processos de subjetivação que envolvem o trabalhador em saúde coletiva na atualidade.

A expressão saúde coletiva está empregada no trabalho para referir uma compreensão conceitual e histórica que operou em algumas partes do mundo, mas especialmente no Brasil, por volta da década de 1970, uma revisão epistemológica dos sentidos atribuídos à concepção de saúde.

Essa revisão institucionalizou movimentos de transição do conceito de saúde pública (enquanto norma universal dos discursos da biologia e das ciências naturais) para o conceito de saúde coletiva, o qual incorpora contextos sociais, históricos e linguísticos ao emprego da palavra saúde, agregando-lhe, portanto, um caráter de pluralidade que aponta para a complexidade como seu traço mais característico (NUNES, 2008).

Assim, a passagem da compreensão sobre saúde pública para a de saúde coletiva excede a discussão etimológica para revelar o produto de um movimento nacional (decorrente de acontecimentos desdobrados em escala mundial) de criação de uma saúde coletiva que, ao relativizar os paradigmas apenas biológico e naturalista, introduzia no universo da saúde pública a valorização das ciências sociais (BIRMAN, 1999).

Nesse estudo, buscou-se apontar que as transformações no conceito de saúde foram acompanhadas de transformações no mundo do trabalho, as quais atualizavam processos de reestruturação produtiva. Alguns aspectos emblemáticos dessas transformações foram vivenciados durante a trajetória da pesquisadora em sua atuação na área e serão destacados no material da pesquisa.

O *corpus* de material analítico que subsidia o trabalho consiste em um conjunto de relatos acumulados durante o percurso da experiência profissional da pesquisadora de cerca de dez anos de atuação no SUS em Sergipe, período em que foi possível circular por entre funções e postos de trabalho dentro do sistema de saúde, que funcionaram como fontes de acesso a determinados tipos de relações, fatos e situações que se tornaram objetos de observação sistemática e de registros contínuos ao longo do período citado, consolidando uma espécie de caderno de memórias.

Atualizado, revisitado, consultado e estudado constantemente, identificou-se que nele constavam possíveis indícios, conforme entendemos, do problema de pesquisa analisado: os processos de subjetivação envolvendo trabalhadores decorrentes das aproximações entre as condições de trabalho na área de saúde coletiva e a reestruturação produtiva da era capitalista.

Para efeito de preservação das identidades envolvidas nos relatos, foi necessário suprimir do texto as descrições de cenas e os detalhes capazes de favorecer qualquer tipo de identificação dos autores. Foi alterada ainda, apenas nos casos em que essa informação poderia comprometer o anonimato dos mesmos, a sua profissão.

Durante a maior parte desses dez anos, o material reunido recebeu tratamento de mero arquivo pessoal resultante das experiências de relação com o tema, pois as pretensões acadêmicas, até então apenas embrionárias, de conciliar o trinômio pesquisa – experiência – relatos se afiguravam como inconsistentes diante das tradicionais abordagens metodológicas conhecidas.

Precedeu, portanto, as etapas de elaboração e mesmo desenvolvimento dessa pesquisa um processo pessoal, mas já vivenciado em ambiente acadêmico, de resgate em relação ao reconhecimento ou valoração da experiência, por parte da própria pesquisadora, como possível substrato para o exercício de produção científica.

Esse processo de resgate se deve às experiências de atualização teórica e conceitual vivenciadas durante o Mestrado (curso das disciplinas e estágio), ao suporte do grupo de pesquisa quando, também processualmente, apresentou possibilidades de operações conceituais e metodológicas que acolhiam os arranjos até então apenas esboçados, e ao trabalho efetivo de orientação da pesquisa.

Enfrentado, então, o entrave inicial, receio ou melindre de tratar como possível fonte de análise um simples registro de memórias, buscou-se, através da exploração das histórias acumuladas, identificar (perspectiva descritiva e não analítica) o modo como o trabalho em saúde coletiva se produz na atualidade em suas interseções com a conjuntura do mundo do trabalho na era do capital; evidenciar as condições de produção (práticas, modos de produção) dos discursos que emergem dessa realidade social; e vislumbrar possíveis desvios para rotas ou desfechos consideradas previsíveis nesse contexto.

Nisso consistem, assim acreditamos, as possibilidades da pesquisa de, pela via da evidenciação de relatos anônimos, colhidos através do exercício da simples “escutatória”¹, identificar processos de subjetivação no contexto considerado.

Por processos de subjetivação compreendemos, consoante Foucault (2014), aqueles que se estabelecem no modo como os sujeitos se constituem em suas relações com os estatutos de verdade que lhe atravessam, disso resultando novas relações desse mesmo sujeito com as dimensões do conhecimento e do poder. Nesse sentido, a figura do sujeito emerge, para o autor, não como instância fundadora de práticas, mas como efeito, sempre provisório, de processos de constituição e reconfiguração das mesmas.

Integrando-se os relatos à arquitetura argumentativa do estudo, na perspectiva de organizá-los por meio de uma lógica de categorização que segue cada seção do texto em seu título e encadeamento de conteúdos, buscou-se estruturar o trabalho da seguinte forma:

O Capítulo 1 apresenta noções gerais sobre a reestruturação produtiva desenvolvida no mundo do trabalho com o advento do capitalismo, perfilando-o com o processo de constituição do conceito de saúde coletiva adotado nesse estudo, no intuito de apontar, aprofundando a reflexão sobre as relações entre saúde e trabalho, as aflições entre a organização da produção (pautada em aspectos macroestruturais da economia) e as condições de trabalho, as quais serão ilustradas nos relatos da seção seguinte;

No Capítulo 2, seguem reflexões sobre a inspiração etnográfica como caminho ou possibilidade de articular o trinômio pesquisa – experiência – relatos no exercício da prática científica;

Com o Capítulo 3 buscou-se atualizar, com base no cenário mundial de transformações decorrentes da era capitalista, o contexto do trabalho em saúde coletiva tomando como ferramenta de análise o fator precarização e seus possíveis efeitos de subjetivação para os trabalhadores. Nesse empenho, emergiu como necessária a discussão sobre o processo

¹ Expressão consagrada na obra do autor Rubem Alves (1999) para designar o processo de aprendizado sobre o exercício da escuta, em detrimento do da fala, excessivamente praticado na atualidade, segundo o mesmo.

histórico de conformação das Políticas Públicas de Saúde, incluindo o SUS, e suas interfaces com o modelo de desenvolvimento econômico adotado no país, e a figura do Estado com as possíveis manobras ideológicas presentes no campo do trabalho quando se cruzam as dimensões do público e do privado;

O Capítulo 4 propõe-se a sustentar que, embora existam inúmeros outros “recortes” analíticos possíveis sobre a temática em foco, a opção feita na pesquisa diz respeito ao exercício de apenas circunscrever ou delinear os processos de subjetivação que contornam uma experiência de trabalho tão conflituosa quanto singular, frente às interseções entre o capitalismo e o trabalho na área de saúde coletiva, discutidas pelo viés da precarização.

1 REESTRUTURAÇÃO PRODUTIVA E SAÚDE COLETIVA

O modo de produção capitalista conformou-se, ao longo dos séculos, por meio de métodos de produção que Marx (1983), em *O capital*, classificou como: cooperação (trabalhador coletivo), manufatura (divisão do trabalho) e grande indústria (maquinaria). São os chamados métodos de produção da mais-valia (ALVES, 2011).

Esses métodos de produção se movimentam historicamente, segundo o autor, reposicionando não apenas formas novas de organização do trabalho, mas demarcando fases ou etapas históricas, em sua processualidade, de desenvolvimento do capitalismo. É a esse movimento que se denomina reestruturação produtiva.

A reestruturação produtiva da era capitalista no século XX teve como ícone o binômio fordismo-taylorismo², que, ainda na etapa da grande indústria, inovou e reposicionou as formas de organização da produção, com repercussões não somente para setores da indústria, mas também dos serviços.

A introdução dos novos modelos produtivos foi lenta, desigual e combinada, percorrendo a maior parte do século XX. A produção em massa (ou o fordismo) altera de modo significativo a vida social, transfigurando as condições de produção (e de reprodução) social da civilização humana, atingindo de forma diferenciada países e regiões, setores e empresas da indústria ou de serviços. O que surge, hoje, com o novo complexo de reestruturação produtiva, cujo momento predominante é o toyotismo, é mais um elemento compositivo do longo processo de racionalização do trabalho que teve origem com o fordismo-taylorismo (ALVES, 2011, p. 34).

Para Antunes (2015), o toyotismo³ seria, talvez, o mais emblemático produto da mescla entre o fordismo e o taylorismo (modelos de produção predominantes nos mercados americano e europeu) com outros processos produtivos experimentados em várias partes do mundo capitalista globalizado, destacando-se o Japão.

Pode-se afirmar que o toyotismo, de forma transitória, sucede historicamente o fordismo-taylorismo ao inaugurar, por volta da década de 1970, novos padrões produtivos cada vez mais adequados à lógica de mercado e menos integrados à lógica industrial.

² O taylorismo foi criado pelo engenheiro mecânico americano Frederick Winslow Taylor e consiste, em linhas gerais, no processo de fragmentação dos processos de trabalho em um sistema de divisão e especialização do operário em uma só tarefa. Criado pelo também americano empreendedor Henry Ford, o fordismo corresponde a uma espécie de aprimoramento do sistema taylorista, explorando-se a funcionalidade das máquinas com a criação da icônica "esteira rolante", onde as peças dos automóveis passavam em frente ao trabalhador, exigindo uma significativa redução do tempo de execução de seu trabalho (GORENDER, 1997).

³ A expressão refere o modelo japonês de produção criado pelo japonês Taiichi Ohno e implantado nas fábricas de automóveis Toyota, após o fim da Segunda Guerra Mundial (BARBARA, 1999).

Sua marca mais característica é um padrão de gestão da força de trabalho voltado para as lógicas de flexibilização da produção (produção restrita à demanda, com diminuição de estoques), especialização flexível (perfil de um trabalhador mais qualificado e polivalente), círculos de controle de qualidade (produção controlada visando à máxima qualidade), gestão participativa (incentivo à participação do trabalhador em todas as etapas do processo de produção), Kanban⁴ (método para programar a produção) e busca da qualidade total (dessa lógica surgiram os certificados de qualidade ou ISO).

Essa nova conjuntura se expandiu, ainda segundo Antunes (2015), para além do Japão, em diversos países de capitalismo avançado e em países industrializados em fase de desenvolvimento.

Nos anos de 1980, foram ganhando maior relevo os modos pelos quais as transformações sociais relacionadas aos avanços tecnológicos, à automação, à robótica e à microeletrônica impactaram as relações de trabalho e de produção.

No Brasil estas transformações ocorreram mais tardiamente, em relação aos principais países do mundo, tornando-se mais significativas a partir da década de 90. O modo de desenvolvimento do Brasil passou, nesta década, de um estilo de industrialização protegida para o de uma economia aberta e competitiva. A inserção da economia brasileira no processo de globalização gerou significativas alterações sobre os fluxos de comércio e de capitais, sobre a base tecnológica, gerencial e organizacional das empresas e, conseqüentemente, sobre as relações de trabalho, pois a produção passou a visar o melhor aproveitamento possível do tempo de produção (BARBARA, 1999, p. 32).

E, neste ponto da reflexão, convém recorrer-se no estudo a um conceito de trabalho que se mostre suficiente para ancorar seu propósito, não de aprofundar noções sobre economia política, mas de apenas com elas dialogar para tentar tornar legível o modo como o trabalho em saúde coletiva, em seu processo de constituição, repercutiu a conjuntura descrita.

Em acordo com Kosik (1986), concebemos o trabalho como:

[...] um processo que permeia todo o ser do homem e constitui a sua especificidade. Por isso, o mesmo não se reduz só à atividade laborativa ou emprego, mas à produção de todas as dimensões da vida humana. Na sua dimensão mais crucial, o trabalho aparece como atividade que responde à produção dos elementos necessários e imperativos à vida biológica dos seres humanos como seres ou animais evoluídos da natureza. Concomitantemente, porém, responde às necessidades de sua vida intelectual, cultural, social,

⁴ A expressão é de origem japonesa e em tradução literal significa “cartão” ou “sinalização”. Na prática, consiste na utilização de cartões (post-it e outros) para indicar, em sistematização aparente para todos os funcionários, dentro do próprio espaço de trabalho, o andamento dos fluxos de produção em empresas de fabricação em série.

estética, simbólica, lúdica e afetiva. Trata-se de necessidades que, por serem históricas, assumem especificidades no tempo e no espaço (KOSIK, 1986, p. 180).

Ao longo dos séculos, acredita-se ser possível afirmar, as questões relacionadas à temática trabalho e saúde avançaram nos termos de suas interfaces com o advento do capitalismo. Avançaram porque excederam o âmbito das discussões polarizadas entre aspectos apenas biológicos ou psicológicos em saúde para também pautar a dimensão do social, das variáveis históricas, políticas e econômicas envolvidas.

Como alertam Assunção e Brito (2011), desde o surgimento, no interior da medicina, da especialidade chamada medicina do trabalho, até o desenvolvimento e consolidação de leis, a partir do século XX, no sentido de regular as relações entre o capital e o trabalho nas sociedades ocidentais, além da crescente produção científica relacionada ao assunto, tudo corrobora para o entendimento de que trabalho e saúde consistem, articulados, em um tema diretamente ligado à vida dos indivíduos e coletivos.

Para as mesmas autoras, especificamente na área de saúde coletiva, constituída no Brasil em meados da década de 1970, sempre existiram segmentos voltados à percepção das relações entre saúde e trabalho, organização da produção, condições de trabalho, relações de trabalho e suas articulações com os aspectos macroestruturais da economia.

A distinção apontada inicialmente entre as noções de saúde pública e saúde coletiva é valorizada nesse estudo porque, segundo alerta de Almeida Filho (2011, p. 144): “(...) como todos os objetos significativos nas formações sociais do capitalismo, também os sentidos da saúde têm sido objeto de disputa em relação a distintos modos de valoração”.

Eis porque, para o mesmo autor, o conceito de saúde somente pode ser concebido em perspectiva plural, para contemplar sua complexidade teórica e metodológica e suas implicações socioculturais e políticas.

A forma como se pretende dar tratamento nesse estudo aos sentidos da saúde refere-se ao exercício de, minimamente, resgatar o processo de construção do que hoje chamamos de campo da saúde coletiva, demarcando seus principais marcos institucionais e históricos, trabalho que consideramos ter sido sistematizado com rigor cronológico e abrangência conceitual por Almeida Filho (2011), autor que subsidia o resgate proposto nesta seção da pesquisa.

Optamos por fazê-lo, de início, revelando a histórica dificuldade de definição sobre o próprio conceito de saúde, atrelada à tradicional metodologia positivista de abordagem do

assunto no campo científico, em detrimento da necessária abertura a um debate de cunho teórico, filosófico e pragmático.

Em 1946, a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu saúde como “estado de completo bem-estar físico, mental e social” (p. 8) e, ao tratar do conceito superando a noção de mera ausência de doença, já sinaliza um empenho simbólico de revisão do paradigma exclusivamente biologicista através do qual a temática saúde até então vinha sendo tratada.

A isso que consideramos um incipiente movimento de redefinição ideológica, se sucederam esforços de formulação de um conceito de saúde progressivamente mais abrangente e integral, numa tentativa de ilustrar a complexidade de seu objeto.

Esse movimento assumiu contornos globais e atingiu, em especial, os processos de organização sanitária de países industrializados. Foi denominado, por sua ancoragem teórica, conceitual e política à época, de movimento pela promoção da saúde.

A mesma OMS, em 1978, lançou em Alma-Ata⁵, por ocasião da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, uma campanha pela atenção primária à saúde, com vistas a se promover a universalização da assistência em saúde. A campanha se oficializou através da chamada Declaração de Alma-Ata, à qual o Brasil, juntamente com outros países, fez adesão (ALMEIDA FILHO, 2011).

O processo de consolidação da noção de promoção da saúde transcorreu em meio a um cenário marcado por ampla pressão social e política e importante demanda epistemológica por melhor compreender-se, afinal, o conceito de saúde, enquanto o campo científico participava de forma apenas marginal, ao restringir o assunto aos limites do saber biomédico.

Nesse contexto, o conceito de saúde continuou sendo repensado e sucessivamente reformulado, transitando desde a concepção de saúde, e de doença, como processos sociais até a noção de saúde como campo de práticas, quando efetivamente passaram a ser reconhecidas suas inegáveis interfaces com as dimensões filosófica, política e social, além da científica.

O desafio foi assumido por atores sociais engajados no exercício de incorporação do ensino das ciências sociais e humanas na saúde pública, com a incorporação da dimensão psicossociocultural ao tradicional paradigma cartesiano de produção social da saúde.

Esse esforço agregou valores novos aos entendimentos vigentes sobre saúde pública, agora também tratada como movimento de promoção da saúde, e a construção teórica e retórica do conceito de saúde passou a se conformar a partir da metáfora de campo.

⁵ Alma-Ata, à época, localizava-se na República do Cazaquistão, ex-república socialista soviética (OPAS, 2016).

Pensar o conceito de saúde como campo de práticas é a opção feita neste trabalho, dentre outras construções possíveis, para instruir uma ainda precária delimitação do campo da saúde coletiva e constitui uma operação que se ancora no conceito de campo social⁶ oriundo de paradigmas epistemológicos contemporâneos:

Nas epistemologias pragmáticas contemporâneas, define-se campo como espaço social relativamente autônomo, constituído por uma estrutura de redes de relações objetivas (...). Esse conceito permite considerar, no plano epistemológico, cenários, atores e movimentos de crítica, elaboração e superação de matrizes paradigmáticas capazes de alimentar o pensamento e a ação transformadora no âmbito da práxis (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 109).

A saúde como campo social recebe contornos formais em 1974, no Canadá, em documento intitulado Relatório Lalonde, o qual elenca quatro eixos estruturantes do esboço traçado para o campo da saúde, em prol do movimento de promoção da saúde: a biologia humana (ciclos de vida, biosistemas e herança genética), o sistema de organização dos serviços (rede de serviços de cuidado que atuam em perspectiva recuperativa, curativa e também preventiva), o ambiente (concepção ampla, incluindo o social, o físico e até o psicológico) e o estilo de vida (padrões de consumo e comportamentos de risco, lazer, trabalho, grau de politização, etc).

No Canadá, essa formulação começou a ser aplicada de forma sistemática e recebeu o nome de medicina socializada, modelo que consolidou todos os ensaios anteriores de concepção e operacionalização da lógica de promoção da saúde.

O documento conhecido como Carta de Ottawa⁷, de 1986, institucionalizou o modelo canadense, definindo os princípios gerais do movimento de promoção da saúde: integração da saúde como parte de políticas públicas, atuação da comunidade na gestão do sistema de saúde, reorientação dos sistemas de saúde e ênfase na mudança dos estilos de vida.

Importante destacar, neste ponto da discussão, a notória influência tanto da Declaração de Alma-Ata quanto da Carta de Ottawa na formulação dos princípios e diretrizes do futuro sistema público de saúde brasileiro, a partir da Constituição Federal de 1988, assunto que será abordado posteriormente neste estudo.

⁶ Conceito inspirado na teoria de campo social formulada por Pierre Bourdieu, considerado pelo autor da citação o principal expoente das correntes epistemológicas contemporâneas (BOURDIEU, 1983).

⁷ Carta de Intenções da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em Ottawa, Canadá (MS/BVS, 2016).

Para melhor desdobrar o entendimento nessa seção do trabalho, consideramos oportuno definir o que seja, em linhas gerais, um sistema de saúde, que, segundo Paim (2009), consiste em:

[...] conjunto de agências e agentes cuja atuação tem como objetivo principal garantir a saúde das pessoas e das populações. Essas agências (instituições e empresas) e agentes (profissionais e trabalhadores de saúde) fazem parte de algo maior, ou seja, o sistema de saúde (PAIM, 2009, p. 13-14).

Almeida Filho (2011) assinala, a respeito dos princípios elencados na Carta de Ottawa, que não é trivial a distinção entre campo da saúde e campo da saúde coletiva, na medida em que a noção de saúde passa a extrapolar o sentido de uma disciplina científica apenas, para referir um espaço de saberes e, portanto, também de práticas interdisciplinares e multiculturais.

Cabe frisar com o autor a formulação sobre o conceito de saúde coletiva que, por buscar superar os limites e contradições contidos na noção de saúde pública desde a sua origem, mais se aproxima, conforme entendemos, das questões tangenciadas por este trabalho:

Como campo de conhecimento, a saúde coletiva estuda fatos da saúde/doença em populações como processo social; investiga a dinâmica das doenças na sociedade como fluxos de reprodução social; busca compreender práticas de saúde na sua articulação com as demais práticas sociais; analisa as formas com que a sociedade identifica suas necessidades e problemas de saúde, busca sua explicação e, para enfrentá-los, constitui, organiza e sustenta um campo social específico. A saúde coletiva, tal como vem se concretizando nas últimas décadas, especialmente no Brasil, orienta-se para uma delimitação provisória como um campo de pesquisa, de formação acadêmica e profissional e de transformação de um espaço de práticas sociais especificamente voltadas para lidar com fenômenos, desenvolver conceitos, produzir conhecimentos, aplicar técnicas. É esse espaço peculiar e específico que proponho designar como campo da saúde coletiva (ALMEIDA FILHO, 2011, p. 112-113).

Nesse capítulo, buscou-se apontar que a concomitância entre o processo de reestruturação produtiva e as mudanças na concepção do conceito de saúde influenciou o modo como foram se constituindo as condições de trabalho em saúde coletiva, repercutindo a conjuntura descrita. Esse quadro se materializa nos relatos de campo da seção seguinte, impressão da experiência vivida no SUS.

2 CAMINHOS DA PESQUISA

2.1. A INSPIRAÇÃO ETNOGRÁFICA

*O que é difícil de passar é bom de contar. O
que é bom de passar é difícil de contar*
Ariano Suassuna.

Contar histórias sobre situações vivenciadas no contexto do trabalho no SUS, nos mais diversos níveis e postos de atuação. Registros que ilustram possíveis processos de subjetivação envolvendo trabalhadores em saúde coletiva e algumas questões cruciais relacionadas ao mundo do trabalho na atualidade.

O contexto do trabalho no SUS refere aqui uma trajetória de estudos e vivências da pesquisadora em meio a processos históricos, econômicos e políticos do sistema de saúde brasileiro, que acabaram conformando uma biografia também subjetivada no conjunto das relações que envolvem o trabalho em saúde como expressão das engenharias produtivas capitalistas.

A pesquisa se inspira, pois, primeiramente, na percepção do poeta de que, em suas palavras, “é bom”, ou talvez válido, “contar” sobre o vivido aquilo que inquieta ou que desinstala em alguma medida. Válido, assim acreditamos, pelo potencial intrínseco que esses relatos guardam de poder lançar luz sobre aspectos pouco tratados nas pesquisas ou, ao menos, fornecer-nos pistas sobre eles.

A inspiração etnográfica do trabalho relaciona-se com o movimento de inventariar registros em uma espécie de caderno de memórias sobre relatos de experiências de atores sociais que figuram nos mesmos, e que consistem nos inúmeros e anônimos interlocutores da pesquisadora em sua trajetória profissional vivenciada no âmbito do SUS.

Dito de outro modo, os principais aspectos da abordagem etnográfica que caracterizam essa inspiração foram assim compreendidos na pesquisa: o caráter de trabalho de campo na obtenção dos registros; a convivência prolongada com o grupo social estudado, com o qual havia vinculação direta, por ser o universo de trabalho da própria pesquisadora; e as técnicas de produção dos registros, condizentes com a prática de observação direta e conversas informais no cotidiano do campo estudado.

A referida trajetória se inicia em meados do ano de 2005, quando, ainda na condição de estudante de graduação em Psicologia, foi possível vivenciar a dinâmica de funcionamento

do SUS através da realização, na capital do Estado de Sergipe, de estágios voluntários nas áreas de Atenção Primária e Psicossocial.

Nessa ocasião, o Sistema aparentava ainda ser um imenso borrão, onde os trabalhadores, figuras indistintas até então, marcavam ora traços, ora curvas, ora pontos. Muito pouco era possível compreender sobre a engrenagem da máquina, mas já era possível captar ou, melhor dizendo, presenciar, ao olhar e ouvir as pessoas, relatos que referiam frequentemente queixas, insatisfação e desmotivação.

A partir do ano de 2006, a inserção no SUS acontece já na condição de profissional, novamente na área de Atenção Primária, na ocasião gerindo uma Unidade Básica de Saúde (UBS) no interior do Estado, um município de cerca de 8.597 habitantes, localizado a 135 km⁸ da capital.

Nessa oportunidade, o borrão já começava a ganhar contornos, embora ainda incipientes. Os trabalhadores, por sua vez, passaram a se distinguir, na visão da psicóloga recém-formada, enquanto coletivo singular.

Essa inserção durou cerca de um ano e foi sucedida, em 2007, pela atuação na área de Atenção Psicossocial, até o ano de 2009. Essa inserção ocorreu em outro município do interior do Estado, com população estimada de 102.257 habitantes, localizado a 78 km⁹ da capital, sendo exercidas funções técnica (psicóloga de um Centro de Atenção Psicossocial/CAPS) e também de gestão (gerente de uma Residência Terapêutica/RT).

No ano de 2010, a vivência com o SUS transitou da esfera municipal para a estadual, quando a atuação passou a se dar, em momentos alternados entre cargos de gestão e funções técnicas, na área de Educação em Saúde: Apoio Institucional de serviços de saúde, Educação Permanente, Educação Profissional, Gestão Editorial e Gestão de Pessoas (avaliação de desempenho). A experiência atual se dá em função técnica na área de Educação Permanente e Popular em Saúde, ocupação atual da pesquisadora dentro do Sistema.

O recorte temporal de 2005 a 2015 corresponde, portanto, ao período em que a pesquisadora, inicialmente sem pretensões acadêmicas definidas, habituou-se a registrar para si, no intuito de melhor compreender e significar a sua atuação no SUS, histórias, relatos e vivências acumulados ao longo desses anos e colhidos no discurso de trabalhadores que enfrentavam no seu cotidiano, em atuações as mais variadas, situações que, de tão difíceis de passar, talvez lhe parecessem boas de contar. Porque contaram.

⁸ Fonte: IBGE, 2015.

⁹ Ibidem.

Os registros aconteciam em decorrência e no contexto de simples observações, escutas ou conversações em situações as mais diversas, formais e informais, diretas ou indiretas, institucionais ou não: no transporte coletivo para o local de trabalho, em deslocamentos pontuais em equipe, nas copas ou recepções dos serviços, nas paradas para o “cafezinho”, nos encontros de corredores, na troca de informativos eletrônicos ou comunicações internas, em reuniões de equipe, colegiados institucionais ou grandes assembleias. Foram cenas vivenciadas entre trabalhadores, seus pares ou superiores hierárquicos e até mesmo junto à figura de sujeitos externos ao setor saúde.

- Quanto tempo, rapaz... como você está?
- Tudo bem e com você? O que tem feito da vida?
- Estou na Universidade dando aulas, fazendo pesquisa e, quando dá, assumo algum cargo. E você?
- Na saúde pública. Comecei em ambulatório, na assistência, mas agora estou na gestão.
- Mas, rapaz... com tantas possibilidades e oportunidades que a Medicina dá para a gente, você foi logo fazer voto de pobreza? Todo mundo sabe que médico sanitário é porque decidiu fazer voto de pobreza (risos).
- (Risos) É... não deixa de ser. Mas, no fundo, eu gosto do trabalho. A saúde pública é uma cachaça (informação verbal)¹⁰.

Está difícil pra mim. Não sei como vai ser, porque, ao mesmo tempo em que preciso trabalhar pra viver, também não posso detonar assim a minha saúde. Essa viagem de mais de duas horas até o município, nessa topic nada ergonômica, saindo de casa quatro da manhã e só voltando oito da noite... tudo isso está acabando com minha coluna. Comecei a sentir dores fortes na lombar... mas, também, são quase cinco horas por dia dentro da topic. Fora que, desse jeito, eu quase não vejo minha família, porque, quando chego em casa, eles já estão quase dormindo e eu muito cansada também pra conseguir acompanhar a dinâmica deles. Chego exausta em casa. Não sei como vai ser (informação verbal)¹¹.

Somente a partir do ano de 2012, esses registros, até então apenas colecionados, passaram a ser objeto de maior atenção e análise da própria pesquisadora, que detectou como base comum daquele acervo discursivo um elemento que logo se afigurou como aquilo que aqui chamaremos de precarização. Base comum por parecer ser o que se repetia no conteúdo de cada relato.

Dessa incipiente constatação desdobrou-se uma série de problematizações sobre as condições de trabalho no SUS, o trabalho de um modo geral na atualidade e o modo como a lógica de produção capitalista afeta todo esse cenário de práticas que, reproduzidas ou

¹⁰ Diálogo entre médicos. Diálogo 1 [2013]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

¹¹ Relato de farmacêutica. Relato 1 [2006]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

questionadas, engendram, conforme entendemos, processos de subjetivação significativos para os atores sociais envolvidos.

E, neste ponto, já era possível identificar uma pretensão acadêmica de discussão da temática. Os relatos, então, continuaram a ser acumulados, agora com a perspectiva, ainda que embrionária, de um propósito ou finalidade. Aqui se esboçou um Projeto de Pesquisa voltado para reflexões sobre a precarização do trabalho no SUS em suas interfaces com a lógica de produção capitalista.

Em 2013, a oportunidade de participar do processo de seleção para o Mestrado Acadêmico em Psicologia Social na Universidade Federal de Sergipe (UFS), no qual foi possível ingressar. A partir de 2014, o referido Projeto de Pesquisa passou a ser desdobrado, até a presente data, e, em 2015, se deu o limite em relação ao exercício considerado de permanência em campo.

A concepção original do Projeto de Pesquisa presumia uma ideia de separatividade ou distinção no modo como o trabalho capitalista clássico se configurava em termos do trabalho em saúde coletiva, como se este último pertencesse a uma categoria menos marcada pelos moldes de trabalho capitalista, e que deles se distinguiu por operar uma lógica produtora não de troca mercantil, e sim de seguridade social, nos termos de um funcionalismo público clássico que talvez “blindasse” o setor daquilo que caracteriza as engenharias produtivas, ou produtivistas, próprias da iniciativa privada.

Essa imperícia, a princípio percebida como equívoco teórico, falta de apropriação conceitual ou imprecisão de análise sociohistórica por parte da própria pesquisadora, foi também e posteriormente traduzida, durante o empenho de relação e enfrentamento da temática estudada, como possível efeito de subjetivação observado não apenas na visão da pesquisadora, mas também captada nos relatos:

É um absurdo. A prostituição da Odontologia... consultório conjugado¹² é coisa de clínica particular que só quer lucrar mais, não importando a qualidade do serviço prestado. Aprendi que o certo é preservar a privacidade do paciente, preservar seu quadro clínico e seu momento de atendimento. Me sinto sujo com essa prática, mas, se eu me recusar, perco o emprego (informação verbal)¹³.

¹² Divisão do espaço clínico de atendimento odontológico a fim de que ele possa comportar mais de um equipamento e mais de uma equipe de trabalho. Ou seja, dentro de uma mesma sala clínica, faz-se uma organização do espaço capaz de comportar ao menos dois atendimentos simultâneos, separados apenas por biombo improvisados, ou mesmo sem eles.

¹³ Relato de cirurgião dentista. Relato 2 [2010]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

No entanto, por ocasião já dos estudos iniciais no Mestrado e início dos exercícios de escrita, o trabalho em saúde coletiva começou a se afigurar de forma cada vez mais confluyente em relação a aspectos gerais do mundo do trabalho próprios do modo de produção capitalista.

Essa transição por que passou o projeto original da pesquisa convocou-nos a pensar o sistema de saúde brasileiro para além dos contornos do SUS, movimento que permite entrever, através de um breve recuo histórico acerca das políticas¹⁴ de saúde no Brasil que o antecederam, que todas elas surgiram em alinhamento com o contexto socioeconômico de cada tempo (MACHADO, 1978).

Reconhecer e buscar aproximações com as correspondências entre o contexto do trabalho na área de saúde coletiva e a lógica produtiva dos moldes de produção capitalista, através do recorte geográfico do Estado de Sergipe, acredita-se, pode constituir medida relevante para evidenciar o problema das tensões vivenciadas pelos trabalhadores e ilustradas nos discursos objetos dos relatos estudados.

Problematizar a dimensão da experiência no estudo de temáticas relativas ao campo da saúde coletiva importa porque, conforme compreensão partilhada com Almeida Filho (2011, p. 12), não é possível ou mesmo desejável discutir as temáticas do campo da saúde apenas através de uma orientação racionalista e pragmática da prática, negligenciando contribuições teóricas, filosóficas, epistemológicas e ideológicas necessárias à conformação do “processo histórico de constituição do campo da saúde coletiva”.

2.2. FUNDAMENTOS DA OPÇÃO METODOLÓGICA

Uma opção metodológica envolve, conforme entendemos, o exercício de ponderar algumas questões que permeiam a experiência pessoal e, sobretudo, acadêmica do pesquisador: o “lugar” do pesquisador, o campo, as crenças e valores sobre o objeto de estudo, dentre outras.

Reflexões dessa natureza acabam revelando paradigmas epistemológicos e um paradigma epistemológico, ao revelar por sua vez visões de mundo, evidencia determinado tipo de relação que se estabelece com o conhecimento e afirma, por extensão, um tipo de estatuto conferido à ciência.

Acredita-se que o curso ou percurso de interações do pesquisador com relação às diversas perspectivas teórico-metodológicas, com as quais toma contato durante o seu

¹⁴ Ver capítulo 3 do texto.

processo de formação, produz aproximações e distâncias identificadas frente às diversas concepções de racionalidade que permeiam o cenário da prática científica.

Assim, a reflexão sobre os limites da investigação científica, a qual traduzimos como o método científico, nos franqueou possibilidades de considerar os processos de subjetivação na produção de uma prática de pesquisa que não somente não nega como também agrega o valor da experiência contido em relatos.

O caminho percorrido no trabalho para comunicar experiências de sentido às quais se pretendeu dar arranjo acadêmico parte, então, do reconhecimento sobre a importância do ato, exercício ou movimento de contar.

Eis o porque de contar histórias nas quais se identificam, potencialmente, possibilidades de favorecer alguma composição do objeto de pesquisa:

A abordagem etnográfica tem se mostrado importante instrumento no sentido de compreender como as pessoas coletivamente constroem e dinamizam processos sociais, como a subjetividade se expressa, como atribuem significado às situações sociais que ganharam uma organização formalmente constituída (SATO; SOUZA, 2001, p. 01).

O reconhecimento do valor narrativo das histórias e vivências de atores sociais se movendo em determinada conjuntura, tempo e espaço decorre do movimento realizado pelo próprio pesquisador de passear e se demorar por entre formas de existência capazes de evidenciar, em alguma medida, nuances sobre aquilo que se analisa. Para Neves (2006):

[...] a prática etnográfica não é realizada em um vázio emocional, neutra de qualquer subjetividade. É uma prática nas, e sobre, relações humanas. São estas relações que permitem distinguir sentidos e significações. O pesquisador se coloca em campo, diante de gente de carne e osso, sendo ele próprio de carne e osso (NEVES, 2006, p. 5).

O passeio, no caso desse estudo, durou cerca de dez anos, tempo em que foi possível realizar o exercício de se demorar por entre histórias e situações que têm em comum a experiência de sujeitos que, trabalhando no SUS, relatam, conscientes disso ou não, as afluências do processo de reestruturação produtiva do mundo do trabalho para o campo da saúde coletiva. De acordo com Bondía (2002):

A experiência, a possibilidade de que algo nos aconteça ou nos toque, requer um gesto de interrupção, um gesto que é quase impossível nos tempos que correm: requer parar para pensar, parar para olhar, parar para escutar, pensar mais devagar, olhar mais devagar, e escutar mais devagar; parar para sentir,

sentir mais devagar, demorar-se nos detalhes, suspender a opinião, suspender o juízo, suspender a vontade, suspender o automatismo da ação, cultivar a atenção e a delicadeza, abrir os olhos e os ouvidos, falar sobre o que nos acontece, aprender a lentidão, escutar aos outros, cultivar a arte do encontro, calar muito, ter paciência e dar-se tempo e espaço (BONDÍA, 2002, p. 24).

Passear e se demorar por entre universos de sentido que se alcançam através de relatos implica acessar terrenos provavelmente já subjetivados que podem se encontrar, se desencontrar, se conciliar ou se atritar, mas que, necessariamente, irão se afetar. E aqui, novamente, o risco assumido no percurso da pesquisa: o de ferir, pela via da afetação, a objetividade ou neutralidade científica.

O risco é assumido, como já sinalizado anteriormente, pela inclinação epistemológica de problematizar e, no limite, relativizar a natureza e alcance dessa pretensa neutralidade.

Importa para a pesquisa o compromisso com a modulação dos processos de subjetivação que constituem o próprio sujeito-pesquisador, sem, contudo, subtraí-lo do processo em suas experiências e percepções. Segundo Ildefonse (2013):

Exatamente porque a etnografia vive com as populações às quais ela estuda os modos de vida, há uma parcela de subjetivação indissociável da pesquisa em andamento, e essa última é certamente importante de mencionar se queremos identificar o objeto/sujeito constituído pela etnografia (ILDEFONSE, 2013, p. 19).

Compreende-se que relatos, embora não sejam capazes de traduzir verdades, e também este não seria o objetivo deste trabalho, podem cumprir o papel de, no mínimo, problematizá-las, funcionando como vetores de fragmentos de uma determinada realidade com a qual se busca algum grau de aproximação, que se pretende permear para melhor conhecer. Nisso consiste o compromisso dessa pesquisa, posto que, conforme Geertz (1989):

[...] fazer etnografia é como tentar ler um manuscrito estranho, desbotado, cheio de elipses, incoerências, emendas suspeitas e comentários tendenciosos, escrito não com os sinais convencionais do som, mas com exemplos transitórios de comportamento modelado (GEERTZ, 1989, p. 20).

O desafio em que consiste o ato de trabalhar com relatos nos alerta a concebê-lo sempre como limitado e complexo, na medida em que se sabe que os mesmos não passam de microcosmos já subjetivados, cujos contornos são exatamente aquilo que se busca conhecer e cujo conteúdo procuramos, neste trabalho, articular com a temática da precarização.

Ao assumirmos o exercício de contar histórias como desafio, julgamos que importa enfrentá-lo, no contexto deste estudo, exatamente por entender-se oportuna a problematização acerca do que representa o movimento discursivo em meio a uma tradição científica que valora o debate de saberes essencialmente pela via da determinação, das formulações universais, e relega a partilha de experiências ao plano das representações, destituindo-lhe de valor científico.

Dito de outro modo, a pesquisa busca mostrar, ou contar, que determinados conflitos existem e que podem ser descritos à luz de referenciais teóricos e técnicos específicos.

O ato de contar, além de não pretender formular sentenças e nem sanar inconsistências, não se confunde também, conforme alerta de Fonseca (2006), com o de denunciar. A autora reflete acerca dos frequentes equívocos identificados nas práticas de inspiração etnográfica relacionados à pretensão de ao menos denunciar a realidade dos coletivos estudados, quando não se pode remediá-la. Equívocos porque, em suas palavras:

[...] há certo mérito nessa perspectiva, pois ressaltar os estragos inerentes no sistema vigente poderia servir como estímulo para redirecionar políticas públicas falhas. A minha preocupação, no entanto, é que isso raramente ocorre e que a denúncia, ostensivamente formulada para ajudar a causa dos subalternos, contribui muitas vezes para uma leitura maniqueísta da realidade. Com o mundo dividido entre algozes malvados e vítimas indefesas, os pobres explorados parecem passivos, apáticos, quase subumanos... à espera da emancipação trazida de fora por pessoas menos embrutecidas. Trata-se, ironicamente, de uma imagem não muito diferente da apresentada por teorias conservadoras já amplamente criticadas (FONSECA, 2006, p. 23-24).

A relação que visualizamos entre relatos e verdade não se dá em termos de considerá-los sinônimos. Contrariamente a isso, acreditamos que os relatos, competentes que são para problematizar a noção de verdade, seja no âmbito da experiência ou dentro do contexto científico tradicional, podem contribuir para exatamente circunstanciar alguns estatutos de verdade vigentes.

Por compreendermos que os dissensos são elementos próprios dos processos de transformação e ruptura, nas dissonâncias e na variação do pensamento, procuramos ancorar a metodologia do presente trabalho no entendimento de que é possível viabilizar o enfrentamento das questões formais de método sem expropriação da dimensão da experiência.

Para melhor e mais claramente abordar o tema, convém contextualizar um pouco da trajetória científica clássica e as transições por ela sofrida apontadas no comparativo que Santos (2008) traça entre o que nomeia de paradigma dominante e paradigma emergente, o

segundo decorrente de uma suposta crise que atravessou e ainda atravessa o primeiro. Eis a natureza das transições presenciadas, segundo o autor, no tempo científico presente.

Do ponto de vista mais próximo dos clássicos, Lakatos e Marconi (1983), sobre o tema, elencam três tipos de conhecimento - popular, filosófico e religioso - , distinguindo-os do conhecimento científico, que caracterizam como sendo aquele capaz de atestar veracidade e verificabilidade, para além de especulações meramente reflexivas (conhecimento popular), racionais (conhecimento filosófico) ou inspiracionais (conhecimento religioso).

Problematizando essa distinção das autoras, Santos (2008) postula que distinguir o conhecimento científico dos demais ilustra o paradigma dominante, que consiste, no viés de entendimento deste autor, na hegemonia de uma determinada ordem científica que vigorou desde o início do que se considera que seja a ciência moderna, século XVI, até a atualidade. A crise por ele mencionada equivale a um período de transição, percorrido em paralelo ao desenvolvimento do próprio conhecimento científico, em que se começou a considerar os limites do rigor científico, a distinguir a objetividade da neutralidade científica e a pôr em análise o status atual das ciências. O paradigma emergente, esboçado pelo autor ainda em nível especulativo, refere-se a uma espécie de revolução científica decorrente do processo de reconhecimento da própria ciência, de que o paradigma científico precisa também ser um paradigma de natureza social, ou seja, trata-se de a própria ciência incorporar, em seu repertório de valores, novos significados e sentidos para o que se convencionou chamar de senso comum, entendendo que “todo o conhecimento científico é socialmente produzido” (SANTOS, 2008, p. 9).

Esse referido senso comum, conforme entendemos, pode constituir o grande celeiro dos relatos colhidos e considerá-los, tanto o senso comum quanto suas percepções, representa, em alguma medida, um exercício de relativização em relação à tradição da história da ciência, na qual se observa o nítido “[...] processo de perpetuação da ciência como uma espécie de partenogênese, a ciência engendrando-se a si própria, fora de qualquer intervenção do mundo social.” (BOURDIEU, 2004, p. 20)

Eis porque se assume o risco de, recorrendo a relatos para tentar circunstanciar determinada realidade social, sem a pretensão de formular verdades, ferir a objetividade ou neutralidade científica: por acreditarmos, conforme o autor supracitado, que já é chegado o tempo de se repensar a noção determinista de uma “ciência pura”, dissociada da dimensão social (p. 21). Segundo Rocha e Eckert (2008):

A interação é a condição da pesquisa etnográfica. Não se trata de um encontro fortuito, mas de uma relação que se prolonga no fluxo do tempo e na pluralidade dos espaços sociais vividos cotidianamente por pessoas no contexto urbano, no mundo rural, nas terras indígenas, nos territórios quilombolas, enfim, nas casas, nas ruas, na roça, etc, que abrangem o mundo público e o mundo privado da sociedade em geral (ROCHA; ECKERT, 2008, p. 31).

O entendimento, pois, de que a tradição científica postula para a operacionalização do método científico normas, modelos e parâmetros está posto em paralelo à perspectivas de transgressão ou apenas de enfrentamento daquilo que aqui vamos chamar de aprisionamentos academicistas.

Opor uma ciência metódica a uma revolucionária, ou vice-versa, não encerra a questão crucial desta seção do estudo, no entanto franqueia possibilidades que se abrem aos exercícios reflexivo, argumentativo e retórico da prática científica, a fim de se tentar ao menos aproximações possíveis com a complexidade de um mundo que não se mostra tão óbvio quanto julgavam, e ainda julgam, os projetos de ciência mais tradicionais.

Nesse sentido, o que se apresentou como pretensão arranjo metodológico diante da relação estabelecida com o objeto de estudo foi a possibilidade, depois transformada em aposta, de explorar o binômio pesquisa – experiência através de um fazer acadêmico comprometido com o potencial informativo dos relatos colhidos, para, com eles, completar o mencionado trinômio.

A concepção de que a experiência pessoal do pesquisador em relação ao tema de estudo apenas consente um acesso talvez mais fluido ao campo, sem, contudo, formatar as diferentes formas de viver, pensar e dizer do ator social encontra ressonância na seguinte formulação de Ildefonse (2013, p. 14) sobre o tema: “(...) para estudar modos de vida, o etnógrafo vai estudá-los de perto e dividir a existência cotidiana das populações que ele estuda. O que o leva a experimentá-las por si mesmo.”

Partimos aqui da compreensão de que o campo da pesquisa em ciência social é uma construção que está para além da noção concreta de espacialidade. São consideradas dimensões que excedem a natureza apenas espacial para focalizar muito mais rotas do que raízes.

Por acreditarmos que o acesso ao real é sempre fictício, o que delimita esse estudo não é, portanto, a noção de um campo espacializado, mas sim um *corpus* de análise cujo tema é o grande balizador.

A ciência moderna, a que se inicia em Bacon e alcança sua formulação mais elaborada em Descartes, desconfia da experiência. E trata de convertê-la em um elemento do método, isto é, do caminho seguro da ciência. A experiência já não é o meio desse saber que forma e transforma a vida dos homens em sua singularidade, mas o método da ciência objetiva, da ciência que se dá como tarefa a apropriação e o domínio do mundo. Aparece assim a ideia de uma ciência experimental. Mas aí a experiência converteu-se em experimento, isto é, em uma etapa no caminho seguro e previsível da ciência (BONDÍA, 2002, p. 28).

Divergindo aqui do pensamento de Descartes (2011), que defendia fundamentos universais e um método visceral para encontrar-se uma verdade única válida para todas as circunstâncias, entendemos que as verdades são circunstanciadas e que a pesquisa, uma vez que não esteja comprometida com uma busca por fundamentar qualquer tipo de verdade, pode evidenciar condições de existência (não de verdades) diversas, iluminadas pela figura e voz do ator social. No caso do presente trabalho, por seus relatos.

3 A SAÚDE COLETIVA COMO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA

3.1. A RELAÇÃO PÚBLICO-PRIVADO

3.1.1 Políticas de saúde no Brasil: antecedentes históricos

O exercício de revisitar, apenas em perspectiva de composição panorâmica e sem o objetivo de aprofundar o assunto, o cenário histórico, político e socioeconômico do setor saúde no Brasil, que precedeu a conformação do seu atual sistema público de saúde, tem por finalidade iluminar as interfaces entre a origem e desenvolvimento das políticas de saúde no país com o contexto da égide capitalista.

Na passagem do século XIX para o século XX, período marcado pelo início do processo de industrialização no Brasil, as questões de saúde começaram a despontar, para além de meras variáveis, como fatores determinantes dos acordos econômicos, políticos e sociais.

As epidemias existentes no Brasil no início do século XIX impactaram fortemente a economia agroexportadora e esta foi a grande razão das reformas por que passou a saúde pública brasileira à época: saneamento dos portos, esquadrinhamento urbano, vacinação obrigatória, reformulação de órgãos públicos, etc (PAIM, 2009).

Nesse período, destaca-se também a criação de organizações científicas voltadas para a área de pesquisa em saúde, movimento liderado por nomes como Oswaldo Cruz e Carlos Chagas, dentre outros, o qual culminou com a posterior formulação de políticas de saúde.

De acordo com Almeida Filho (2011), ainda não existia um Ministério da Saúde e as questões de saúde pública eram manejadas pelo Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Na terceira década do século XX, Carlos Chagas criou o Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP). Também nesse período, a previdência social foi implantada no Brasil, através das caixas de aposentadoria e pensão (CAPs), de forma que os trabalhadores contribuintes dessas caixas passaram a ter acesso a determinados níveis de assistência em saúde.

Nesse período, formaram-se três subsistemas de saúde no Brasil vinculados ao serviço público: saúde pública, medicina do trabalho e medicina previdenciária. Paralelamente, atuavam a medicina liberal, instituições filantrópicas e a chamada medicina popular.

Com a Revolução de 1930¹⁵, o DNSP migrou do Ministério da Justiça para o Ministério da Educação e Saúde e, somente em 1953, o Ministério da Saúde foi instituído e os serviços de saúde passaram a ser centralizados.

Em seguida, começou a ser observada a transformação de algumas campanhas sanitárias em órgãos responsáveis por atuar diretamente frente ao controle e fiscalização sanitária das principais epidemias.

Nesse sentido, Paim (2009) destaca a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (Sesp) como resultado de convênio firmado entre os governos brasileiro e norte-americano, no período da segunda Guerra Mundial.

De acordo com relatos da época, o convênio tinha como principal finalidade o desenvolvimento de atividades de extrativismo na Amazônia, o que nos permite perceber a sinergia entre diretrizes institucionais no campo da saúde, reproduzindo os processos de reestruturação produtiva, e os rumos da macroeconomia.

O Sesp se transformou em fundação (Fsesp) e, no governo de Juscelino Kubitschek, criou-se o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), substituído na década de 1960 pela Superintendência de Campanhas (Sucam).

A saúde pública brasileira foi então denominada, nesse período, de sanitarismo campanhista (ênfase em campanhas) e sanitarismo dependente (modelo da Fsesp), conformação que não se integrava à lógica da medicina do trabalho e nem com a previdenciária.

Assim, a organização dos serviços de saúde no Brasil antes do SUS vivia em mundos separados: de um lado, as ações voltadas para a prevenção, o ambiente e a coletividade, conhecidas como saúde pública; de outro, a saúde do trabalhador, inserida no Ministério do Trabalho; e, ainda, as ações curativas e individuais, integrando a medicina previdenciária e as modalidades de assistência médica liberal, filantrópica e, progressivamente, empresarial (PAIM, 2009, p. 31).

O desenvolvimento industrial gerado no governo Kubitschek robusteceu os ramos farmacêutico e de equipamentos, favorecendo a expansão da assistência médico-hospitalar em detrimento de investimentos em ações de saúde pública.

Nesse contexto, alerta Almeida Filho (2011), emergiu um modelo médico-assistencial chamado de medicina de grupo, um tipo de empresa médica que atuava junto a grandes empresas industriais ou de serviços, mediante pré-pagamento e incentivo do governo, através

¹⁵ Movimento armado que, com apoio militar, retirou do poder o presidente Washington Luiz, através de um Golpe de Estado, assumindo a presidência da República Getúlio Vargas (BUENO, 2007).

de descontos parciais das contribuições previdenciárias. Por seu turno, os primeiros governos militares reduziram cada vez mais os recursos destinados à saúde pública.

Na década de 1970, esta conformação atingiu seu ápice, em paralelo à contrastante deterioração das condições de saúde da população e com o notório desinvestimento nas ações de saúde pública.

Com relação à medicina previdenciária, destaca-se o surgimento das caixas de aposentadoria e pensões, as quais se expandiram para a conformação de vários Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAPs) ligados a categorias profissionais específicas: comerciários, bancários, industriários, servidores públicos, etc.

Em 1966, ocorreu a unificação de todos os institutos no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), de modo que somente cidadãos brasileiros vinculados formalmente ao mercado de trabalho poderiam ter acesso à assistência médica pela via da previdência social. O restante do contingente populacional excedente a este grupo precisava responsabilizar-se por suas próprias condições de saúde, geralmente pela via da filantropia.

A capitalização estatal obtida com as contribuições previdenciárias dos trabalhadores formais favoreceu o desvio dessas verbas, pelo governo brasileiro, para a realização de investimentos econômicos vultosos: construção da Siderúrgica Nacional na ditadura Vargas; a construção de Brasília (governo JK); a ponte Rio-Niterói, a Transamazônica e a Usina de Itaipu no período militar; e já no período democrático o pagamento da dívida aos bancos (governos FHC e Lula) (PAIM, 2009).

A medicina empresarial e tecnológica, portanto, se desenvolvia, prevalecendo a opção de comprar serviços médico-hospitalares do setor privado para os segurados da previdência, ao invés de investir em serviços próprios e fortalecer a infraestrutura pública dos serviços de saúde, política denominada de privatização e amplamente defendida pelos governos militares.

Paralelamente à saúde pública e à medicina previdenciária e da saúde do trabalhador, como componentes da política estatal, desenvolveu-se no século passado a medicina liberal, caracterizada por ampla autonomia do profissional. Esta, no entanto, foi logo absorvida pela medicina empresarial, ambas subordinadas à lógica de mercado.

Mesmo com a supremacia da medicina liberal e empresarial, mantinha-se a medicina filantrópica, originada no século XVI, através das Santas Casas de Misericórdia, às quais o Estado concedia a renúncia fiscal e outros subsídios para custear os serviços prestados. Os cidadãos vinculados à previdência social e assistidos nesses estabelecimentos tinham os serviços pagos pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (Inamps), mediante convênios.

Para Paim (2009), a medicina empresarial, no entanto, foi se diversificando para a prestação de uma assistência médica independente dos IAPs, mediante contribuição por taxa mensal. Nascia, assim, a modalidade assistencial do setor de saúde suplementar, conhecida como planos de autogestão, que se desdobraram, entre as décadas de 1970 e 1980, na comercialização de alguns segmentos da medicina empresarial: autogestão, medicina de grupo, cooperativas médicas e seguro saúde. Consolidava-se, assim, o setor de saúde suplementar através do crescimento da atuação da iniciativa privada no Brasil.

Considerando o desenvolvimento histórico da organização que antecedeu o SUS, podemos afirmar, de um modo esquemático, que o Brasil exibiu uma proteção social incipiente, uma espécie de assistencialismo exclusivo ou modelo residual, até a década de 1920. A partir dos anos 1930, adotou o seguro social para os trabalhadores urbanos e, depois da Constituição Federal de 1988, vem tentando implantar a seguridade social, a partir da qual foi concebido o SUS. Na realidade, porém, ainda se vê no Brasil atual uma mistura de três tipos de proteção social (residual, seguro social e seguridade social), com consequências negativas para o desenvolvimento do SUS e para a consolidação de uma cidadania plena (PAIM, 2009, p. 41).

3.1.1.1 A reforma sanitária brasileira

Na década de 1980, a assistência à saúde no país era operacionalizada, conforme sinalizado anteriormente, através de inúmeras organizações de natureza estatal e também privada que, na qualidade de prestadoras de serviços de saúde, destinavam cuidados apenas à parcela da população contribuinte da previdência. Era, portanto, excludente e de baixa qualidade.

Os serviços de saúde prestados à população, neste período, se davam apenas em âmbito da assistência médico-hospitalar e o sistema público de saúde era centralizado e de responsabilidade única da esfera federal de Governo.

Essa configuração do sistema, segundo Paim (2009), exigia investimentos vultosos da máquina pública na construção e manutenção de grandes hospitais, o que beneficiou notadamente no período os grandes empresários dos setores hospitalar e farmacêutico, sem, contudo, se promover melhora na qualidade das ações e serviços de saúde prestados à sociedade.

Como esse período foi marcado por movimentos de abertura política do país, emergiram, já desde a década de 1970, reivindicações populares por melhores condições de saúde, que culminaram com o chamado movimento sanitário ou movimento pela democratização da saúde.

O movimento deve ser entendido em acepção polissêmica, pois vem referir processos e experiências variantes de reestruturação da assistência à saúde em alguns outros países, razão pela qual convém defini-la para o contexto do Brasil.

Em decorrência do quadro anteriormente exposto, os movimentos sociais passaram a ser especificamente organizados com a finalidade de resistir e protestar frente à insuficiência e à corrupção notórias do sistema de saúde brasileiro.

Esse movimento social tinha como foco a democratização da saúde no país e a diluição dos inúmeros problemas enfrentados nesta área. Integrado por segmentos populares, estudantis, de profissionais de saúde e instituições acadêmicas e científicas – Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC), Centro Brasileiro de Estudos de Saúde (Cebes) e Associação Brasileira de Saúde Coletiva (Abrasco) – ele propôs a Reforma Sanitária Brasileira (RSB) e reivindicou a criação do Sistema Único de Saúde, o SUS (PAIM, 2009).

Em países como a Itália, a Espanha e Portugal, a Reforma Sanitária também acontecia, mas guardando as peculiaridades próprias da realidade socioeconômica e política relacionada ao momento histórico de cada nação (COHN, 1989).

Para Berlinguer, Teixeira e Campos (1988), dentre essas, a experiência italiana parece ter mais fortemente influenciado e inspirado o movimento da Reforma Sanitária no Brasil. Isto porque, em ambos os casos, o movimento reformista enfrentou resistências conservadoras à sua viabilização, sobretudo por parte dos interesses privados, o que mobilizou e provocou, nos dois países, reações importantes de natureza cultural, sindical, política e popular, além da estreita vinculação da Reforma Psiquiátrica brasileira com a psiquiatria democrática italiana.

O movimento brasileiro articulou a criação de um sistema de saúde universal, público, capaz de integrar ações individuais e coletivas, preventivas, promocionais e participativas, pautado na concepção de saúde como direito da cidadania (PAIM, 2009).

Segundo Almeida Filho (2011), o esboço do SUS foi primeiramente formulado pelo Cebes por ocasião do I Simpósio de Política Nacional de Saúde da Comissão de Saúde da Câmara dos Deputados, em 1979, e já continha seus princípios e diretrizes, mas apenas em 1988 a proposta foi incorporada à Constituição Federal.

Com a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), em 1986, os pleitos da RSB ganharam maior publicidade e alcance em termos de debate social, os quais obtiveram aprovação para inserção, ainda que parcial, na Constituição Federal de 1988.

Nela já foram apresentados os principais contornos da atual política de saúde do Brasil, com a criação do SUS, norteado pelos princípios doutrinários da Universalidade, Equidade e Integralidade.

A criação do SUS é um legado das crenças democráticas e socialistas que surgiram durante a redemocratização do Brasil, no final da década de 1980, com o apoio dos partidos políticos progressistas e dos movimentos sociais e intelectuais da esquerda, inspirados nas experiências universalistas dos sistemas nacionais de saúde (OCKÉ-REIS, 2012, p. 22).

3.1.1.1.1 O Sistema Único de Saúde (SUS)

O marco legal de criação do SUS consiste, portanto, nos artigos constitucionais de 1988 – Artigos 196 a 200 (Seção II – DA SAÚDE) – que tratam a saúde como direito da cidadania, atribuem ao poder público a responsabilidade sobre a oferta e regulação das ações e serviços de saúde, caracterizam a regionalização, a hierarquização e a participação popular como diretrizes do sistema, definem termos para a participação da iniciativa privada no SUS e lhe apontam suas atribuições legais (CF, 1988).

A implantação efetiva do SUS se deu por meio da criação das chamadas leis orgânicas da saúde, decorrentes do texto constitucional: a Lei 8.080/1990 (Lei Orgânica da Saúde), que trata de aspectos operacionais relativos aos dispositivos constitucionais e garante a implantação do SUS, e a Lei 8.142/1990, que trata do financiamento e do controle social no SUS.

O atual sistema público de saúde no Brasil – o SUS – é um dos maiores do mundo e, “inspirado nas premissas igualitárias do Estado de Bem-Estar europeu”, o único comprometido com uma assistência integral e gratuita a todos os cidadãos brasileiros e estrangeiros em trânsito no país (OCKÉ-REIS, 2012, p. 21).

A natureza dessa assistência, tomando como base as noções de Estado Social formuladas por Castel (2012), preconiza que uma atuação neoliberal do Estado não deveria entrar em conflito com os princípios da seguridade social.

Para Paim (2009), essa descrição, em uma primeira análise, pode parecer óbvia, mas não é. A saúde como direito social foi considerada em âmbito internacional com a criação da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1948, e apenas quarenta anos depois esse direito foi formalmente reconhecido no Brasil.

O SUS se conforma, de acordo com o mesmo autor, a partir de princípios doutrinários (base ideológica) – universalidade (concepção de saúde como direito de todos e dever do

Estado), integralidade (atendimento das necessidades de saúde em todos os níveis de complexidade) e equidade (minimização das desigualdades sociais a partir do reconhecimento de necessidades de saúde singulares) – e outro rol de princípios organizativos (lógica operacional) – descentralização e comando único, regionalização e hierarquização, participação popular e controle social. E suas diretrizes definem as competências (sobre as ações e serviços de saúde prestados à população) relativas a cada esfera de Governo – municipal, estadual e federal. Segundo Solla e Chioro (2012):

A lógica de organização do Sistema Único de Saúde (SUS) pressupõe a constituição de uma rede de serviços organizada de forma regionalizada e hierarquizada, permitindo um conhecimento maior dos problemas de saúde da população de cada área, favorecendo a realização de ações de vigilância epidemiológica, sanitária, controle de vetores e educação em saúde, além do acesso a um conjunto das ações de atenção ambulatorial e hospitalar em todos os níveis de complexidade. (...) O acesso da população a esta rede deve se dar por meio dos serviços de nível primário de atenção, que precisam estar qualificados para atender e resolver os principais problemas que demandam serviços de saúde. Os que não forem resolvidos neste nível deverão ser referenciados para os serviços especializados ambulatoriais ou hospitalares (SOLLA; CHIORO, 2012, p. 627).

A forma que consideramos mais didática para ilustrar os níveis de complexidade da atenção em saúde no SUS, dentre outros modelos tecno-assistenciais que os concebem horizontal, circularmente ou por meio da lógica de linhas de produção do cuidado, é a piramidal: a base representando a Atenção Básica ou Primária (porta de entrada do sistema, Unidades Básicas de Saúde e Estratégia de Saúde da Família, com grau de resolutividade em torno de 80%), o centro representando o Nível Secundário (Centros de Especialidades e Serviço de Apoio Diagnóstico Terapêutico, com resolutividade de cerca de 15%) e o topo representando o Nível Terciário (Atenção Hospitalar, resolutiva em 5% dos problemas de saúde) (CECÍLIO, 1997).

Uma característica relevante do trabalho em saúde coletiva, contribuição de Merhy (2002), é a incorporação de tecnologias classificadas como duras (maquinários e equipamentos), leves-duras (saberes profissionais) e leves (relações entre trabalhadores, usuários e demais atores sociais envolvidos no processo de cuidado), enfatizando-se, com isso, a necessidade de que os trabalhadores possam, guardadas as peculiaridades de cada função e posto técnico de atuação, manejar a operacionalização dessas tecnologias, simultaneamente, muitas vezes.

Segundo Ocké-Reis (2012), no entanto, apesar dos direitos sociais relativos à saúde assegurados pela Constituição de 1988, o sistema de saúde brasileiro ainda se encontra, na prática, em processo de construção de seus maiores pilares: a universalidade e a integralidade, razão pela qual a demanda social pelos serviços de saúde ainda supera, notadamente, a oferta.

Para Machado, Baptista e Lima (2012, p. 09), o SUS representa, junto com outras políticas públicas, o fenômeno que nomeiam de “novo institucionalismo histórico”, ou seja, uma abordagem do tema que necessariamente precisa articular eventos políticos com o protagonismo de atores sociais, interesses, ideias e instituições:

Aqui não é a Disney. Aqui é o SUS. E aqui é assim: ‘ame-o ou deixe-o’. Ou aguenta a pressão de trabalhar muito e ganhar pouco, ou pula fora. Tem que vestir a camisa (informação verbal)¹⁶.

Não tem escolha. Ou milita pelo partido nessa campanha eleitoral ou perderemos tudo o que construímos até aqui. Se a oposição ganhar, não irá manter nosso projeto sanitário. Vamos para a rua (informação verbal)¹⁷.

Compreendemos, pelo exposto, ser inerente à atual política de saúde brasileira, bem como a toda a sua trajetória anterior, a relevância dos condicionantes estruturais, políticos, econômicos e sociais que afetam a origem, curso e desenvolvimento das políticas públicas como um todo.

Em que pese não constituírem objetos desse estudo análises minuciosas sobre noções de economia política e tampouco o aprofundamento das relações existentes entre Estado, sociedade e políticas públicas, não se pode deixar de reconhecer o quanto essas temáticas orbitam em torno do assunto focalizado.

Importa para o presente estudo considerar o aparente embate vivenciado pelo trabalhador em saúde coletiva frente à constatação de que o SUS nasce em um contexto de enfrentamento a noções de capitalização da saúde, ao mesmo tempo em que com elas precisa “negociar” as condições e os termos de sua implantação e desenvolvimento.

Ainda nessa trilha de embates, o sentido clássico relacionado à noção de política pública como uma ação governamental capaz de direcionar a vida dos cidadãos no sentido de resolver problemas sociais e promover o bem comum (SOUZA, 2006) também parece ser questionado.

¹⁶ Relato de gestora. Relato 3 [2011]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

¹⁷ Relato de médica. Relato 4 [2010]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

Nesse sentido, os fragmentos de discursos colhidos na pesquisa permitem identificar um certo conflito no modo como este trabalhador percebe as dimensões do público e do privado na rotina de operacionalização de uma política pública:

- Tão sabendo da nova?
- Qual?
- Estava eu ontem sentada na recepção pra esperar meu marido me buscar. Quando ele chegou, bati o ponto, me despedi das pessoas e saí. Aí a chefona lá do 'R.H.', que também estava na hora, me chamou e disse que eu não podia bater o ponto só na hora de sair. Que, se eu já tinha parado de trabalhar antes, já deveria ter batido o ponto de saída desde esse momento, pois o tempo em que eu estava sentada esperando meu marido não deve ser contado como tempo de trabalho.
- Meu Deus... tá brincando que ela falou isso?
- (Risos) Gostaria de estar brincando, mas não. Isso aconteceu.
- Que absurdo. Ela quer escravizar a gente como fazem nas empresas privadas, que é de onde ela vem. Ela não entende a diferença entre serviço público e privado (informação verbal)¹⁸.

O processo de “negociação” com o capitalismo dentro do sistema de saúde, embora tenha caráter permanente, parece, em alguns casos, tomar de assalto a ideologia sanitarista ou mesmo a simples utopia de que o funcionalismo público, como possível remanescente ou emblema do Estado Social, não deveria operar lógicas produtivas precárias ou exploratórias:

É inacreditável que isso esteja mesmo acontecendo. A gente estuda, trabalha e luta tanto em nome de uma ideologia, de um projeto de sociedade e de um sistema de saúde humanizado pra depois esses políticos jogarem areia em tudo só pra 'saírem bem na foto' com os grandes empresários que financiam suas campanhas. A gente não trabalha só por sobrevivência, mas também pelo que acredita... só que uma situação como essa me faz sentir ridícula, ingênua e impotente (informação verbal)¹⁹.

Pesquisadora: Nossa, como você emagreceu!

Trabalhadora: Verdade. Perdi 13 quilos. Tive problema sério de saúde, uma crise renal.

Pesquisadora: Mas o que aconteceu? Você já tinha histórico com essa doença?

Trabalhadora: Não. Foi do nada. Tudo depois desse 'tsunami' que se abateu sobre todos nós, a troca de gestão e o esfacelamento do nosso projeto de SUS. Foi depois disso que adoeci. Acho que até agora não processei direito tudo que aconteceu. Ainda estou em choque, acredita?

Pesquisadora: Entendo.

Trabalhadora: É uma coisa inacreditável (choro)... tudo o que fizemos, nossa batalha foi sempre tão grande por um SUS melhor, pra agora desmancharem

¹⁸ Diálogo entre grupo de servidores públicos. Diálogo 2 [2012]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

¹⁹ Relato de psicóloga. Relato 5 [2013]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

tudo e nos tratarem dessa forma. Tem horas que acordo e penso que tudo isso é um pesadelo e que não está acontecendo (informação verbal)²⁰.

Outros relatos apontam para uma percepção singular frente ao mesmo tema:

Não tem escolha. Ou milita pelo partido nessa campanha eleitoral ou perderemos tudo o que construímos até aqui. Se a oposição ganhar, não irá manter nosso projeto sanitário. Vamos para a rua (informação verbal)²¹.

Compreendemos, assim, que a imagem a respeito do SUS, na ótica diversificada dos seus próprios trabalhadores, pode permitir manobras ideológicas no campo do trabalho, uma vez que, a nosso ver, a relação entre utopia e precarização, ou mesmo exploração, em alguns casos, nem sempre é óbvia.

Acredita-se, no entanto, que a utopia tenha potencial tanto para operar coerções em relação ao modo como se conformam as relações entre Estado, sociedade e políticas públicas, quanto para instruir um trabalho concebido enquanto atividade humana e não somente na perspectiva de expropriação da condição de sujeito:

Você é doente de que? Porque quem vem trabalhar aqui é porque ou tem alguma doença ou questionou demais as irregularidades do sistema. Aqui é o depósito dos extraditados, dos críticos do sistema (informação verbal)²².

3.2. CONDIÇÕES DE TRABALHO E DIREITOS TRABALHISTAS

Segundo Antunes (2015), todas as formas transitórias relacionadas aos modos de produção capitalista, que determinam efetivamente as condições de trabalho, têm repercussões para o campo dos direitos do trabalhador. Eis porque esta seção do trabalho uniu as duas temáticas.

O campo do trabalho na sociedade capitalista impõe concepções de engenharias produtivas cada vez mais pautadas nas noções de competitividade, multifuncionalidades e metas. Consequência disso, essa realidade, conforme alerta Alves (2011), passou a engendrar culturas organizacionais de precarização e perda de direitos para os trabalhadores.

A gente reclama que a coisa tá ruim agora, mas pensem que já foi muito pior. Na gestão anterior, nós fizemos um diagnóstico de como se encontravam, de

²⁰ Diálogo com auxiliar administrativo. Diálogo 3 [2015]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

²¹ Relato de médica. Relato 6 [2010]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

²² Relato de enfermeiro. Relato 7 [2015]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

modo geral, os equipamentos do sistema de saúde pelo Estado todo, a fim de traçarmos estratégias de reformulação do nosso modelo sanitário. Vocês nem imaginam as coisas que encontramos visitando os municípios. Até esterilização em consultório odontológico sendo feita em ‘cuscuzeiro’ nós vimos. Foi uma experiência chocante (informação verbal)²³.

E tem mais: a condição pra eu poder tirar essas férias foi que eu continuasse, mesmo de folga, alimentando os relatórios semanais que enviamos a chefia, para que não acumule o serviço e o município não seja prejudicado nos indicadores (informação verbal)²⁴.

O tipo de trabalho realizado no contexto da saúde coletiva, segundo Assunção e Brito (2011), no que tange à noção de precarização, compreende desde uma atuação marcada por baixo nível de incorporação tecnológica, a exemplo da atenção primária, até a necessidade de automatização de fluxo e manejo de tecnologias de ponta, como na assistência hospitalar.

Seja nas áreas de atenção e gestão ou de assistência, a questão central que aqui relacionamos à noção de precarização não incide, a rigor, no grau ou concomitância de manejo tecnológico por parte do trabalhador, mas sim nos possíveis excessos relativos à lógica de acumulação flexível do volume de trabalho e de multifuncionalidade do trabalhador, no modo como têm sido requeridas.

Desse modo, entendemos que o contingente de trabalhadores é amplo e bastante diversificado, incluindo portadores de várias competências e habilidades particulares, muitas especialidades, cargos e funções, ampla gama de escolaridade (fundamental, nível médio ou superior), com diferentes níveis de autonomia no exercício de sua profissão ou ocupação, incluindo trabalhadores que não são especificamente do setor saúde, como porteiros, escriturários, copeiros e operários de manutenção, da área administrativa, de informática etc..., inseridos em equipes com divisões e relações de trabalho mais horizontalizadas, ou bastante verticalizadas, obrigados a estabelecer relações entre si porque a maioria dos processos de trabalho são coletivos, realizados através de equipes (ASSUNÇÃO; BRITO, 2011, p. 11).

Em sua conformação coletiva, o trabalho configura, naturalmente, conflitos nas relações hierárquicas entre as profissões e os trabalhadores, muitas vezes marcadas por competição ou submissão.

“Gestora: - Não fale disso com a equipe. Não quero ninguém aqui desanimado e sem trabalhar.

Trabalhadora: - Mas é direito deles saber, ter ciência dos fatos...

²³ Relato de odontólogo. Relato 8 [2011]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

²⁴ Relato de médico sanitário. Relato 9 [2015]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

Gestora: - Sim, mas não pela nossa boca. Que se informem por aí. Aqui não é pra falar.” (informação verbal)²⁵

Isso acarreta não somente problemas para a gestão do trabalho, mas também a fragmentação das chamadas linhas de cuidado ou diretrizes da política pública em saúde, as quais ficam subordinadas, não raro, às lógicas de produção próprias de certas categorias de classe e seus órgãos representativos.

A tudo isso ainda se somam as demandas e necessidades de saúde da população em relação não somente à execução técnica do trabalho em saúde, mas frente ao sistema de saúde como um todo, o que fornece importantes indícios sobre a complexidade da questão.

Os usuários não podem saber, mas isso precisa se resolver. Até quando vai ficar assim? Tá vendo essa tubulação aparente aqui que tá atravessando todo o chão da sala clínica? Por ela passa toda a secreção dos atendimentos e isso não pode. É uma tremenda falta de higiene e, o pior, fonte de infecções. Tem que consertar isso antes que um problema sério aconteça, porque a saúde dos usuários está exposta e a da equipe de trabalho também. O odontólogo que trabalha nessa sala me reclama todos os dias e ele está certo (informação verbal)²⁶.

As condições de trabalho na área de saúde coletiva são as mais diversas, adequadas ou não à necessidade de trabalhadores e usuários, seja em virtude da variância de recursos humanos, físicos e materiais, ou mesmo devido aos atravessamentos nos processos de trabalho decorrentes de projetos políticos em disputa frente à operacionalização das políticas públicas:

E eu que atendia no ‘postinho’²⁷ com o compressor dentro da sala. Tive perda auditiva severa depois disso e nunca recebi insalubridade. Fora o estresse que aquele barulhão causava pra toda a equipe de saúde bucal. No final do expediente, estávamos todos cansados e irritados (informação verbal)²⁸

Infelizmente, até hoje isso ainda é uma prática comum. Se sair procurando por aí, você ainda encontra muitos compressores dentro dos banheiros dos

²⁵ Diálogo 4 [2009]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

²⁶ Relato de odontóloga gestora. Relato 10 [2010]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

²⁷ Unidade Básica de Saúde/UBS, considerada a porta de entrada para o SUS. O nível de complexidade das ações e serviços ofertados neste estabelecimento do sistema o vincula à Rede de Atenção Primária em saúde. 16 Cilindros de ar estéril utilizados no trabalho da clínica odontológica. O equipamento produz alto grau de ruído e, caso não possua isolamento acústico, não convém que seja instalado dentro da sala de atendimento e nem nas proximidades dela, na perspectiva de se preservar um padrão ergonômico satisfatório para as condições de trabalho da equipe de Saúde Bucal.

²⁸ Relato de odontólogo. Relato 11 [2010]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

consultórios odontológicos. E detalhe que existe até determinação da Vigilância Sanitária proibindo essa prática (informação verbal)²⁹

Isso não é nada. Eu já tive que fazer atendimento de usuário na calçada, embaixo de uma árvore com sombra pra poder não torrar no sol. A gente foi pra calçada do ‘posto’ porque o prédio estava completamente tomado de mofo e os pedaços da parede ficavam se descolando e caindo na gente e também nos usuários durante o atendimento. Não tivemos opção. Paramos de atender os casos mais sérios, esses a gente encaminhava, e os casos mais simples a gente improvisava na calçada mesmo (informação verbal)³⁰.

Foi horrível! Chamaram no meio do expediente, perto de meio dia, para irmos panfletar no sinal. Não tive como recusar e o jeito foi mesmo ir, porque quem me ligou chamando e pedindo pra chamar a equipe foi o próprio chefe. Na verdade, para a equipe era um convite, mas para mim, que tenho cargo de comissão, era uma ordem. O pior de tudo era que as pessoas não queriam nem abrir os vidros dos carros, elas não acreditam mais... E os chefes foram também, mas não panfletaram. Ficavam só parados num canto observando todo o movimento. Acho que só estavam ali pra fiscalizar se nós panfletaríamos mesmo. Me senti tão humilhada tendo que fazer isso (informação verbal)³¹.

O jeito é ir, não tem escapatória. Sei que é chato, patético e humilhante, um verdadeiro circo, mas, se quisermos manter nossos cargos, nós temos que ir. Porque esses dias eu ouvi sem querer a chefe daqui comentando com a diretora que observou que ‘fulano’, ‘ciclano’ e ‘beltrano’ nunca vão para os encontros de política, mas que na hora de pedir gratificação todo mundo quer. Ou seja, eles estão de olho. E, como preciso desse dinheiro, o jeito é ir (informação verbal)³².

Para Machado, Oliveira e Moyses (2010), o trabalho em saúde pode ser caracterizado na atualidade a partir dos seguintes aspectos: expansão da capacidade instalada (aumento do número de serviços e equipamentos de saúde), crescimento expressivo dos postos de trabalho (decorrente do anterior), municipalização e ambulatorização dos empregos (descentralização do sistema), qualificação das equipes (desenvolvimento da educação em saúde), multiprofissionalidade e multidisciplinaridade (composição de equipes técnicas em lógica interdisciplinar), feminização da força de trabalho (quadros técnicos notadamente compostos em maioria numérica por profissionais do sexo feminino) e flexibilidade e precarização dos vínculos empregatícios (incluindo o estabelecimento de relações trabalhistas informais):

Olha, por mim está certo, a vaga será sua. Confio em você e no seu empenho para realizar um bom trabalho. Só tem um problema: não tenho como lhe pagar o justo pelo tipo de trabalho que você vai realizar. Sei que o certo seria

²⁹ Relato de odontólogo. Relato 12 [2010]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

³⁰ Relato de enfermeiro. Relato 13 [2010]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

³¹ Relato de pedagoga. Relato 14 [2014]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

³² Relato de assistente administrativo. Relato 15 [2010]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

you ganhar bem mais... mas, como isso não é possível no momento, queria acertar com você o seguinte: você assina o contrato de 40 horas, mas só trabalha 20 horas. É o que posso fazer pra minimamente lhe compensar. E não se preocupe com nada sobre isso. Qualquer questionamento que aconteça pode deixar que eu seguro (informação verbal)³³.

A gente ficava até três meses sem receber salário. Eu já não tinha mais cara pra pedir dinheiro emprestado aos amigos, parentes, quem fosse... contas atrasadas, algumas cortadas já... quando enfim recebia o dinheiro, já não dava mais pra nada, porque pagava juros sobre juros. Mas o pior não era isso. O pior era que, pra receber o salário, a gente tinha que ligar para a prefeitura pra ver se o prefeito poderia nos receber. Só no dia que ele autorizasse é que a gente ia lá, fazia uma fila, ficávamos às vezes uma manhã ou tarde inteiras esperando, pra então poder entrar na sala dele e receber em mãos um cheque. Você acredita nisso? Teve meses de eu ter que ir na casa dele pra poder receber. Era muito humilhante. Depois não sabem porque ninguém quer trabalhar no SUS (informação verbal)³⁴.

Bom, o que eu posso lhe dizer na condição de sua chefe é o seguinte: não se mate. Não se mate de trabalhar. Porque a situação já não me permite que eu lhe forneça telefone institucional, na sua unidade só há um computador sem internet para uso de uma equipe de cerca de quarenta pessoas, não tem carro disponível para o trabalho de vocês e, pra completar, a gratificação que eu lhe prometi por você estar acumulando duas funções, ambas de gestão, também não saiu. Então, confesso que me sinto constrangida diante de tudo isso e só posso lhe pedir que faça o possível, mas que não se mate por esse trabalho, porque ele não nos valoriza o quanto merecemos (informação verbal)³⁵.

Tais registros somam-se a outros que também colaboram para compor um panorama atual das condições de trabalho em saúde coletiva no Brasil, como também ocorre, sabemos, no âmbito das demais políticas públicas, como: burocracia excessiva, existência de poucos concursos na área, política salarial desvalorizada, insuficiente desenvolvimento da carreira, baixo reconhecimento social e desvalorização pela própria administração pública, cargas horárias extenuantes, notável precarização das condições laborais, exigência de atuação multifuncional do trabalhador em virtude de contingenciamentos dos efetivos, coeficientes significativos de estresse dos trabalhadores diante do desafio de adaptação às inconstantes políticas de financiamento no setor, aos avanços tecnológicos e às expectativas da sociedade (ASSUNÇÃO; BRITO, 2011).

Era a minha primeira participação em um evento importante promovido pelo meu novo setor de trabalho, após troca de lotação recente, dentro de uma instituição da qual sou servidora. Estava ainda muito confusa e alheia ao

³³ Relato de psicóloga gestora. Relato 16 [2007]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

³⁴ Relato de médico. Relato 17 [2006]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

³⁵ Relato de assistente social gestora. Relato 18 [2007]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

ordenamento do trabalho e seu funcionamento na prática, embora estivesse diante exatamente disso, do novo trabalho sendo operacionalizado em ato. Era uma Conferência Estadual de Saúde e o nosso trabalho era promover aquela ação educacional em articulação com outras instituições, mas essa atuação contemplava não apenas uma contribuição relativa à elaboração metodológica. O trabalho envolvia, principalmente, uma atuação precisa na parte logística, ou seja, montar o espaço, fazer credenciamento e organizar material dos participantes, testar equipamentos, organizar a distribuição da alimentação, etc. A certa altura do evento, presencio o diálogo de alguns trabalhadores deste novo setor onde eu era novata: - Quantas horas já? – Dez. – Eu tô indo pra doze. Tô enxergando tudo turvo já de tanto sono, porque já são 23 horas e tô acostumada a dormir cedo. Mas viva o banco (risos). (...) Sem entender do que falavam, perguntei: - Que banco? Os colegas então me explicaram que, em dias de evento desse porte, envolvendo grande número de pessoas e grande volume de trabalho, nós precisaríamos fazer horas extras, cuja média girava em torno de dez a doze horas de trabalho contínuo a serem computadas em banco de horas para posteriormente serem compensadas através de folgas (informação verbal)³⁶.

[Trabalhadora A] Pois foi assim, como estou lhe contando. A colega responsável pela coordenação entregou o cargo e mandaram, porque não deram opção à coitada, a outra funcionária assumir esta coordenação, acumulando com a outra que ela já geria.

[Trabalhador B] Mas é muito trabalho, tanto em uma área quanto na outra. Um profissional só não dá conta.

[Trabalhadora A] Com certeza, mas você acha que eles estão ligando? E tem mais, a colega vai ter que acumular as duas coordenações sem receber nenhum acréscimo salarial. Imagine (informação verbal)³⁷.

Tem um problema sério que eu gostaria de levantar para refletirmos. É que a gente faz viagem pro interior pra visitar as unidades que serão inauguradas e, quando chega a hora do almoço, temos que pagar o nosso almoço e mais o do motorista, porque eles não recebem ajuda de custo para se alimentar durante as viagens, que, às vezes, duram o dia todo. Eu não tenho coragem de almoçar e ver o motorista sem comer o dia todo. Aí pago o almoço pra ele. Mas eu também não tenho condições de arcar com essa despesa (informação verbal)³⁸.

A temática da precarização do trabalho em saúde coletiva, diante do exposto nos relatos, ganha naturalmente relevo nessa discussão e parece acompanhar o contexto geral das intensas transformações na organização social verificado com a chegada do século XXI e o modo como este afetou, sobremaneira, os processos produtivos do universo do trabalho, incluindo o campo da saúde.

Em decorrência apenas de uma análise sociohistórica, poderia-se supor que a noção do trabalho na área de saúde coletiva como expressão natural dos processos produtivos essencialmente capitalistas se afigura como óbvia, em primeira análise. Mas, talvez, não o

³⁶ Relato de psicóloga. Relato 19 [2010]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

³⁷ Diálogo pedagoga. Diálogo 5 [2015]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

³⁸ Relato de odontóloga. Relato 20 [2011]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

seja na visão de alguns trabalhadores, cuja percepção singular, que relacionamos aos ideais do chamado Estado Social, sinaliza a existência de expectativas acerca de um contexto laboral menos marcado pelas lógicas de mercado e mais próximo dos princípios de seguridade social:

Sempre quis ser servidor público concursado e, graças a Deus, consegui. Mas ontem me senti constrangido com uma coisa que aconteceu e, desde então, tenho refletido muito. Foi que estava numa roda de amigos e todos conversando sobre trabalho, não só da área da saúde. Cada um falou um pouco do seu trabalho e da política salarial das áreas onde atuavam: Justiça, Educação, Assistência Social, etc. Percebi pelas falas que todos ali na roda ganhavam bem mais que eu, trabalhando uma carga horária bem menor e com condições de trabalho melhores. Fora que todos tinham Plano de Cargos Carreira e Vencimentos e eu não. Em resumo, percebi que, daquela roda, eu era a única pessoa de baixa renda e que, no entanto, trabalhava muito mais que os demais e em condições precárias. Pela primeira vez na vida me questioneei sobre o que é ser servidor público. Ou o que é ser servidor público na área da saúde. Fiquei com vergonha de me colocar e, no fim das contas, acabei mentindo, pois senti vergonha de expor a real situação da minha condição de trabalho ali em meio àqueles amigos (informação verbal)³⁹.

É um absurdo isso. A gente tem que trabalhar na parte de planejamento técnico, fazer a articulação política, organizar a logística e, nos dias de eventos importantes, além de fazer hora extra, ter que servir bandeja de café e depois ainda dar entrevista e tirar foto de divulgação, como se eu estivesse contente e descansada. Não foi pra isso que eu fiz concurso público... eu tenho mestrado, poxa (informação verbal)⁴⁰.

Desculpe a sinceridade do que vou lhe dizer, mas essa escolha que você fez de assumir essa vaga de concurso na saúde é muito equivocada, porque você tem potencial pra exercer uma atividade profissional de respaldo social e todo mundo sabe que a saúde pública é um ‘mangue’ que não realiza nem os profissionais e nem os usuários. Fora que o motorista do Ministério Público Federal aqui no Estado, ou seja, um profissional de nível médio, ganha mais do que o que você, profissional de nível superior e com especialização, vai ganhar lá. Por aí você tire em que terreno vai caminhar. A saúde pública nesse país não respeita ninguém... nem os profissionais e nem a sociedade (informação verbal)⁴¹.

Também nominado de Estado de bem-estar social ou Estado-providência, o Estado Social é um modo de organização social, econômica e política no qual o Estado agencia a promoção social e organiza a economia. Vigorou no século XIX e entrou em crise a partir do século XX. Embora tenha uma orientação ideológica ancorada no liberalismo econômico, ela responsabiliza o Estado pela regulamentação de toda a vida e saúde social, articulando a

³⁹ Relato de farmacêutico. Relato 21 [2011]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

⁴⁰ Relato de nutricionista. Relato 22 [2010]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

⁴¹ Relato de operador do direito. Relato 23 [2009]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

política e economia do país em parceria com sindicatos e empresas privadas, na perspectiva de garantir serviços públicos e proteção à população (CASTEL, 2012).

O trabalho em saúde coletiva, no entanto, a despeito de supostas expectativas baseadas nos princípios do Estado Social, de que fosse mais ou menos preservado das lógicas produtivas essencialmente capitalistas, é operado, como sugerem os relatos anteriores, em meio a contextos similares ou comparáveis à flagrante precarização laboral identificada nas fábricas, indústrias e comércio, estruturas organizacionais, em tese, mais características da iniciativa privada. Eis o ponto em que se cruzam, ao nosso ver, as condições de trabalho e o comprometimento de garantias trabalhistas, como reflexos da reestruturação produtiva.

Em contraste com tal suposição, no entanto, o trabalho em saúde coletiva se constitui pela via de inúmeras formas de contratualização, comportando desde trabalhadores estatutários, funcionários celetistas e terceirizados, até aqueles em situação de vinculação institucional precária ou informal.

Ao focalizar o emprego em saúde no setor público, veem-se os efeitos da reforma do Estado e sua política de flexibilização, ao utilizar diversas modalidades de vinculação do trabalhador ao sistema. Os serviços ampliam a força de trabalho, mas sob vínculos precários e sem destinar os recursos para medidas de proteção ao emprego e ao trabalho porque, entre outros, a reforma do Estado estabeleceu procedimentos de controle rígido dos gastos (ASSUNÇÃO; BRITO, 2011, p. 20).

O que assinalam as autoras emerge nos registros da pesquisa especialmente em aspectos relacionados à vulnerabilidade do trabalhador quanto às medidas de proteção ao emprego e, por extensão, quanto aos seus direitos trabalhistas:

Boa tarde a todos,
Senhores, por medida de contenção de despesas, as solicitações de férias serão liberadas somente para os funcionários que estiverem no limite máximo para concessão (com período aquisitivo de 1 ano e 11 meses). Solicitamos aos setores que essa informação seja repassada aos servidores. Caso haja dúvidas, o setor pessoal estará à disposição de todos para demais esclarecimentos.
Agradecemos a compreensão de todos (informação verbal)⁴².

Trabalhadora: Tô, mas não tô de férias...

Pesquisadora: Como assim?

Trabalhadora: Tive que fazer acordo com minha chefe. Já que não poderia mais adiar minhas férias, porque já estava no limite legal, ela me pediu que assinasse toda a ‘papelada’ formal atestando que eu gozei as férias integralmente, mas na prática essas férias foram fracionadas em folgas

⁴² Relato de setor de Recursos Humanos. Relato [24]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

semanais. Uma folga a cada sexta-feira até completarem os 30 dias obrigatórios.

Pesquisadora: E por que você concordou?

Trabalhadora: Porque cargo de gestão é assim, todo mundo sabe, eles não deixam a gente se ausentar.

Pesquisadora: Foi a sua chefia imediata quem ‘propôs’ esse acordo?

Trabalhadora: Sim, a secretária municipal de saúde (informação verbal)⁴³.

⁴³ Diálogo assistente social. Diálogo 6. Daniele Carvalho Castro, 2016.

4 PRECARIZAÇÃO, CONFLITOS E SUBJETIVAÇÃO

A precarização pode ilustrar, numa aspiração quase pictórica, as marcas do trabalho em saúde na atualidade para o sujeito que opera, na prática, uma das maiores políticas públicas do país, o SUS.

Em conversação informal após o término de uma reunião entre o setor jurídico de uma instituição de saúde e a área técnica de outra, o operador do Direito comenta que questionou ao seu chefe, diretor da instituição, se ele dormia à noite, porque ele próprio não conseguia dormir direito pensando nos problemas do trabalho e nas decorrências futuras dos mesmos. Disse que vivia sobressaltado, como que já esperando, a qualquer momento, que fossem acuados inclusive civilmente perante tantos processos de judicialização⁴⁴ da saúde, sobretudo na área hospitalar⁴⁵.

Ela é aqui compreendida como peça-chave de análise em virtude do entendimento de que ela tem potencial para refletir e revelar uma busca por eficiência, que consideramos fator preponderante nos arranjos produtivos neoliberais e dos quais o setor saúde não está excluído, a exemplo do relato seguinte, que ilustra um nível de exigência em relação à execução do trabalho que parece extrapolar as competências ou habilidades funcionais do trabalhador, considerando-o como polivalente:

Olha, eu preciso falar uma coisa e espero que não me interpretem mal. Mas, é o seguinte: eu não sei fazer essas coisas que vocês me mandam fazer. Eu sou especialista, tenho mestrado... eu simplesmente não sei organizar a parte logística desse trabalho. E também não sei fazer essas coisas super específicas de pesquisa de satisfação dos gestores. Isso requer um método... não dá pra fazer de qualquer jeito. Por mais que eu pesquise por conta própria, não dá pra sanar a lacuna de realizar isso na prática. Por que vocês não ensinam a gente a fazer isso antes de cobrar? Por que não nos dão um curso ou capacitação sobre isso? Ai a gente fica aqui brincando de capacitar os outros sendo que pra nós mesmos isso não é ofertado. Eu não sei fazer, não consigo fazer, não fui ensinada a fazer e ainda sinto que me olham atravessado por isso, como se eu estivesse fazendo corpo mole. Não aguento mais isso e por isso a minha fala. Estou em sofrimento (informação verbal)⁴⁶.

⁴⁴ Fenômeno crescente no âmbito das políticas públicas que consiste na intervenção direta do Poder Judiciário sobre questões geralmente relacionadas à esfera da assistência em saúde e cujo direito está assegurado em dispositivos legais. A judicialização tornou-se um recurso usual na atualidade para se requerer direitos que receberam tratamento ou encaminhamento técnico reputado como negado, insuficiente, insatisfatório ou prejudicial por cidadãos ou grupos de interessados no assunto, os quais, em face do exposto, acionam o Estado judicialmente para serem atendidos em suas demandas.

⁴⁵ Relato de gestores. Relato 25 [2011]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

⁴⁶ Relato de psicóloga. Relato 26 [2012]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

A noção de eficiência funciona neste estudo não mais como parâmetro para a sociedade de produção, e sim como possível produto de um modo de funcionamento latente nesta mesma sociedade, incluindo aquilo que se faz e que se espera de uma política de saúde ou de quem a opera:

Era uma ação educacional ofertada a equipes multiprofissionais de todos os municípios sergipanos, ou seja, uma ação de grande porte. Para esta etapa do trabalho, foi pactuado anteriormente em instância de gestão que o município sede da ação forneceria o espaço (salas de aula de um colégio público) e todo o suporte logístico local para acomodar o curso em suas singularidades. Ao chegar junto à equipe de apoio, composta apenas por mais uma auxiliar de serviço administrativo, outra funcionária e os facilitadores do curso, no local acordado, encontramos as salas de aula vazias e banheiros interditados. Acionamos as pessoas de referência que participaram da pactuação acerca da contrapartida do município para realização da ação, já que ali representávamos outra instância interfederativa, e o máximo que conseguimos foi que carteiras escolares antigas e de madeira pura fossem depositadas na calçada da escola, que era bastante grande e se encontrava em meio a um espaço de rampas naturais íngremes com barreiras de areia. Solicitamos apoio de serviços gerais no local para o transporte das carteiras até as salas, o que também não pôde, segundo os trabalhadores da escola, ser providenciado. Assim, tivemos que realizar o trabalho braçal de carregar as carteiras até as salas de aula, cerca de cinco salas que receberiam em torno de trinta pessoas cada, o que correspondia a cerca de cento e cinquenta carteiras, as quais se encontravam sujas e muito empoeiradas. Após transportar as carteiras, realizamos a limpeza do espaço a fim de deixá-lo em condições mínimas de poder receber e melhor acomodar os participantes do curso. Todo esse trabalho foi realizado por cerca de cinco pessoas, todas mulheres, três da minha equipe e duas solidárias (senhoras de meia idade) da equipe da escola, pois os facilitadores (docentes) se recusaram a ajudar alegando que isto não era serviço deles, no que, aliás, não estavam errados. Resolvido o problema logístico, recebemos a informação de que moradores da rua onde se localizava a escola, local de grande vulnerabilidade social, mas escolhido pela gestão macro deste trabalho, haviam arranhado todos os carros dos participantes do curso. Fui pessoalmente até a rua checar a informação e, de fato, um a um, todos os carros estacionados estavam marcados com desenhos infantis: estrelas, corações, flores, etc. Precisamos ir de sala em sala comunicar a intercorrência aos participantes, que promoveram uma verdadeira revolução no curso, o qual foi imediatamente interrompido porque todos saíram à porta da escola para verificar a situação de seus carros. Furiosos, indignados, exigiram violentamente solução que remediasse o prejuízo financeiro que tiveram. A situação chegou a um ápice de tensão em que chegamos a temer pela integridade física da equipe. Ao acionarmos a gestão hierárquica superior acerca de como conduzir o problema, recebemos a seguinte consigna: “ - Segura aí, porque não há o que fazer. Não tem como custear o prejuízo dessas pessoas. Paciência.” Após sermos fortemente hostilizadas pelos participantes do curso em virtude do incidente, fomos ainda chamadas pela mídia local a dar entrevista no rádio e na televisão para divulgar a ação educacional realizada, pois se tratava de uma ação promovida diretamente por esferas de alta cúpula política, ou seja, precisava ser tratada com atenção especial por parte dos técnicos. Exaustos que já estávamos todos, física e psicologicamente, de um dia inteiro de

transtornos e aborrecimentos, suados, sujos e abatidos, ainda assim cumprimos a parte que faltava da nossa jornada nesse expediente que mais parecia um épico ou uma simples piada de mau gosto. Ao fim de tudo, já em casa refletindo e como que mortificada física e emocionalmente, concluí que não, não era assim que o trabalhador da saúde deveria ser tratado. Refleti sobre tantas críticas por parte de usuários que são noticiadas na mídia sobre descaso com a prestação das ações e serviços de saúde e pensei que nós, trabalhadores, também padecemos do mesmo mal que os usuários, pois somos tratados com o mesmo grau de descaso. Penso que não está ainda suficientemente claro quem é o carrasco dos usuários e dos trabalhadores do sistema de saúde brasileiro, mas ficou claro pra mim que lesados estamos todos, por uma política de saúde que negligencia a condição de dignidade humana não só de usuários, mas também de trabalhadores (informação verbal)⁴⁷.

Os mecanismos de extração da mais-valia, para Marx (1983), começam a operar na fase do capitalismo comercial⁴⁸, atingindo seu ápice na era do capitalismo industrial, e essa forma de capitalismo, segundo Castel (2012), promove coerções nos processos de organização do trabalho que tendem a não exatamente subverter, mas a desviar essa lógica de organização em seu proveito.

A reestruturação produtiva do trabalho em saúde no Brasil parece se consolidar no século XXI, ao exigir dos trabalhadores uma execução rápida, multifuncional e polivalente de suas funções, como se estivessem ainda diante de uma esteira mecânica de peças ou em meio a uma oficina japonesa de montagem, mas pode produzir, ao nosso ver, efeitos de subjetivação diferentes do que indica a retórica marxista:

É uma demissão branca. Eles estão nos deixando à míngua, fazendo esse terrorismo psicológico para a gente se cansar e se demitir, como muitos já estão fazendo. É uma estratégia de desmobilização do desejo do trabalhador e tudo isso para cortar gastos e eles poderem, depois, ocupar nossas vagas de concursados com seus cabos eleitorais (informação verbal)⁴⁹.

Refletir sobre as condições de trabalho no âmbito do SUS ultrapassa, ao nosso ver, inclusive os planos apenas reflexivo e discursivo, assumindo contornos concretos através de ações que esboçam posicionamento e reação, por parte desse próprio coletivo, sobre a conjuntura descrita.

Como exemplos podemos citar a criação da Política Nacional de Humanização do SUS (PNH), conhecida como HumanizaSUS (BRASÍLIA, 2013) e o Programa Nacional de

⁴⁷ Relato de terapeuta ocupacional. Relato 27 [2011]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

⁴⁸ Referência à distinção do autor entre as fases iniciais do capitalismo: mercantil, comercial e industrial (MARX, 1983).

⁴⁹ Relato de psicóloga. Relato 28 [2015]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

Desprecarização do Trabalho no SUS, conhecido como DesprecarizaSUS (BRASIL, 2006), assim como o Movimento Popular da Saúde (MOPS)⁵⁰ e a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora, instituída pela Portaria Nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.

Para Marx (1983), o trabalho, como fonte da riqueza social, impõe a necessidade de ser constantemente repensado e reorganizado em termos de diretrizes ou princípios de economia política. Tais princípios conformam os já citados métodos de organização do trabalho, os quais transpõem, como demonstram os relatos, o cenário industrial para permear também o chamado setor terciário, ou setor de serviços, no qual se situa o trabalho em saúde.

Entretanto, no contexto geral do mundo do trabalho, parece emergir não somente no âmbito acadêmico ou de saberes especializados, mas também no nível da percepção dos próprios atores sociais envolvidos, neste caso os trabalhadores da área de saúde coletiva, novas críticas de economia política e suas implicações para a relação entre trabalho e saúde.

Cabe neste ponto demarcar que, para efeito das análises empreendidas nesse estudo, importam, enquanto processos complexos de rompimento da noção de “eu”, consagrada por toda uma construção histórica de bases psicológicas ancoradas na lógica de indivíduo, os processos de subjetivação compreendidos como “sempre coletivos, na medida em que agenciam extratos heterogêneos do ser” (ESCÓSSIA, 2014).

O referido rompimento alude a uma noção de construção do “eu” que não se faz individualmente, mas através de uma produção externa, circunstanciada, que sinaliza determinadas formatações do “eu” já vigentes na realidade social.

Os processos de subjetivação ocorrem, assim, pela via do povoamento de intensidades, operando agenciamentos de enunciação que se localizam do lado de fora do indivíduo. As intensidades como que flutuam em registros, ressonâncias, ecos e reverberações que se encontram no plano supraindividual e contrapõem a noção de identidade, de um “eu”. Segundo Guattari e Rolnik (2011):

Os processos de subjetivação ou de semiotização não são centrados em agentes individuais (no funcionamento de instâncias intrapsíquicas, egoicas, microssociais), nem em agentes grupais. Esses processos são duplamente descentrados. Implicam o funcionamento de máquinas de expressão que podem ser tanto de natureza extrapessoal, extraindividual (sistemas maquínicos, econômicos, sociais, tecnológicos, icônicos, ecológicos, etológicos, de mídia, ou seja, sistemas que não são mais imediatamente antropológicos), quanto de natureza infra-humana, infrapsíquica, infrapessoal (sistemas de percepção, de sensibilidade, de afeto, de desejo, de representação, de imagem e de valor, modos de memorização e de produção

⁵⁰ Mais sobre o assunto em: www.saude.gov.br/humanizausus/mops.

de ideias, sistemas de inibição e de automatismos, sistemas corporais, orgânicos, biológicos, fisiológicos e assim por diante) (GUATTARI; ROLNIK, 2011, p. 39).

Os relatos sinalizam também, e nisso consiste não uma contradição, mas seu valor em diversidade de potencial informativo, percepções distintas de trabalhadores aparentemente menos reativos frente à lógica de organização do trabalho em saúde coletiva no modo como o experimentam:

Chegaram ordens da chefia para a gente reduzir em 30% o consumo de energia do prédio. Então pensei de a gente desligar o ar condicionado uma hora antes de o expediente terminar. O que vocês acham? (informação verbal)⁵¹.

Essa perspectiva de variação corrobora a formulação anterior de Escóssia (2014) sobre a natureza coletiva dos processos de subjetivação, no sentido de que “para que o processo de subjetivação seja considerado um processo coletivo, fica claro que o coletivo deve possuir necessariamente o estatuto de multiplicidade” (ESCÓSSIA, 2014, p. 96).

Alinhamo-nos, consoante Castel (2012), na análise dos relatos considerados, com o entendimento de que os processos de racionalização ou organização científica das condições de trabalho e de produção representam, de alguma maneira, formas de coerção externa com determinações rigorosas relativas à duração de execução, encadeamento de tarefas, distinção do tempo de produção e de não produção e tudo o mais que atende aos métodos taylorista, fordista ou toyotista de trabalho. E são sensíveis as suas tendências a produzirem efeitos de perda de autonomia, reprodução da prática laboral e homogeneização da “consciência operária” sobre a caracterização do que o autor chama de “penosidade” e nós, neste trabalho, chamamos de precarização da lógica de organização do trabalho (CASTEL, 2012, p. 427).

No entanto, os relatos demonstram também haver, no contexto do trabalho em saúde coletiva, margem para a constituição de movimentos singulares, contra-movimentos frente à percepção das formas de coerção e lógicas de homogeneização das engenharias produtivas capitalistas:

Vinculadas a um serviço de saúde mental de um município do interior do Estado, eu – enfermeira – e uma colega psicóloga estávamos na escala de trabalho do dia, quando recebemos um chamado da comunidade para fazermos a contenção de alguém que estaria em surto no território. A pessoa em questão não era usuária do serviço, sendo, portanto, alguém com quem

⁵¹ Relato de odontóloga. Relato 29 [2015]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

nossa equipe não tinha qualquer natureza de vínculo. A rigor isso não configura um problema, mas sim um adendo para talvez ajudar a ‘calibrar’ a intervenção necessária. Mobilizamos, para tanto, recursos de obtenção de um transporte para nos dirigirmos ao local e requisitamos o auxílio de mais dois integrantes da equipe técnica: dois auxiliares de enfermagem. Chegando ao local, uma casa simples à beira de uma estrada (BR), identificamos a presença de familiares, vizinhos e conhecidos da pessoa em crise, todos pela rua em estado de alarde. A pessoa era um rapaz de cerca de vinte anos que se encontrava caminhando pelas imediações, possivelmente em algum trecho da estrada. Antes que a conversa que nos permitiu chegar a tais informações terminasse, um dos auxiliares de enfermagem da nossa equipe, requisitado a participar da intervenção, avista a pessoa em crise e grita: - ‘Olha lá ele... corre! Vamos pegar!’. Eu e a colega psicóloga, neste momento, nos olhamos e, sem externar qualquer palavra, concordamos silenciosamente sobre o quanto seria difícil aquela intervenção, pois um membro da nossa própria equipe já tinha se adiantado no sentido de uma intervenção absolutamente invasiva em relação ao corpo, ao espaço social e também à subjetividade da pessoa adoecida. A cena seguinte foi ainda mais aterradora: o auxiliar de enfermagem correndo entre os carros da BR atrás da pessoa doente, que desviava dos carros em alta velocidade tentando fugir. Em determinado momento, eu e a colega passamos a correr também e a gritar, atrás do ‘nosso profissional’, tentando fazê-lo parar para lhe dizermos que a técnica (ou a falta de uma) por ele usada além de não ser adequada ainda estava colocando em risco a vida de todos os envolvidos. Não obtivemos sucesso nesse empenho e o que acabou fazendo-os parar – o trabalhador e o usuário – foi o próprio cansaço físico decorrente de uma corrida intensa e tensa. Ao pararem, nos aproximamos de ambos, pedimos que o auxiliar se afastasse e procedemos, enfim, a uma contenção primeiro oral e, em seguida, química, já consentida pelo rapaz em crise, conduzindo-o posteriormente ao serviço de saúde onde seria acolhido para uma avaliação completa e encaminhamentos cabíveis. No retorno ao serviço, ainda dentro do carro, um silêncio absoluto. Reconhecíamos intimamente, eu e a colega, decepcionadas e envergonhadas, a falência dos dispositivos por nós mesmos – os sanitaristas – criados visando o aperfeiçoamento de tecnologias de cuidado destinadas às pessoas. Tecnologias de cuidado que sequer conseguem chegar a todos os trabalhadores que operam a política de saúde, em função de condições de trabalho precárias que não garantem o mínimo: tempo e espaço para realizar a qualificação técnicas desses atores. Em razão disso, refletimos sobre o alto grau de vulnerabilidade a que estamos todos expostos – trabalhadores, em condições de trabalho precárias que põem em risco sua própria vida, e usuários, também postos em risco de morte por nosso despreparo técnico flagrante e ainda expostos, invadidos em sua subjetividade no contexto de sua realidade social. Um episódio para ser verdadeiramente esquecido. Ou lembrado, se para se desdobrar ao menos em possibilidades de reflexão sobre o problema que envolve as condições de trabalho nos serviços de saúde do SUS (informação verbal)⁵².

Assim, as percepções variantes sobre fatos similares ilustrados nas histórias contadas configuram, no entendimento desse estudo, o caráter provisório e plural dos produtos dos efeitos de subjetivação considerados.

⁵² Relato de enfermeira. Relato 30 [2008]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

Frente aos riscos enfrentados no contexto laboral (biológicos, fisiológicos, radioativos, psicológicos e mesmo físicos), operando engenharias produtivas essencialmente capitalistas e, na maioria das vezes, precárias, entre reações que variam de resistência à improvisação ou imperícia, diante das oscilações na capacidade de encontrar soluções singulares, agindo individual ou coletivamente, seja planejando ou operacionalizando os cuidados em saúde dispensados à sociedade ou refletindo sobre a sua própria saúde enquanto trabalhador da saúde, como podem ser descritos os processos de subjetivação que constituem esses sujeitos e seus cenários de práticas?

Esta pesquisa teve início e se encerra ainda com esta pergunta, pois o estudo buscou focalizar mais o problema da delimitação do que propriamente o aprofundamento sobre a interpretação das formações discursivas consideradas.

Além disso, exatamente o caráter de multiplicidade e impermanência que, conforme já exposto, caracteriza os processos de subjetivação na forma como são concebidos nesse trabalho, nos permite supor que a resposta a esta pergunta será sempre provisória. Eis porque qualquer tratamento conclusivo acerca do objeto da pesquisa excede seu escopo.

O procedimento analítico utilizado, através da exploração do material empírico contido nos relatos, consistiu apenas em um esforço de descrição e delimitação ou categorização do conteúdo identificado no campo discursivo estudado, buscando-se enfatizar não as identidades individuais dos atores sociais e menos ainda a biografia da pesquisadora em relação ao tema, mas sim formas possíveis de caracterização subjacentes ao universo discursivo considerado.

Convém neste ponto destacar a intenção de desobrigar a pesquisa do encargo de reivindicar direitos para os atores sociais em questão - os trabalhadores do SUS - , porque o estudo não concebe a temática abordada pelo viés maniqueísta de uma oposição entre políticas públicas como opressoras e trabalhadores como oprimidos.

Consideramos ser este o ponto-chave da questão metodológica relacionada aos supostos “sujeitos” desta pesquisa: eles são trabalhadores do SUS e foram por nós, nesta análise, espera-se, “dessubjetivados” no sentido de que não os tratamos como um campo profissional apenas ou como a caricatura de uma classe homogênea e sujeitada, mas sim como um conjunto de práticas e discursos subjetivados em uma relação estabelecida com o trabalho que ora é utópica ou militante, ora é crítica e problematizadora, ora é indiferente, tolerante ou resistente, ora é adoecida ou resiliente, e assim por diante. O mesmo se aplica ao lugar da própria pesquisadora, na relação com sua trajetória.

O capitalismo, portanto, apesar de sua potencial densidade manipulatória, é compreendido nesse estudo como uma tecnologia social que engendra reconfigurações afetivas e cognitivas variantes.

É exatamente a existência de tantos e tão variados “arranjos” possíveis na forma de perceber ou experimentar o trabalho em saúde coletiva, como assinalam os relatos, que nos leva a crer que os efeitos de subjetivação frente à lógica capitalista de precarização do trabalho revelam talvez condicionantes, mas não determinantes dessa realidade social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os inúmeros sentidos co-existent na sociedade acerca da noção de saúde e do trabalho em saúde coletiva consistem, ao nosso ver, em fortes indícios de que existe demanda social por maior descrição e discussão do assunto.

Talvez porque, como tentamos ilustrar, em cada tempo, esses sentidos tendem a ser delineados não somente no âmbito da literatura setorial ou de correntes metodológicas e epistemológicas, mas também no nível da experiência.

Discutir aspectos da política de saúde brasileira em suas conformações na atualidade através do exercício de “contar”, aludindo ao poeta citado, evidenciar ou descrever, por meio de relatos, detalhes ou percepções sobre o assunto a partir da visão de trabalhadores do SUS foi a opção adotada nesse trabalho.

Isto porque, de novo em acordo com o poeta, acreditamos que aquilo que “é difícil de passar”, ao ser contado, pode favorecer o surgimento de composições *quicá* inaugurais em termos de reflexão, discurso e prática a respeito de um assunto que, como já dito, não se encontra suficientemente debatido, ao menos não a partir da forma como ilustram os registros.

Os aspectos da política de saúde brasileira que iluminaram essa pesquisa têm relação com o intuito de alinhar, conforme percebemos, o trabalho no SUS com o mundo do trabalho na atualidade, considerando os conflitos e tensões presentes no processo de reestruturação produtiva de escala global introduzido pela lógica capitalista de sociedade, buscando identificar seus principais desdobramentos no âmbito do trabalho em saúde coletiva e seus efeitos de subjetivação.

Especificamente para os trabalhadores do SUS, no modo como operam e percebem o seu fazer cotidiano, esse alinhamento que visualizamos pode existir ou não, pode estar evidente para alguns e, ao mesmo tempo, se afigurar como destituído de sentido para outros tantos:

Tem que vir trabalhar... tá morrendo? Se não, então tem que vir trabalhar. Se foi ao médico, saindo da consulta, deve vir pro trabalho (informação verbal)⁵³.

É desolador perceber esse rolo compressor esmagar um projeto tão grande de saúde para a sociedade. O foco não são os usuários e muito menos os trabalhadores. Interessam as relações de poder que se sustentam ou se alternam no sistema (informação verbal)⁵⁴.

⁵³ Relato de gestor de Recursos Humanos. Relato 31 [2014]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

⁵⁴ Relato de enfermeiro. Relato 32 [2014]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

Eis porque o tratamento do tema não teve, em nosso intuito, caráter opinativo e nem denunciativo, mas apenas expositivo, com a perspectiva de descortinar aquilo que, mesmo já estando claro para alguns, ainda não assume contornos definidos para outros, no que tange à relação que reputamos de imanência entre o trabalho em saúde coletiva e as formações sociais próprias do modo de produção capitalista.

Não se trata, portanto, de uma análise sobre o trabalho de um coletivo exótico e menos ainda de uma biografia da pesquisadora frente ao tema. O objetivo é apenas buscar retratar em que medida ou de que formas os trabalhadores em saúde coletiva têm percebido e significado suas experiências com a realidade aqui descrita.

Especialmente no que tange à questão econômica, este trabalho se propôs a identificar as principais interfaces da atual conformação da política de saúde brasileira frente à conjuntura de expansão do setor de mercado, sem desconsiderar a tradicionalmente complexa relação entre o público e o privado.

O percurso analítico apresentado não teve, em absoluto, o propósito de caracterizar o sistema de saúde (também traduzido como a figura do Estado) como opressor e o trabalhador como vítima.

Não compôs também o escopo de análise da pesquisa a interpretação de discursos de resistência e dominação ou mesmo a focalização apenas da interioridade de um trabalhador sujeito.

A arquitetura argumentativa do trabalho buscou correlacionar relatos acumulados através de registros de memórias às operações conceituais empreendidas, na tentativa de evidenciar a questão das tensões e conflitos dos trabalhadores do SUS (frente a contextos de precarização) e o modo como este coletivo percebe e significa sua coesão social.

Tratar este objetivo como objeto da pesquisa pode, em primeira análise, se afigurar como exercício retórico ou redundante. Acreditamos, porém, que o tema se encontra apenas parcialmente presente na pauta dos debates e, sobretudo, na visão dos atores sociais envolvidos, como evidenciam as narrativas.

Entendemos que o assunto envolve elementos cuja relação pode não ser tão óbvia quanto parece, em análise superficial, tais como utopia, exploração, trabalho e resistência, nem para os sujeitos diretamente implicados nesse cenário, nem para a academia e menos ainda no contexto das práticas sociais:

Aqui não é a Disney. Aqui é o SUS. E aqui é assim: ‘ame-o ou deixe-o’. Ou aguenta a pressão de trabalhar muito e ganhar pouco, ou pula fora. Tem que vestir a camisa (informação verbal)⁵⁵.

É preciso parar de vestir as instituições onde trabalhamos. Vestir a instituição, muitas vezes, é desnudar o sujeito (informação verbal)⁵⁶.

Assim, ao relatar experiências de intervalos e dissonâncias entre os trabalhadores do SUS, as instituições ou espaços em que atuam e o cotidiano, no contexto de uma sociedade caracterizada, embora não resumida, pelos modos de produção capitalista, buscamos ter contribuído, jamais de forma conclusiva, para apenas fazer emergirem discursos capazes comunicar que determinados aspectos, tensões e conflitos existem e que composições e arranjos cada vez mais plurais podem permeá-los, na perspectiva de um legítimo campo de possibilidades.

⁵⁵ Relato de gestora. Relato 33 [2008]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

⁵⁶ Relato de psicóloga. Relato 34 [2008]. Daniele Carvalho Castro, 2016.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 160 p.

ALVES, G. **Trabalho e subjetividade: o espírito do toyotismo na era do capitalismo manipulatório.** São Paulo: Boitempo, 2011. 164 p.

ALVES, R. **O amor que acende a lua.** São Paulo: Papirus, 1999. 214 p.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho.** São Paulo: Cortez, 2015. 285 p.

ASSUNÇÃO, A. A. & BRITO, J. (org.). **Trabalhar na saúde: experiências cotidianas e desafios para a gestão do trabalho e do emprego.** Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011. 216 p.

BARBARA, M. M. **Reestruturação produtiva, qualificação, requalificação e desemprego: percepção e sofrimento do trabalhador.** *Psicol. cienc. prof.*, Brasília, v. 19, n. 1, p. 30-49, 1999. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98931999000100004&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 30 jul. 2016.

BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. F.; CAMPOS, G. W. S. **Reforma Sanitária: Itália e Brasil.** Tânia Pellegrini (trad.). São Paulo: HUCITEC - CEBES, 1988. 207 p.

BIRMAN, J. **Os sentidos da saúde.** *Physis: Revista Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 9 (1): 07-13, 1999.

BONDIA, J. L. **Notas sobre a experiência e o saber de experiência.** *Rev. Bras. Educ.*, Rio de Janeiro, n. 19, p. 20-28, Abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782002000100003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 nov. 2015.

BOURDIEU, P. **O campo científico.** In: ORTIZ, R. (org). *Pierre Bourdieu – Sociologia.* São Paulo: Ática, 1983.

BOURDIEU, P. **Os usos sociais da ciência: por uma sociologia clínica do campo científico.** Denice Barbara Catani (trad.). São Paulo: UNESP, 2004 (pp. 17-48).

BRASIL. **Constituição Federal de 1988**. Promulgada em 5 de outubro de 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 25 nov. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012. **Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora**. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html. Acesso em: 01 abr. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. **Programa Nacional de Desprecarização do Trabalho no SUS: DesprecarizaSUS: perguntas & respostas**. Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho no SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, Departamento de Gestão e da Regulação do Trabalho em Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006. 32 p.

BRASÍLIA. **Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações** / Rede Interagencial de Informação para a Saúde - Ripsa. – 2. ed. – Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2008. 349 p.: il. Pg. 13.

BRASÍLIA. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização: PNH**. Secretaria de Atenção à Saúde, DF: 2013. 16 p. Disponível em: www.saude.gov.br/humanizasus. Acesso em: 25 jul. 2016.

BUENO, N. P. **A Revolução de 1930: uma sugestão de interpretação baseada na Nova Economia Institucional**. Estud. Econ., São Paulo, v. 37, n. 2, p. 435-455, junho de 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-41612007000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 06 abr. 2016.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Iraci D. Poleti (trad.). Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. 611 p.

CECÍLIO, L. C. O. **Modelos tecno-assistenciais em saúde: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada**. Cadernos de Saúde Pública, 13 (3): 469-478, jul. - set. 1997.

CHAPLIN, C. **Tempos Modernos**. Título original: *Modern Times*. Preto & Branco. Legendado. Duração: 87 min. Warner, 1936.

COHN, A. **Caminhos da reforma sanitária**. Lua Nova, São Paulo, n. 19, p. 123-140, nov. 1989. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-64451989000400009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 26 nov. 2015.

DESCARTES, R. **Discurso do Método**. João Cruz Costa (trad.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2011 (pp. 09-49).

ESCÓSSIA, L. **O coletivo como plano de coengendramento do indivíduo e da sociedade**. São Cristóvão: UFS, 2014. 216 p.

FONSECA, C. “*Classe e a Recusa Etnográfica*”. P. 13-34. CHAVES, C. de A. “*Os Limites do Consentido*”. P. 36-58. IN: BRITES, J.; FONSECA, C. (org.). **Etnografias da participação**. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2006. 379 p.

FOUCAULT, M. **A arqueologia do saber**. Luiz Felipe Baeta Neves (trad.). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2014. 254 p.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989. 213 p.

GORENDER, J. **Globalização, tecnologia e relações de trabalho**. *Estud. av.*, São Paulo, v. 11, n. 29, p. 311-361, abr. 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40141997000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 20 jan. 2016.

GUATTARI, F. & ROLNIK, S. **Micropolítica: cartografias do desejo**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011 (pp. 33-148).

IBGE. Diretoria de Pesquisas - DPE - **Coordenação de População e Indicadores Sociais – COPIS**, 2015. Disponível em: <<http://www.cidades.ibge.gov.br>>. Acesso em: 18 out. 2015.

ILDEFONSE, F. “*Sobre a Etnografia*”. IN: MENDONÇA FILHO, M; FERRERI, M. de A. **Instituições e Cotidiano: formas e intensidades no enfrentamento do comum**. São Cristóvão: UFS, 2013 (pp. 13-37).

KOSIK, K. **Dialética do Concreto**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

LAKATOS, E. M. & MARCONI, M. de A. **Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 1983 (pp. 17-46).

MACHADO, C. V. (org.). **Políticas de Saúde no Brasil: continuidades e mudanças**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 324 p.

MACHADO, M. H.; OLIVEIRA, E. S.; MOYSES, N. M. N.. **Tendências do Mercado de Trabalho em Saúde no Brasil**. [Trabalho apresentado na Conferência Internacional sobre Pesquisas em Recursos Humanos em Saúde na Mesa de Discussão: Mercado de Trabalho em Saúde e Dinâmica da Oferta e Demanda]. Rio de Janeiro: 2010.

MACHADO, R. (org.). **Danação da Norma: a medicina e constituição psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

MARX, K. **O Capital**. V. I. São Paulo: Abril, Cultural, 1983.

MATTOSO, J. E. L. **A Desordem do Trabalho**. São Paulo: Página Aberta / Scritta, 1995. 210 p.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3 ed. São Paulo: Hucitec, 2002. 189 p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Biblioteca Virtual da Saúde. **Carta de Ottawa**. Disponível em: <bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2016.

NEVES, V. F. A. **Pesquisa-Ação e Etnografia: caminhos cruzados**. Pesquisas e Práticas Psicossociais, v. 1, n. 1, São João del-Rei, MG, jun. 2006. 17 p.

NUNES, E. D. **Saúde Coletiva: uma história recente de um passado remoto**. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKER, Marco. *Tratado de Saúde Coletiva*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.

OCKÉ-REIS, C. O. **SUS: o desafio de ser único**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012. 180 p.

OFFE, C. **Trabalho e Sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho**. Gustavo Bayer e Margrit Martlncle (trad.). V. 2. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1991. 180 p.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Declaração de Alma Ata**. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/declaracao-de-alma-ata/>>. Acesso em: 22 jul. 2016.

PAIM, J. da S. **O que é o SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. 148 p.

ROCHA, A. L. C. da. & ECKERT, C. *Etnografia: saberes e práticas*. In: PINTO, Celi R. J.; GUAZZELLI, Cesar A. B. (org). **Ciências Humanas: pesquisa e método**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2008.

SANTOS, B. de S. **Um discurso sobre as ciências**. São Paulo: Cortez, 2008 (pp. 08-60).

SATO, L. & SOUZA, M. P. R. de. **Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia**. *Psicologia USP*, Brasil, v. 12, n. 2, p. 29-47, jan. 2001. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/psicousp/article/view/63371/66114>>. Acesso em: 24 nov. 2015.

SOLLA; J. & CHIORO, A. “*Atenção Ambulatorial Especializada*”. IN: GIOVANELLA, L. et al. (org.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. 2ª edição (revista e ampliada). Coedição com o Cebes. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2012 (pp. 627-664).

SOUZA, C. **Políticas Públicas: uma revisão da literatura**. *Sociologias*, Porto Alegre, ano 8, nº 16, jul/dez 2006, p. 20-45.

ANEXO

CADERNO DE MEMÓRIAS

“Outros registros”

“ - A partir da próxima semana você estará lotada na unidade X.

- Não entendi.

- Será melhor pra você lá.

- Se isso for uma promoção, eu gostaria de opinar a respeito.

- São ordens superiores... decisão já tomada.” (2015, assistente social, relato de conversação colhido em campo)

“ - Soube que o senhor esteve doente...

- Foi, por isso que passei uns dias afastado do trabalho. Mas agora já me lhorei. Tive uma virose infecciosa.

- Isso é sério.

- É sim. Por isso que precisei me afastar para tratar.

- Eu também ando com a saúde meio estranha. Acho que é estresse... muito trabalho. Tenho tido dificuldade pra dormir. Mas pra faltar ao trabalho e ir ao médico é tanta justificativa que a gente tem que dar... que, às vezes, até desisto.

- Pois não faça isso. Vá ao médico e falte quantas vezes for preciso, se for pra cuidar da sua saúde. Porque ‘eles’ são assim: eles fazem a gente adoecer com essa carga enorme de trabalho que a gente tem e, depois que a gente adocece, que fica sem serventia pra eles, você pensa que eles ajudam a gente, que estendem a mão? Não. Eles são os primeiros a enxotarem a gente do serviço alegando que não servimos mais, que somos imprestáveis. Botam outro no seu lugar rapidinho e pronto. Você que vá se virar com seu problema de saúde pra tratar e ainda sem emprego. Pois cuide de sua saúde.” (2010, motorista, conversação presenciada em campo)

“Ao ser apresentada, no contexto da vida pessoal, a um jovem rapaz em meio a um grupo de amigos em comum, logo após os cumprimentos costumeiros e um incipiente diálogo de cortesia, perguntei-lhe com o que ele trabalhava, ao que me respondeu ser médico e atuar no interior do Estado. Talvez por eu ser sanitarista, automaticamente, já associei a atuação das profissões da saúde ao arranjo institucional do SUS e, também induzida pelo fato de ele trabalhar no interior, o que me remeteu à lógica da municipalização do sistema de saúde, acabei perguntando-lhe se ele trabalhava no PSF. Ele sorriu, me olhou fixamente e disse: -

Assim você me ofende. E eu, de fato sem entender, respondi: - Não entendi. A isso ele me respondeu que havia cursado medicina por seis anos, feito residência médica por mais dois e que tinha, em resumo, uma trajetória na medicina que, apesar de curta, lhe parecia consistente. Continuou descrevendo detalhes de seu percurso de formação para, ao final, dizer: - Porque, depois de tanto investimento na carreira, eu iria trabalhar no SUS? O SUS não dá condições mínimas para o trabalho do médico. Lá a medicina é um faz de conta. Para o SUS só vão os médicos mal sucedidos ou que precisam juntar dinheiro para a residência. Trabalhar no SUS pode até ser um 'meio' para o médico, temporariamente, para que ele atinja alguns objetivos, mas nunca será um 'fim'." (2011, psicóloga, relato colhido em campo)

“Ficam controlando nossos passos aqui dentro, fazendo contas miúdas da nossa folha de ponto, mas não olham que a gente é obrigada a passar oito horas do dia enclausurada aqui nessas salas sem janelas e cheias de mofo. Me sinto sufocada às vezes... preciso ver a luz do dia. A cor dessas paredes também me deixa me deixa *pra baixo*. Esse espaço é totalmente insalubre. Mas, quando saio pra tomar um ar, já ficam me olhando como se eu estivesse enrolando no serviço.” (2011, farmacêutica, relato colhido em campo)

“ - Essa gestão é trambiqueira, fica fazendo politicagem e lavagem cerebral através dessas capacitações todo dia. Já está enjoando.

- Não reclame. Pior foi a gestão anterior que a gente ficou os quatro anos sem nenhuma capacitação. E a gente precisa muito desses processos de reciclagem, de atualização técnica.

- Realmente. Uns fazem demais, outros de menos. É oito ou oitenta. Mas que eles vêm vender o peixe deles no meio desses cursos... isso eles vêm.” (2007, enfermeiros, conversaõ presencial em campo)

“Estou indignado. Minha chefe veio me dizer que, quando solicitou formalmente ao setor de RH o gozo dos meus dias de folga mediante compensação pelo banco de horas extra que fiz ao longo desses últimos meses, o responsável perguntou pra ela se por acaso ela tinha visto eu realmente trabalhar todas essas horas extras, porque a quantidade de horas era bastante significativa. Eu devia era ter deixado o setor na mão quando precisaram de mim fora do meu horário de trabalho, pra não ter que ouvir uma dessa agora. Pois, de agora em diante, quando me pedirem pra fazer hora extra, vou recusar e pronto. Ninguém pode me obrigar. Tô me sentindo um lixo com isso... como se eu fosse um mentiroso querendo me aproveitar da instituição. Absurdo.” (2010, auxiliar administrativo, relato colhido em campo)

“Certo dia recebi, inesperadamente, uma ligação telefônica de uma ex-colega de trabalho me informando que o Promotor de Justiça de um município onde trabalhamos juntas cerca de dois anos antes havia movido um processo judicial contra nós duas, que fomos gestoras de um serviço de saúde neste município. A acusação era a de que nós nos recusamos a colaborar com a Justiça por termos deixado de responder solicitações expressas da parte dele acerca da judicialização do caso de um determinado usuário para o qual ele pediu intervenção específica. Fiquei bastante preocupada e confusa, sem entender o objeto da referida ação judicial, já que em nossa atuação nessa experiência profissional nós atendíamos em tempo a todas as solicitações do judiciário, inclusive mantendo contato frequente com a promotoria daquele município. Dias depois, recebi da Secretaria de Saúde desse município uma outra ligação telefônica confirmando a informação que a colega me apresentara dias antes. A responsável pelo setor de Recursos Humanos dessa Secretaria me comunicou que estava de posse de uma intimação judicial para que eu prestasse depoimento na delegacia da cidade em data já prefixada. Assustada, questionei a essa profissional se eu obteria algum suporte jurídico desta Secretaria para cumprir tal demanda, o acompanhamento de uma advogado ou alguém da área jurídica da Secretaria que pudesse me orientar ou mesmo me acompanhar à delegacia. Ela então me respondeu que isso não seria possível, pois eu já não era mais funcionária do município. Indignada, respondi que, sim, não era mais funcionária do município, mas estaria nessa demanda representando a Secretaria de Saúde em um processo de judicialização relativo a serviços prestados pelo sistema de saúde desse município, o qual era de responsabilidade desta Secretaria. A funcionária disse que minha solicitação não seria atendida e que essa questão dizia respeito ao âmbito pessoal da minha atuação profissional e não institucional, razão pela qual a Secretaria não teria porque se envolver. Assim, o processo judicial transcorreu, de fato, sem nenhum suporte por parte desta Secretaria de Saúde e eu arqueei, sozinha, com o encaminhamento de todos os trâmites dele decorrentes.” (2010, pedagoga, relato colhido em campo)

“ - Você recebeu a ficha?

- Que ficha?

- (Em tom de voz reduzido) A ficha que já começaram a distribuir com seus dados pessoais para o cadastro no partido.

- Como assim? Não entendi.

- Daqui a alguns meses começará a eleição, então eles cadastram todos os funcionários para poderem ‘sondar’ possíveis interessados em se filiar ao partido do governo.

- Mas eu sou concursada, não entrei aqui por meio de apadrinhamento político. Mesmo assim vou ter que preencher essa ficha?

- Bom, isso eu não sei. Talvez eles não passem pra você por isso, mas eles já começaram, discretamente, a distribuir as fichas. A mim já entregaram e eu disfarcei. Não vou preencher coisa nenhuma porque acho isso um absurdo.” (2010, odontóloga, conversa o presenciada em campo)

“ - Já começaram a chamar para a plotagem dos carros. E eu fico numa situa o difícil, porque tenho cargo de comissão e aí sou ‘obrigada’ a plotar meu carro com a chapa do governo, só que eu também tenho fora do trabalho os meus candidatos, de vínculos pessoais, para quem eu também queria fazer campanha. Não sei o que fazer.

- E como   essa plotagem?

- Eles saem perguntando quem vai querer plotar o carro. Pra quem disser que quer eles passam o endereço de um local pra ir fazer a plotagem. Esse local já está acertado com eles.

- E quem não quiser?

- Tudo bem, mas aí já sabe que vai ficar mal visto entre os chefes, porque eles acompanham isso de perto.” (2014, terapeuta ocupacional, relato de conversa o colhido em campo)

“Eu gostaria muito de trabalhar em um local onde não houvesse o vínculo direto do dinheiro que eu ganho com o meu trabalho e a pessoa a quem atendo, entretanto, aqui em Sergipe percebo que o SUS está de mal a pior. Chega ao ponto de a gente pedir mais materiais como se fosse favor ou ter que reduzir ao mínimo o número de visitas domiciliares porque na cidade s  há um carro para quatro equipes de PSF se revezarem nas visitas entre médicos, enfermeiros e técnicos. Pra mim   um absurdo. Entretanto, há lugares onde o SUS   excelente. Minha irmã está trabalhando no PSF no Paraná e l  o sistema de prontuários   digital, tem todas as medica es necessárias na aten o básica, um carro por equipe e todo um suporte da rede primária, secundária e terciária. Então, penso que o problema daqui seja o coronelismo.” (2007, médica, relato colhido em campo)

“Eu estava no meio do expediente quando recebi uma liga o da secretária do diretor da institui o de saúde onde trabalhava, me convocando a comparecer até a sala dele naquele momento. Imediatamente me dirigi   sala do diretor e, chegando l , encontravam-se ele e mais uma senhora. Ele me cumprimentou e apresentou a referida senhora como uma estudante de outro Estado que estava produzindo sua tese de doutorado a respeito dos direitos trabalhistas de profissionais da saúde que trabalham em regime celetista e que contava com a nossa contribui o para a coleta de dados de sua pesquisa. A senhora completou a breve

explicação do diretor me explicando que seu trabalho põe em análise o próprio modelo gerencial de misturar a natureza jurídica de direito público e privado enquanto arranjo eficaz ou não para o campo da saúde. Em seguida, ela pergunta ao diretor se já havia sido implantado o Plano de Cargos, Carreiras e Vencimentos (PCCV) dos trabalhadores vinculados à ‘nossa’ instituição, pois ela estava fazendo esse levantamento em vários Estados do Brasil. Ele então respondeu que sim, me olhou e disse: “ - Não é?” (...) Assenti fazendo gesto afirmativo com a cabeça. A senhora fez mais algumas perguntas e encerrou-se a conversação. Os presentes se cumprimentaram e se despediram cordialmente. Retirei-me da sala sentindo enorme choque emocional e ainda sem conseguir processar totalmente o que acabava de ocorrer, pois não, nós os trabalhadores da instituição pesquisada pela referida senhora não tínhamos PCCV. Nesta ocasião, eu ocupava um cargo de gestão e me senti como que prostituída, ou seja, ele paga o meu salário e me dita o que dizer.” (2013, assistente social, relato colhido em campo)

“Era o meu primeiro emprego depois de formada psicóloga: gerente do setor de Vigilância em Saúde de um município sergipano que ficava a cerca de duas horas de viagem da capital, onde eu residia. As atribuições relativas ao trabalho na área da Vigilância estavam relativamente claras, tendo em vista o auxílio recebido de colegas mais experientes e a especialização em Saúde Pública que na época eu cursava. No entanto, uma demanda extra e inusitada se apresentou: atender clinicamente um garoto pré-adolescente da cidade cuja família integrava as relações pessoais do prefeito. Assim chegou a ‘encomenda’ por parte da minha chefia imediata, que era a Secretária Municipal de Saúde deste município: ‘ - Sei que sua função aqui é outra, mas, já que você é psicóloga, tente dar um jeitinho, para não desagradar o prefeito. É um pedido especial.’ (...) Acuada, inexperiente e sem efetivamente captar o alcance técnico e ético do que ocorria, acolhi a demanda e atendi o garoto em minha sala durante alguns meses, ou seja, pratiquei a psicologia clínica no contexto de uma Unidade Básica de Saúde/UBS, acumulando isso ao meu trabalho de gestão na Vigilância em Saúde. ‘Para não desagradar o prefeito.’” (2006, psicóloga, relato colhido em campo)

“Estou estudando mais... o tempo que posso é pro estudo. O SUS está colapsado e não quero passar mais tempo aqui. Preciso sair logo disso.” (2007, médica, relato colhido em campo)

“Em meio ao expediente de trabalho, inesperadamente, a porta da sala se abriu para a entrada abrupta de um dos diretores da instituição, ‘convidando’ os trabalhadores presentes a participarem, naquele mesmo momento, de reunião envolvendo o grupo político que a gestão desse espaço apoiaria nas eleições, inclusive com adesão financeira. Era período eleitoral. E

nós precisamos, naquele mesmo momento, enfrentar a questão do posicionamento político-partidário em meio a uma tarde comum de trabalho, cientes que já estávamos, àquela altura, das possíveis represálias que uma negativa poderia acarretar às relações profissionais. Após a saída do diretor, o protesto foi geral: - Isso é intimidação. - Violência simbólica. Não posso ser obrigada a me posicionar sobre política no espaço de trabalho. Estou aqui para trabalhar e não para fazer campanha política. - Eles não podem fazer isso... somos concursadas e não estamos aqui por favoritismo político. - Desrespeito com o nosso lugar de profissionais, inserir no expediente agendas político-partidárias. (...) Enfim, sucedeu-se um silêncio atônito e notável embaraçamento de todas nós frente ao ocorrido. Em dado momento, após abatimento geral e comparecimento forçado ao referido evento, alguém questiona o que se poderia fazer a respeito do incidente, de que forma opor resistência a tamanha arbitrariedade, mas preservando-se as relações institucionais. Nessa hora, eu não me contive e falei: - Nada, não há nada a fazer, pois essa é a arquitetura do sistema e é preciso enfrentá-la. Na realidade, não importa nossa formação, tempo de estudo e qualificação profissional (pois o grupo era composto de especialistas e mestres na área de Saúde Coletiva), pois aqui somos como que meras empacotadoras de supermercado, tendo que cumprir carga horária exaustiva e desproporcional ao salário, atuando em condições profissionais precárias e sujeitas a todo tipo de arbitrariedade no âmbito das relações trabalhistas. Eis o que nós somos aqui, empacotadoras de supermercado.” (2011, relato colhido em campo)

“O encontro era uma reunião de equipe voltada para a pactuação de ajustes relativos à implantação de um novo serviço de saúde no qual um corpo de odontólogos concursados iria começar a desenvolver suas atividades, demarcando, para tanto, necessidades técnicas que precisariam ser atendidas para o adequado curso do trabalho. Eu e outra colega atuávamos ali como apoiadoras institucionais desse serviço em vias de ser implantado e foi somente em meio àquele coletivo de trabalhadores críticos, mas sensatos, ao exigirem as mínimas condições técnicas para que o serviço fosse inaugurado, que nos demos conta da complexidade oculta na ‘encomenda’ que recebemos e da qual somente nós duas naquela roda tínhamos conhecimento: a ciência prévia de que a maior parte das demandas e solicitações desses trabalhadores não poderia ser atendida ou não seria atendida a tempo da inauguração do serviço, sobretudo as relativas a estrutura, materiais e insumos, questão crucial para o trabalho da Odontologia, e a incumbência de, ainda assim, motivá-los ou convencê-los de que a inauguração, compromisso político já assumido pela gestão estadual, seria sim viável. Mas a tarefa foi se complexificando ainda mais na medida em que fomos nos conscientizando do nosso dever de entoar um canto capaz de atrair e encantar o grupo para uma proposta que, em

verdade, não atraía e não encantava nem a nós mesmas. Não vivíamos mais um embate apenas técnico, mas um dilema moral perante nossos iguais, pois os olhávamos, naquele momento, de igual para igual enquanto trabalhadores do Sistema Único de Saúde, reconhecendo serem legítimas as suas reivindicações e, mesmo não tendo a menor governabilidade sobre elas, nos cabia tentar ‘convencê-los’ a se submeterem a condições insuficientes de trabalho, não a condições adequadas. Não só testemunhávamos, mas também os convidávamos a adentrar um cenário de precarização no qual estávamos todos envolvidos. E cantar para eles, nesse episódio, nos colocou em contato com uma realidade institucional em que, agora sabemos, os saberes e técnicas funcionam como meros instrumentos de uma retórica vazia que visa, muitas vezes, o cumprimento de compromissos diversos daquilo que seria a oferta de serviços de saúde qualificados à sociedade ou a promoção de condições adequadas de trabalho.” (2010, relato colhido em campo)

“A situação está tão caótica por aqui que a gente pede um bloco de receituário pra fazer o atendimento e parece que estamos pedindo um favor. Pedimos luvas e parece que é outro favor. Existe coordenação de tudo, até pra papel, se brincar... é muita coisa que, sinceramente, acho que teremos que ouvir por mais ‘zil’ anos sobre os podres poderes do Brasil.” (2009, médica, relato colhido em campo)

“O primo de minha cunhada tem dezenove anos, não é formado em nada e é secretário de saúde de um município no interior. Qualquer um é colocado como gestor, de qualquer jeito. Então, acho que Sergipe realmente nas próximas décadas não tem muito futuro do ponto de vista social.” (2013, educador físico, relato colhido em campo)