

Claudia Regina Magnabosco Martins

**A MICROPOLÍTICA DE UM ÓRGÃO REGIONAL DE SAÚDE:
UMA CARTOGRAFIA DE RELAÇÕES**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências.

São Paulo
2015

Claudia Regina Magnabosco Martins

**A MICROPOLÍTICA DE UM ÓRGÃO REGIONAL DE SAÚDE:
UMA CARTOGRAFIA DE RELAÇÕES**

Tese apresentada à Universidade
Federal de São Paulo para obtenção
do título de Doutor em Ciências.

Orientador: Prof. Dr. Luiz Carlos de
Oliveira Cecilio

São Paulo
2015

Martins, Claudia Regina Magnabosco

A micropolítica de um órgão regional de saúde: uma cartografia de relações/ Claudia Regina Magnabosco Martins.

– São Paulo, 2015.

xvi 173p

Tese (Doutorado) – Universidade Federal de São Paulo.
Escola Paulista de Medicina. Departamento de Medicina Preventiva. Programa de Pós graduação em Saúde Coletiva.

Título em inglês: Micropolitics of a regional health agency: a cartography of relations

1.Micropolítica. 2.Cartografia. 3.Narrativa. 4.Análise de implicação. 5.Regional de Saúde

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
ESCOLA PAULISTA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA PREVENTIVA
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Chefe do Departamento: Prof^a Dr^a Rebeca de Souza e Silva

Coordenadora do Curso de Pós Graduação: Prof^a Dr^a Suely Godoy Agostinho
Gimeno

Claudia Regina Magnabosco Martins

**A MICROPOLÍTICA DE UM ÓRGÃO REGIONAL DE SAÚDE: UMA
CARTOGRAFIA DE RELAÇÕES**

Presidente da banca:

Prof. Dr. Luiz Carlos de Oliveira Cecilio

Banca examinadora:

Prof. Dr. Laura Camargo Macruz Feuerwerker

Prof. Dr. Marilene de Castilho Sá

Prof. Dr. Nicanor Rodrigues da Silva Pinto

Prof. Dr. Rosana Teresa Onocko-Campos

Aos trabalhadores do SUS que
cotidianamente defendem e constroem
um sistema de saúde para todos os
brasileiros.

AGRADECIMENTOS

Aos trabalhadores da Regional de Saúde por me permitirem acompanhar seu cotidiano e compartilharem comigo seus sentimentos, pensamentos e reflexões, produzindo a pesquisa de que resulta esta tese.

Ao Cecilio, parceiro a quem dedico esta tese, não apenas pela competência acadêmica, mas pela singularidade e afeto com que conduz suas orientações, regadas de atenção, cuidado, compreensão e companheirismo. Um marco também em minha vivência pedagógica de fazer universidade.

Ao Elcio, meu companheiro de vida, pelo suporte, compreensão e estímulo em todo o período de doutoramento e especialmente ao final, na gravidez e nos primeiros meses de nossa pequena Louise.

Aos familiares e amigos por toda ajuda e compreensão por minhas ausências. Em particular à minha irmã Teresa Cristina Magnabosco de Oliveira e à Marcia Aparecida Moletta de França, pelos cuidados com a Louise.

À Universidade Estadual do Centro-Oeste pela concessão do afastamento para Qualificação Docente.

Aos colegas de trabalho do Departamento de Psicologia da UNICENTRO, pelo apoio durante o período de doutoramento, em especial a Kátia Alexandra dos Santos, Paula Marques e Ana Priscila Batista, pelas cuidadosas revisões.

Aos docentes que contribuíram com sugestões nas bancas de qualificação e defesa Mary Jane Spink, Ana Luiza d'Ávila Viana, Laura Camargo Macruz Feuerwerker, Marilene de Castilho Sá, Rosana Teresa Onocko-Campos, Nicanor Rodrigues da Silva Pinto, Consuelo Sampaio Meneses, Angela aparecida Capozzolo.

SUMÁRIO

Dedicatória.....	v
Agradecimentos.....	vi
Lista de Figuras.....	x
Lista de Quadros.....	xi
Lista de Tabelas.....	xii
Resumo.....	xiii
Abstract.....	xv
NARRATIVA INICIAL: DA INDAGAÇÃO AOS ENCONTROS.....	17
1 CAPÍTULO - SISTEMATIZAÇÃO DOS CAMINHOS METODOLÓGICOS: DA CONSTRUÇÃO À PRODUÇÃO DA PESQUISA.....	27
1.1 O planejado.....	29
1.2 A fase inicial da pesquisa.....	31
1.3 O demorado e difícil ingresso direto no campo: a longa espera.....	33
1.4 Enfim a imersão no campo.....	35
1.5 Primeiro bloco metodológico.....	37
1.5.1 A observação participante.....	37
1.6 Segundo bloco metodológico.....	43
1.6.1 Das estratégias ao conceito – o manejo de narrativas.....	43
1.6.1.1 1ª etapa: esquematização de redes de relações e conversações.....	44
1.6.1.2 2ª etapa: elaboração das narrativas.....	49
1.6.1.3 3ª etapa: revisão e apropriação das narrativas pelos trabalhadores.....	50
1.7 O encerramento: o oficial e o processual.....	59
1.8 O processo em análise: questões metodológicas, epistemológicas e éticas.....	60

2	CAPÍTULO – RETRATOS DE UMA REGIONAL DE SAÚDE: UMA PRIMEIRA APROXIMAÇÃO AO OBJETO.....	74
2.1	A Regional de Saúde estudada.....	74
2.1.1	A estrutura física.....	76
2.1.1.1	Sede da RS.....	76
2.1.1.2	Unidade de Coleta e Transfusão.....	79
2.2	Quem são os trabalhadores da RS por seus próprios relatos.....	82
2.2.1	Características pessoais.....	83
2.2.2	Características dos cargos ocupados pelos respondentes.....	86
2.2.3	Sobre tecnologias e formação permanente.....	90
2.2.4	A autoavaliação dos trabalhadores.....	93
3	CAPÍTULO – ELEMENTOS DA MICROPOLÍTICA DO TRABALHO EM UMA REGIONAL DE SAÚDE.....	98
3.1	A lógica burocrática.....	98
3.2	O arquipélago.....	103
3.3	O mundo que fica de fora.....	107
3.4	Entre a defesa e o ataque, o trabalhador reflete sobre o mundo do trabalho.....	112
4	CAPÍTULO – AS COMPLEXAS REDES INSTITUCIONAIS.....	120
4.1	Poder e ingerência política na vida da organização.....	121
4.2	As relações com os municípios: parceria ou tutela?	126
4.3	O cotidiano definido desde fora: as pautas estaduais.....	129
4.4	A Regional e o Ministério da Saúde: o ator invisível.....	134
5	CAPÍTULO – O TRABALHADOR E OS USUÁRIOS: OS MÚLTIPLOS SENTIDOS DO CUIDADO EM SAÚDE.....	140
5.1	O trabalhador no encontro com o usuário.....	141
5.1.1	O usuário-ausente?	141
5.1.2	O usuário-paciente.....	143

5.1.3 O usuário-população.....	148
NARRATIVA DA INTIMIDADE RELACIONAL: A DEPOSITÁRIA DE SEGREDOS ORGANIZACIONAIS.....	158
REFERÊNCIAS.....	165
ANEXOS.....	172

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Linha do tempo da pesquisa de doutoramento.....	29
Figura 2: Fluxo de procedimentos do manejo de narrativas.....	44
Figura 3: Exemplo de desenho das redes de relações e conversações do núcleo de trabalho A.....	46
Figura 4: Exemplo de desenho das redes de relações e conversações do núcleo de trabalho I.....	47
Figura 5: Exemplo de desenho das redes de relações e conversações do núcleo de trabalho Q.....	47
Figura 6: Funcionograma da RS estudada.....	75
Figura 7: Funcionograma Unidade de Coleta e Transfusão.....	75
Figura 8: Avaliação do conhecimento do participante sobre o trabalho de seu setor.....	93
Figura 9: Avaliação do conhecimento do participante sobre o trabalho de outras seções e divisões da RS.	94
Figura 10: Avaliação do conhecimento do participante sobre o trabalho desenvolvido em toda a RS.	94
Figura 11: Avaliação do quanto o participante se considera comprometido com seu trabalho atualmente.	96

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Tópicos das entrevistas realizadas com os participantes da fase inicial da pesquisa.....	32
Quadro 2: Características dos participantes da fase inicial da pesquisa.....	33
Quadro 3: Tópicos do questionário de (re)conhecimento das características dos trabalhadores da Regional de Saúde estudada.....	39
Quadro 4: Tópicos dos questionários realizados com os Secretários Municipais de Saúde.....	40
Quadro 5: Características dos Secretários Municipais de Saúde em fim de mandato.....	41
Quadro 6: Características dos Secretários Municipais de Saúde ingressantes no cargo.....	42
Quadro 7: Dados gerais do processo de desenvolvimento da revisão das narrativas.....	52
Quadro 8: Trechos de narrativas em suas versões iniciais e finais das interdições de tipo 1.	53
Quadro 9: Trechos de narrativas em suas versões iniciais e finais das interdições de tipo 2.....	55
Quadro 10: Trechos de narrativas em suas versões iniciais e finais das interdições de tipo 3.....	56
Quadro 11: Descrição do tipo de formação dos respondentes.....	86
Quadro 12: Outros cargos ocupados pelos respondentes anteriormente.....	87
Quadro 13: Descrição do tipo de capacitações frequentadas pelos respondentes em 2012.....	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Características de sexo, idade e estado civil dos respondentes...	84
Tabela 2: Renda aproximada e participação familiar dos respondentes.....	84
Tabela 3: Escolaridade dos respondentes.....	85
Tabela 4: Tempo de trabalho dos respondentes nas áreas de saúde, saúde pública e no cargo atual.....	88
Tabela 5: Intervalo de tempo de trabalho na RS.....	88
Tabela 6: Quantidade de capacitações frequentadas pelos trabalhadores no ano de 2012.....	92

RESUMO

Objetivos: Investigar se, e como, os trabalhadores de um órgão regional de saúde se consideram trabalhadores da saúde, e os sentidos que dão ao seu trabalho. **Métodos:** Foi realizado um estudo cartográfico das relações que os trabalhadores de uma Regional de Saúde do Paraná, Brasil, produzem para desenvolver seu trabalho, com permanente análise de implicação da pesquisadora ao longo da pesquisa. Para tanto foram utilizados observação participante, entrevistas com gestores e representante do controle social, questionários com trabalhadores e secretários de saúde, e elaboração gráfica das “redes de relações” dos vários núcleos de trabalho. Uma técnica experimentada na investigação foi o “manejo de narrativas”, isto é, a leitura e revisão coletiva, pelos trabalhadores, das narrativas elaboradas pela pesquisadora a partir das “redes de relações” e da observação participante. **Resultados:** O estudo mostrou uma multiplicidade de regionais, um “arquipélago” de núcleos de trabalho que manejam seu cotidiano e suas atividades separadamente, com diferentes lógicas, com pouca ou nenhuma comunicação entre si, mas produzindo, em diferentes graus, uma complexa rede de relações externas, atravessadas por interferências político-partidárias. Os ciclos de governo, com suas mudanças de dirigentes, parecem influenciar os seus cotidianos devido às incertezas políticas daí advindas, que impactam diretamente a escolha de cargos e chefias internas e os limites de sua atuação técnica. Os trabalhadores, de um modo geral, se reconhecem mais ou menos como trabalhadores da saúde a depender do grau de proximidade direta que estabelecem com o usuário do SUS, em um enquadramento mais clínico-assistencial. No entanto, o estudo mostra uma heterogeneidade de formas de trabalho e cuidado em saúde, em particular quando se considera um enquadramento mais populacional, aquele ligado às atividades voltadas a promoção e prevenção da saúde das “populações”, atividades típicas das vigilâncias, voltadas para um usuário “matematizado”. Tal enquadramento é dominante na regional, e dá o sentido principal do que é ser “trabalhador de saúde” ampliando, assim, a concepção implicitamente adotada quando do desenho da pesquisa. **Conclusão:** A prolongada convivência da pesquisadora no campo, com a criação de espaços de escuta e compartilhamento com os trabalhadores, propiciou que ela se transformasse em uma espécie de depositária dos “segredos organizacionais”, o que resultou em novos desafios metodológicos, mas, sobretudo,

ético-políticos, tendo em vista a inexistência de canais institucionais formais para o compartilhamento de tais “segredos”, e sua elaboração em espaços mais públicos. Portanto, partindo de um interesse inicial de um melhor esclarecimento sobre o quanto os trabalhadores de um órgão regional se viam como trabalhadores de saúde, o correr da investigação propiciou o mergulho em um mundo mais complexo do que antevisto pela pesquisadora. Ao mesmo tempo em que a Regional de Saúde é, em boa medida, um mundo modelado pelo que “vem de fora”, ou seja, os ritos e procedimentos da burocracia estatal, a complexa e detalhada legislação das vigilâncias, as normativas do SUS e as normativas da Secretaria Estadual de Saúde, também é um espaço onde se identifica uma movência dos trabalhadores para fazer frente às suas reais condições de trabalho e à complexa rede de relações humanas e institucionais em que devem operar. Assim, se o desejo e os sentidos dados pelos sujeitos parecem nunca poder se realizar plenamente, ao mesmo tempo, nunca são completamente eliminados, embora seja possível dizer que, desse embate de forças resulta, em boa medida, um campo de impotência, territórios em que parecem não existir sujeitos, nos quais ninguém é responsável pelos acontecimentos e seus resultados: todos sofrem e todos produzem certa inércia no trabalho. O que se constatou na pesquisa é que esses trabalhadores que se encontram em sofrimento não estão completamente anestesiados, ou seja, há movimentos sim, mas muito mais pela sobrevivência pessoal e de defesa de seus singulares espaços de trabalho, do que propriamente um engajamento pela mudança ou por “objetivos organizacionais” mais amplos.

ABSTRACT

Objectives: To investigate if, and how, workers of a regional health agency consider themselves health care workers, and the senses they attribute to their work. **Methods:** A cartographic study was carried out, concerning the relations produced by the workers of a regional health agency to develop their work, with permanent analysis of the implication of the researcher throughout the research. The research was based on participant observation, interviews with managers and social control representant, assessment of health workers and health secretaries managers through questionnaires, as well as the graphical construction of the network of relations of the various nuclei of work. One technique experienced in the research was the “management of narratives”, that is, workers enrolled in a collective reading and review of the narratives elaborated by the researcher, with basis on the network of relations and the participant observation. **Results:** The study highlighted the existence of a multiplicity of regional agencies, “an archipelago” of work nuclei that manage their daily activities separately, based on different logics, with little or no communication among themselves, but producing, in different degrees, a complex network of external relations, embedded in political and partisan interferences. The government cycles, and their changes in leadership, seem to influence their participants’ daily lives, due to emerging political uncertainties, having a direct impact on the choice of positions and internal leaderships, and on the limits of their technical performance. The workers recognize themselves more or less as health care workers, depending on the direct closeness established with the users of SUS (Unified Health System), considering a clinical and assistance-related framework. However, the study shows heterogeneity regarding the forms of work and care in health, particularly when considering a more populational framework, related to activities directed to health promotion and prevention of “populations”, typical activities of health surveillance, focused on a “mathematized” user. Such is the predominant framework in this regional agency, giving rise to the main sense of what means being “health care worker”, thus widening the conception implicitly adopted when the research was designed. **Conclusion:** The prolonged experience of the researcher in the field, creating opportunities of understanding and sharing ideas with the workers, created the conditions for her to be a depositary of the “organizational secrets”, resulting in new methodological challenges, and most of all, ethical and

political challenges, considering the lack of formal institutional channels as regards sharing such “secrets”, and their elaboration in more public contexts. Therefore, having as a starting point, the interest of improved elucidation about how the workers of a regional health agency conceived themselves, the research process enabled to dig deeper into a more complex world than the foreseen by the researcher. At the same time that the Regional Health Agency is a world modelled by what “comes from the outside”, that is, the rites and the proceedings of the state bureaucracy, the complex and detailed laws of the surveillances, the norms of SUS and of the State Board of Health, it is also a context where it is possible to identify the movement of the workers to face their real working conditions and the complex network of human and institutional relations with which they work. Therefore, if the wishes and the senses attributed by the subjects seem not possible to be completely accomplished, at the same time, they are never completely eliminated, even though it is possible to assume that such shock of forces results, to a good extent, in a context of impotence, territories where subjects do not exist, where no one is responsible for the events and their results: everybody suffers and everybody produces an amount of lethargy in the work. The research findings evidence that the workers who suffer are not completely anesthetized, that is, there are movements aiming more at personal survival and defense of one’s singular space of work than at engagement on the struggle for change and wider “organizational objectives”.

NARRATIVA INICIAL: DA INDAGAÇÃO AOS ENCONTROS

Narrar a construção de um empreendimento como uma tese de doutorado é uma tarefa delicada e complexa, sombreada por sensações de potência, insuficiência e incompletude. É fruto de uma composição de lembranças, falhas, esquecimentos, lapsos, silêncios, não ditos, intensidades e parcialidades das múltiplas histórias que engendraram o que será cristalizado na escrita. O vivido, as percepções, sensações e sentimentos nem sempre cabem nas palavras ou se adequam ao formato acadêmico, já que suas regras limitam a expressão da experiência. Mas elaborar um texto resultado da produção de uma pesquisa qualitativa parece guardar também o sentido da busca e da experimentação de modos de expressar acontecimentos, histórias, produções e encontros que foram sendo construídos e que construíram o processo de pesquisar e de ser pesquisador. Assim, embora essa apresentação tenha uma autoria principal, deve, necessariamente, ser compartilhada¹ com o orientador do doutorado, com os trabalhadores coprodutores da pesquisa, com os membros do grupo de pesquisa da UNIFESP, com os docentes e colegas da pós-graduação, com os alunos e professores da universidade em que trabalho, com meus familiares e outras tantas pessoas que, nessa relação, promoveram movimentos a partir dos quais pude sentir, pensar e agir no mundo do trabalho diferentemente a cada dia.

Esse compromisso de registro estimula divagações sobre nossa história de vida e o que nos levou, conscientemente ou não, para tal decisão. Não estive imune a elas. Relembrei meu envolvimento desde muito nova com grupos e comunidades, a graduação em psicologia, recheada de intensas experiências em pesquisa e extensão, especialmente no que se referia à psicologia social e ao trabalho em grupos ou comunidades, às representações estudantis e as profissionais. Revivi as trajetórias percorridas para chegar ao tão almejado exercício da docência, de atuar em distintas situações de trabalho, formais e informais, até o ingresso em uma universidade pública.

¹ Nesse sentido, pelas características do estudo, o texto de tese que apresento a seguir foi escrito ora na primeira pessoa do singular e ora na primeira pessoa do plural, de forma a contemplar a diversidade de momentos, sensações, pensamentos, reflexões e análises realizadas individualmente durante minha imersão no campo ou coletivamente, em compartilhamento com o orientador ou em meio à produção da pesquisa construída por tantos atores.

Mas, especificamente a partir de 2006, iniciei a trajetória que me conduziria a esta tese, quando decido fazer o concurso para docência em Psicologia do Trabalho na Universidade Estadual do Centro-Oeste, em uma pequena cidade do interior do Paraná. Assim, ocorreu uma grande mudança em minha vida pessoal e profissional quando assumi minhas atividades em junho de 2007, e passei a atuar em várias organizações públicas, inicialmente por meio de estágios profissionalizantes em Psicologia do Trabalho, como supervisora de acadêmicos do último ano do curso de Psicologia, em instituições como universidade, prefeitura municipal, consórcio intermunicipal de saúde, hospital, unidades básicas de saúde, equipes de estratégia de saúde da família e regional de saúde. Essas experiências deflagraram uma imersão em observações, questionamentos e estudos, em especial sobre o universo do setor saúde.

Desse modo, diante da solicitação do diretor para realização de estágio junto aos funcionários de uma Regional de Saúde (RS), da Secretaria Estadual de Saúde (SESA) do Paraná, local onde viria a realizar minha investigação de doutorado, iniciei os trabalhos em julho de 2007, mantendo-os até o princípio de 2011. Semanalmente, ao longo de quase 04 anos, supervisionei 10 acadêmicos que frequentaram a RS de 08 a 10 horas semanais durante todo o período letivo. Dessa forma, minha vinculação com o local de estudo da tese foi acontecendo no dia a dia, de modo contínuo através dos anos, estabelecida por meio do olhar e relato dos alunos, das duas visitas anuais para o início e término do estágio, ou em outras que tinham o objetivo de deflagrar diversas discussões e parcerias. Nesse período, as atividades foram evoluindo de um nível mais técnico e superficial de atuação para ações estratégicas e mais profundas, em que docente e estagiários se inseriram efetivamente em parte das decisões da organização. Em muitos momentos foi possível provocar reflexões com os grupos de trabalhadores e gestores, compartilhando estratégias de modificação de situações problemáticas e mesmo de valorização de outras não reconhecidas como tal.

Em linhas gerais, foram desenvolvidas pesquisas sobre cultura organizacional; levantamento de expectativas, necessidades e motivadores entre os trabalhadores; observações e conversas cotidianas sobre o processo de trabalho e funções nos diferentes setores; acompanhamento e participação na rotina interna e externa da instituição; *feedbacks* individuais ou em grupo com trabalhadores e gestores, tanto sobre as pesquisas quanto sobre percepções do cotidiano laboral;

vivências, debates e atividades em grupos amplos, com convites para todos os trabalhadores, por setores ou para um setor ou público em particular (como no caso da oficina para os gestores); acompanhamento específico de três trabalhadoras de um setor; atendimento individualizado em forma de plantão psicológico; tentativa de acompanhamento do setor de recursos humanos (RH); atividades de integração e comunicação com murais comuns e interativos, e-mails e *chats* de discussão; atividades de compartilhamento de tarefas específicas e/ou das atividades da RS como um todo; programa de preparação para aposentadoria; confraternizações e homenagens ao dia do funcionário público; dentre outros.

Tais estratégias propiciavam a construção de vínculo entre trabalhadores e estagiários, o acompanhamento da rotina e das vivências dos trabalhadores, da dinâmica das relações, da cultura organizacional e dos momentos vividos em relação às mudanças político-organizacionais, ao mesmo tempo em que permitiam uma leitura daquela realidade sobre diferentes ângulos e atores organizacionais. Após a sistematização das pesquisas ou das análises do cotidiano, promoviam-se momentos e espaços de compartilhamento de informações, questionamentos, resultados ou propostas, em que todos os trabalhadores idealmente poderiam se reconhecer pessoal e coletivamente, discutir o que era apresentado e encontrar maneiras de enfrentar as dificuldades encontradas, definindo-se, então, estratégias de ação a partir das demandas levantadas, com vistas a potencializar a força coletiva no processo de mudança.

Entretanto, com o tempo e o aprofundamento das observações, debates, pesquisas e atividades, somente o espaço e o processo de ensino e aprendizagem do estágio se tornaram insuficientes para responder às interrogações que me invadiam. Por exemplo, como compreender que, em momentos como no advento da epidemia da Gripe H1N1, não houvesse encontros para entender e discutir o que ela representava na saúde da população da região? O quanto a RS e seus trabalhadores estavam ou não preparados para vivenciar o inesperado (que pretensamente deveria fazer parte de suas atribuições)? E quais seriam as percepções, avaliações e propostas daqueles profissionais para o momento experienciado? O porquê de se relegar sempre a um “outro” (governador, prefeito, secretário de saúde, gestores e até mesmo o colega) a resolução de problemas e/ou a determinação de como efetuar ações na saúde pública e, contraditoriamente, atribuir grande parte dos problemas da RS à interferência política?

As faltas, atrasos, baixa participação ou o agendamento de múltiplos compromissos por parte dos trabalhadores nos horários acordados e destinados às atividades propostas estariam ligados à metodologia empregada, ao *status* do estagiário iniciante em psicologia, ou a questões daquele universo em particular? Mesmo em reuniões convocadas pela direção havia ausências, baixa ou nenhuma participação, conduta incongruente com a queixa de que as “chefias” não abriam espaços de participação. Tais comportamentos se repetiam entre os gestores da organização. O mesmo ocorria ao se alegar que o desconhecimento do funcionamento global da RS provocava dificuldades para os trabalhadores alcançarem resultados satisfatórios em suas ações nos níveis local e regional, sem que houvesse grande aderência às atividades programadas para discutir essa questão e minimizar suas conseqüências.

Parte das tarefas desses trabalhadores incluía acompanhar e colaborar com os responsáveis pelos serviços de saúde dos municípios de sua abrangência de atuação para a articulação e efetivação de ações que envolvessem conteúdos, procedimentos ou regras advindas de outras instâncias, sejam por orientações verbais, cursos e palestras, sejam por meio de planilhas, tabelas, índices, controles e fiscalizações, entendidas como inerentes às atribuições e especificidades das RSs. Como percebem essas normativas que regem uma parcela de suas tarefas? Que sentido dão a seu trabalho? Como expressam sua subjetividade e autonomia diante do que lhes é prescrito? Nesse sentido, a própria descentralização da gestão da saúde pública em níveis federal, estadual e municipal, parece produzir grandes lacunas com as quais os trabalhadores não sabem como lidar e/ou a quem recorrer, relegando sua resolução (ou pelo menos o encaminhamento dela), até o prazo limite. Como esses trabalhadores pensam então a(s) atribuição(ões) da RS diante das políticas públicas e normativas engendradas em outras instâncias? Seria a de repasse, transmissão, transformação? Como compreendem essas políticas, as elaboram e efetivam? Como compõem seu cotidiano laboral?

Ao final das supervisões e anos letivos, restava uma sensação de dissonância entre nossa concepção de que os funcionários da RS seriam *trabalhadores da saúde* e aquilo que se vivenciava no campo: pessoas preocupadas com o cumprimento de procedimentos, normas e prazos. Estaríamos idealizando um trabalhador de saúde de regionais? Haveria características peculiares? Que sentido haveria de atuar em um órgão regional de saúde no SUS? O que esses

trabalhadores pensam ser o resultado de seu trabalho e sua relação com a saúde do usuário do sistema? O quanto o trabalho desenvolvido por eles reflete-se sobre o cuidado em saúde naquele órgão? Tais indagações permeiam o trabalho na RS? Como se constroem as relações e o processo de trabalho naquele ambiente?

Quanto mais compartilhávamos seu cotidiano, mais reconhecíamos a multiplicidade dos trabalhadores, objetivos, interesses, desejos, expectativas, comprometimento e posicionamentos sobre si, seu trabalho, a área da saúde, o SUS, a RS e o serviço público, diversidade que os move a distintas direções. Visualizávamos ali muita vida, vontade, comprometimento, investimento e saúde, assim como sofrimento, desânimo, apatia e falta de perspectivas. E mesmo diante de tanta distonia, os trabalhadores sempre davam um jeito de permanecer na RS a cada mudança, crise ou reconfiguração de seus setores, programas, ações ou tarefas. E, bem ou mal, a RS conseguia “funcionar”.

Individualmente ou em pequenos grupos, trabalhadores e gestores apontavam insatisfações e dificuldades e, em alguns momentos, possibilidades de resoluções delas. Entretanto, o maior desafio no estágio era o de que aderissem a espaços e momentos para coletivizar reflexões e debates que pudessem deflagrar ações entre si. Com toda essa vivência, ressoava em mim a necessidade de escutá-los e conhecê-los mais profundamente e, quiçá, promover maior visibilidade aos trabalhadores de um “pedaço”, uma parte do SUS que parece um tanto periférica, esquecida ou pouco explorada, algo debatido com os pares quando da divulgação de nossas atuações nos relatórios e mostras finais de estágio e em congressos.

Tantos questionamentos instigaram a escolha do doutorado em Saúde Coletiva da UNIFESP, em busca de subsídios para uma qualificação que favorecesse outros olhares para compreender essas organizações de saúde tão complexas e os sujeitos que as fazem existir na concretude cotidiana, problematizando-as e contextualizando-as com o suporte do campo da saúde coletiva. Nesse processo, duas parcerias foram essenciais: a de meu companheiro de caminhada, meu orientador Luiz Carlos de Oliveira Cecilio; e o grupo de pesquisa por ele coordenado e que me acolheu por mais de três anos. A cumplicidade que se dá no aprofundar da relação foi o que se passou aos poucos comigo e com o Cecilio, nas idas e vindas relacionais e reflexivas, nem sempre tranquilas e fáceis de lidar, mas durante as quais conseguimos encontrar um modo de ser dupla e de manejar as diferentes nuances e intensidades da pesquisa que nos propusemos

iniciar e que o campo nos convidava a adentrar mais e mais. Sua companhia foi acolhimento, suporte, estímulo e crescimento. Juntos exercitamos tolerância às nossas diferenças, discordâncias e proximidades.

No grupo de pesquisa coordenado por Cecilio, participei de dois projetos. Neles tive a oportunidade de conhecer e conviver com pessoas que, a seu modo, favoreceram meu desenvolvimento com suas formas de ser, pensar e viver no mundo, suas formações e reflexões. E no coletivo - ah o coletivo! -, vi e participei de trocas de afeto, experiências, tentativas, inovações, retrocessos, expectativas e frustrações da construção e vivência de um coletivo de pesquisa. Mas, sobretudo, um coletivo de muita potência em provocar movimentos de reflexão e ação sobre a saúde; sobre as diferentes formas que o SUS assume cotidianamente e a centralidade do usuário nele; sobre o pesquisar e nossas implicações no processo, a partir dos lugares e estatutos que nele ocupamos. Foi assim que a estratégia de narrativas de vida e a discussão sobre os estatutos dos pesquisadores do grupo referenciaram nossas escolhas metodológicas na tese; e que a forma de compartilhar as informações de pesquisa da tese influenciaram discussões no grupo, promovendo diálogos e interações interessantes entre as três pesquisas (a de meu doutoramento e as outras duas realizadas pelo grupo).

Dos muitos burburinhos internos provocados durante o período do doutorado, saio com menos certezas ou clarezas do que pretendia, mas em uma condição diferente de ler, compreender e me posicionar sobre os trabalhadores de saúde, RSs, saúde, SUS, docência, produção, compartilhamento, divulgação e uso do conhecimento produzidos em pesquisa. E, sim, sem dúvida sobre o que é pesquisar, e sobre a constante busca por realizar pesquisas com estratégias e instrumentos que visem contemplar a escuta a vários sujeitos da pesquisa, considerando seu modo, tempo e lugar.

E nesse beber de tantas fontes, no constante diálogo que tece nossos pensamentos, no contemplar de tantas cenas, sentir seus odores, degustar sabores e sabores e usufruir de tantos encontros, foi-se tecendo uma tese. Uma tese que nasce contextualizada e comprometida com as especificidades de uma região e ancorada em minhas vivências profissionais.

A legislação e a literatura consultadas, as quais fizemos a opção em apresentar de forma diluída no decorrer dos capítulos, apontaram a necessidade de o sistema de saúde brasileiro organizar o papel das instâncias regionais para o

desenvolvimento das ações em saúde, com vistas a fortalecer o SUS, estabelecendo para tanto, diretrizes gerais que envolvem os entes federados. Entretanto, como elas são entendidas, elaboradas e operacionalizadas depende de inúmeros entrelaçamentos, engendrados no cotidiano laboral dos diversos trabalhadores que atuam no SUS e que darão o tom de como essas políticas se concretizarão, afetando os usuários dos serviços que dependem direta ou indiretamente desses trabalhadores. Nessa direção, embora este seja um estudo singular, também retrata certa universalidade, dadas as condições e os processos de trabalho organizados a partir das diretrizes, normas, procedimentos e discursos compartilhados no âmbito do SUS pelas entranhas de todo o país.

Considerando que o trabalho desenvolvido em um órgão regional de uma Secretaria de Estado da Saúde é, em princípio, voltado para “produzir saúde”, mas não propicia ou não exige de seus trabalhadores nenhum contato direto com o usuário, questionamos no projeto inicial de doutoramento se: a) *Os trabalhadores desse órgão regional consideram-se “trabalhadores da saúde”;* b) *Que sentidos dão para o seu trabalho;* c) *Como se percebem na longa cadeia que vai da formulação da “grande política”² aos espaços mais micropolíticos do cuidado?*

Deste modo, o objetivo inicial da pesquisa do doutorado foi o de investigar as características do trabalho em uma regional de saúde e, mais especificamente, pretendíamos: a) Caracterizar qual o papel que os trabalhadores entendem ser o da regional de saúde na assistência à saúde; b) Perceber se e como as políticas públicas de âmbito nacional são apropriadas pelos trabalhadores da regional de saúde em sua atuação cotidiana e junto aos municípios de sua abrangência; c) Caracterizar como os trabalhadores da regional de saúde são vistos pelos gestores municipais³ com os quais mais entram em contato e dirigem sua atenção; d) Acessar as dimensões micropolíticas que envolvem o trabalho em uma regional de saúde:

² Desde a Lei 8080/1990 que cria o SUS, regulamentou-se a atribuição e responsabilidade do Ministério da Saúde brasileiro em formular e normatizar as políticas públicas de saúde para todo o território nacional, definindo-se de forma padronizada diretrizes, normas, procedimentos, índices e formas de financiamento para efetivá-las.

³ O conceito de gestores municipais está sendo entendido nesta pesquisa em uma dupla dimensão: a política e transitória, representada pelo Secretário Municipal de Saúde; e a tecno-burocrática, de caráter técnico e permanente, própria dos técnicos de carreira que possuem concurso pelas secretarias municipais de saúde, responsáveis, em grande medida, pela continuidade dos trabalhos, mesmo diante da substituição dos primeiros. Tal conceituação tem como base os resultados da pesquisa intitulada “O gestor estadual e os gestores municipais na construção do sistema loco-regional de saúde: desafios da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS)”, realizada com recursos CNPq/FAPESP entre 2005-2007 e desenvolvida na região de Campinas, envolvendo 20 municípios.

sentidos, autonomia, controle, poder, prazer, conflitos, frustrações, dentre outros; e e) Identificar se e como os trabalhadores percebem a assistência à saúde realizada nos diferentes serviços.

E nessa dupla perspectiva vivencial e acadêmica, a partir da constatação da incipiente produção sobre as características do trabalho em um órgão regional de saúde na atual etapa de implantação do SUS, na qual a articulação regional ocupa lugar de destaque; e de (meus) trabalhos (anteriores) na região do estudo, região essa carregada de significação e sentido em minha constituição como paranaense, psicóloga, pesquisadora, supervisora de estágio profissional, servidora pública estadual, usuária do SUS e cidadã é que foi possível elaborar os pressupostos iniciais do estudo, quais sejam:

- Os trabalhadores da Regional de Saúde não se veem como trabalhadores de saúde, mas como funcionários públicos, com bom conhecimento da “máquina” pública, exercendo uma função que seria, acima de tudo, “administrativa”, ou seja, eles se identificam muito mais com outros funcionários públicos em mesma posição na estrutura administrativa do Estado, do que como as equipes de saúde que prestam diretamente o cuidado. Percebem seu cotidiano atravessado por práticas político-partidárias que resultam em descontinuidades e rupturas a cada nova eleição ou acordos políticos loco-regionais, o que resulta na sensação de distanciamento e descompromisso com os resultados finais de seu trabalho.
- Avaliam seu trabalho como sem muito sentido e direção, pouco valorizado e reconhecido, alimentando uma expectativa de alguma mudança que parece nunca ocorrer.
- Parte dos trabalhadores ingressou no serviço público com alguma expectativa de poder contribuir para um melhor atendimento das necessidades de saúde da população - mesmo que a busca da estabilidade própria da administração pública pudesse ter sido sua motivação principal - mas progressivamente vê esse ideal de ser “servidor” cada dia mais distante.

Desenhada minha apresentação, posso dizer, portanto, que iniciei minha caminhada no doutorado com a clareza da implicação de estar imersa no campo de investigação proposto, munida previamente de certo conhecimento, análise e atuação sobre ele, almejando aprofundá-los e ampliá-los. Conduzir o estudo sob a

perspectiva do trabalhador em sua coletividade e cumprir o compromisso ético-político de realizar constantes retornos sobre o que iria ser produzido ao longo do processo, também foram dois outros aspectos bem delineados inicialmente.

Contudo, cabe salientar ainda que a investigação partiu de uma oferta de estudo e não de uma demanda interna ou externa do local e, assim, implicação e oferta foram grandes desafios e preocupações, tanto em relação a concretizar os planos inicialmente propostos, quanto em conseguir uma qualidade de vinculação que permitisse que a relação entre pesquisadora e participantes fizesse sentido, fosse significativa, construtiva e com potência suficiente para contribuir na qualidade do trabalho daquelas pessoas. Esse debate e seus efeitos no estudo foram centrais e determinantes no processo, como veremos no capítulo metodológico.

Nesse sentido, o desenho de pesquisa guardou nuances e contradições que demandaram constante análise da implicação dos envolvidos devido à decisão e posicionamento ético-político dos autores sobre o compartilhamento constante de informações, resultados e discussões entre os participantes, possibilitando a resignificação e a permanente (re)definição dos caminhos da pesquisa-intervenção. Essas foram tarefas a que eu e o orientador nos lançamos o tempo todo, haja vista que esses caminhos foram sendo modificados no decorrer da estada no campo, algo instigante e desafiador frente à complexidade teórica, metodológica e relacional que o trabalho assumiu.

O doutoramento em Saúde Coletiva constituiu ainda, para mim, uma provocação por outros olhares, fazeres e saberes na interface do campo de saúde coletiva com a psicologia e, em especial, com a psicologia do trabalho, permitindo vislumbrar a potência de engendrar conceitos e métodos que contemplem o conhecimento da especificidade do trabalho em saúde e da atuação junto à diversidade de trabalhadores que compõe o SUS.

E isso foi só o começo. Desses pontos definimos nossa partida, mas não foi apenas à resposta a essas questões e objetivos que chegamos. Mas isso é tema dos próximos capítulos. No primeiro deles, tratarei do desenvolvimento metodológico da pesquisa, discutindo minhas implicações e sobreimplicações e propondo, nesse sentido, reflexões sobre o ato de pesquisar, sobre os atores envolvidos, o sentido e o destino do conhecimento produzido. No segundo capítulo, faço uma caracterização tanto dos trabalhadores, quanto da RS investigada, com vistas a retratá-los em seus aspectos mais visíveis e concretos, enquanto que o terceiro foi

dedicado a discutir mais profundamente a micropolítica do trabalho na RS. Segue no quarto capítulo a descrição de como os envolvidos na pesquisa percebem, concretizam e avaliam a regionalização do SUS na região de abrangência da qual fazem parte. E o último capítulo foi dirigido ao debate central do estudo quanto à percepção dos trabalhadores se referirem ou não como da saúde e como qualificam sua relação com os usuários do SUS. Por fim, faço uma nova narrativa, agora de encerramento da pesquisa, lançando ponderações sobre os limites do estudo e a potência da metodologia proposta, debatendo a originalidade do processo investigativo realizado ao se investir na produção de dados junto aos trabalhadores e ao se produzir conhecimentos sobre o trabalho em espaços do SUS menos conhecidos, como os órgãos regionais de saúde.

1 CAPÍTULO - SISTEMATIZAÇÃO DOS CAMINHOS METODOLÓGICOS: DA CONSTRUÇÃO À PRODUÇÃO DA PESQUISA

Como demonstrar a intensidade do vivido, do construído na relação com os sujeitos da pesquisa durante o processo de pesquisar? Como expressar o processo de uma pesquisa em que o pesquisador foi se dispondo a se abrir ao que o campo apresentava, em seu ritmo e fluxo? Trata-se de um desafio narrar essa experiência diante dos limites dados pela escrita formal e científica. Assim, almejo, nesse capítulo, apresentar como se deu o desenvolvimento metodológico da tese, expressando intenções iniciais que foram se transformando no desenrolar dos encontros vividos no campo, frutos da pretensão de realizar um estudo de imersão no cotidiano do campo, que permitisse seu conhecimento em profundidade.

A opção pela utilização de narrativa no estudo deu-se pela adesão dos pesquisadores ao conceito da “dupla hermenêutica”, à qual a pesquisa social estaria inevitavelmente ligada, como aponta Melucci (2005, p.33):

Não se trata de produzir conhecimentos absolutos, mas interpretações plausíveis. Os comportamentos nos dizem alguma coisa como os atores interpretam a própria ação. A pesquisa produz interpretações que buscam dar sentido aos modos como os atores buscam, por sua vez, dar sentido às suas ações. Trata-se de relatos de sentidos ou, se queremos, de narrações de narrações.

Como bem aponta Melucci (2005, p.35), tal opção metodológica

(...) representa um ponto crítico do desafio metodológico introduzido pela pesquisa qualitativa que hoje caracteriza, como já foi dito, a pesquisa social no seu conjunto. Trata-se de um conceito que abre questões ao invés de fechá-las e que certamente inaugura uma nova fase da reflexão epistemológica contemporânea. De fato, além das interrogações que se referem à relação entre observação e realidade (temos sempre que trabalhar com narrações, mas qual noção de realidade esta perspectiva autoriza?), fica aberta também a pergunta sobre os critérios da interpretação. Na verdade, é difícil fugir da interrogação: plausibilidade para quem? (...) Não estão em jogo somente os critérios com os quais se determinam (cognitivos, técnicos, políticos, éticos), mas também as relações de poder no interior das quais um conhecimento se torna plausível.

Outras considerações de Melucci (2005, p. 34) contemplam muito das preocupações que estiveram presentes na investigação

O objetivo da pesquisa social não tem mais uma pretensão de explicar uma realidade em si, independente do observador, mas se transforma em uma forma de tradução do sentido produzido pelo interior de um sistema de relações sobre outro sistema de relações que é aquele da comunidade científica ou do público. O pesquisador é alguém que traduz de uma linguagem para outra. (...) Passa-se, então, da conexão linear entre hipóteses e verificação de hipóteses, que era o modelo clássico da pesquisa científica, à explicação emergente e recorrente dos processos nos quais o conhecimento é produzido através da troca dialógica entre observador e observado; a explicação não é entendida como verificação objetiva de hipóteses, mas como um processo de produção do conhecimento que se adequa progressivamente através da interação entre observador e observado.

A pesquisa foi desenvolvida em uma Regional de Saúde do estado do Paraná - Brasil, composta por municípios de pequeno porte que, juntos, reúnem pelo menos 150.000 habitantes. Tal configuração é bastante comum no estado, no qual a maioria dos seus 399 municípios é de pequeno porte, sendo organizados em 22 regionais, referentes a quatro macrorregiões (Paraná, 2014a), divididas por regiões administrativas estabelecidas pelo IPARDES (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, 2015), de acordo com suas semelhanças culturais, sociais, econômicas e geográficas. A regional à qual nos referimos neste trabalho está situada no centro de uma pequena cidade do interior do Paraná, pólo governamental, educacional, comercial, industriário e de serviços de vários municípios da região.

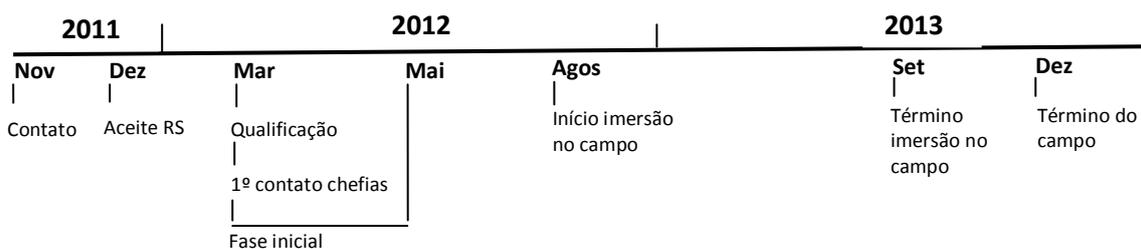
No Decreto nº. 9921/2014 (Paraná, 2014b) o governador do estado do Paraná estabelece que o acesso à saúde se dê por meio de “uma rede de serviços hierarquizada e regionalizada”, coordenada pela Secretaria de Estado da Saúde (SESA). Desde 2014 esta secretaria está organizada pelo que foi denominado de Estrutura Organizacional Básica, dividida em seis níveis de atuação: Direção Superior, Assessoramento, Gerência, Atuação Instrumental, Execução Programática e Atuação Regional. Esses seis níveis, por sua vez, foram subdivididos em Superintendências, Departamentos, Centros, Núcleos, Grupos, entre outros, como se pode conferir pelo organograma disposto no Anexo II.

Alocadas no nível de atuação regional, as 22 RSs do estado congregariam Estrutura administrativa, Farmácia, Centro Regional de Especialidades, Unidade de Coleta e Transfusão, Hemonúcleo e Hemocentro. No entanto, a RS estudada conta apenas com Estrutura administrativa, Farmácia e Unidade de Coleta, pois, de acordo

com o Diretor, não possui capacidade instalada de doadores de sangue e nem de profissionais ou serviços de saúde na região, para garantir sua autossuficiência. Assim, realizam-se as atividades de um Hemonúcleo e um Hemocentro por meio do HEMEPAR (Centro de Hematologia e Hemoterapia do Paraná), localizado em Curitiba, do mesmo modo que as funções do Centro de Especialidades são supridas pela contratação de serviços da Santa Casa e do Consórcio Intermunicipal de Saúde, localizados no município sede da RS.

Feita uma apresentação inicial da RS investigada, passo a retratar a linha de tempo abaixo, que permite observar os marcos mais visíveis e compartilhados da construção desta tese, iniciada com uma configuração mais etnográfica, passando para outra de contornos cartográficos, como veremos adiante. Tais momentos, bem como as decisões, estratégias, técnicas, ferramentas e análises que se sucederam não se deram necessariamente de forma antecipada, em ordem ou clara delimitação cronológica, mas foram acontecendo processualmente, conforme se estabelecia o contato e o vínculo com os participantes da pesquisa em seus tempos, locais e disponibilidades individuais ou grupais, formais ou informais, em diálogo com o fluxo da própria pesquisadora.

Figura 1: Linha do tempo da pesquisa de doutoramento



Fonte: Anotações do diário de campo da pesquisadora.

1.1 O planejado...

Pensando em como realizar uma pesquisa que permitisse o protagonismo dos trabalhadores em diferentes momentos, o desenho inicial da pesquisa foi composto por uma etapa inicial e outra de acesso direto ao campo. Na primeira, propomos

uma aproximação preliminar a imersão campo ao entrevistar três gestores (um ligado à SESA, um ex-diretor e o atual da RS) e um membro do “controle social” que dessem informações sobre as atividades desenvolvidas pela RS na região, historicizando sua atual configuração. Na etapa de acesso direto ao campo, foram organizados dois planos iniciais de trabalho: primeiro plano - caracterização do cotidiano de trabalho, através de observação participante negociada do cotidiano de trabalho das várias equipes da regional, entrevistas com informantes-chave e grupo focal com trabalhadores; segundo plano - caracterização da utilização dos serviços da Regional por seus usuários mais diretos, através de grupo focal com secretários municipais de saúde da região de abrangência da RS e grupo focal com técnicos de carreira das secretarias municipais de saúde da região de abrangência da RS. Como veremos mais no correr do capítulo, esse desenho inicial do projeto foi se modificando no andamento do estudo.

É importante explicitar neste momento que há uma escolha deliberada em utilizar o termo “trabalhadores da RS” e não “servidores públicos”, por exemplo, pois o que me instigava era realizar um estudo com todas as pessoas que ali trabalhavam, sem distinção de vinculação empregatícia ou cargos, justamente para compreender o que pensavam sobre seu trabalho, com toda a heterogeneidade e complexidade próprias daquela organização.

A proposta de projeto foi apresentada pela primeira vez à RS do estudo em meados de novembro de 2011, para o Diretor e uma trabalhadora da Direção que já conhecia meu trabalho dos anos anteriores. No encontro, pudemos discutir os desafios da regionalização e sua legislação no estado do Paraná, e o desejo do Diretor de tornar as atividades locais mais conhecidas em publicações da SESA, o que para ele poderia se dar também com a minha pesquisa por representar uma novidade no estado. Após a exposição da metodologia do estudo, o Diretor ressaltou a preocupação em obter a aprovação da SESA, já que se tratava de acompanhamento cotidiano, o que poderia significar uma estada no local por longos períodos de tempo. Para ele, seria importante saber como os “*funcionários*” receberiam essa proposta de observação direta e prolongada, já expressando a preocupação de como iria me “apresentar” a eles.

Após tentativas por telefone e e-mail, um novo encontro com o Diretor ocorreu em dezembro para a assinatura da folha de rosto de aceite institucional da pesquisa, para a entrada do processo no Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP. Como

ainda não havia obtido uma resposta oficial da SESA, ele permitiu o início da investigação ao assinar o documento, afirmando estar “*assumindo a pesquisa por [sua] conta*”. Ao pontuar novamente suas preocupações com a metodologia do projeto, lembrei-o dos procedimentos éticos nele previstos, o compromisso de expor as informações sempre que solicitado ou necessário, bem como de minha entrada e participação apenas quando e nas situações que fossem autorizadas pelos trabalhadores. Acordamos o início das atividades para março de 2012, após o fim do rodízio de férias dos trabalhadores da RS. Encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP, o projeto foi aprovado em 06 de janeiro de 2012, sob o protocolo de número 2014/11 (conforme consta no Anexo I), passando posteriormente por uma banca de qualificação.

1.2 A fase inicial da pesquisa

A primeira fase da pesquisa foi iniciada em março de 2012, prevista como um momento de “reconhecimento do campo”, a partir do olhar dos gestores e de um representante do controle social, tentando caracterizar como eles viam a RS, o trabalho ali desenvolvido e como avaliavam seu impacto na região. Participaram quatro pessoas: duas com experiência de direção de Regional de Saúde (o diretor da RS gestão 2011-2014 e o anterior, gestão 2007-2010); o gestor estadual responsável pelo contato com as RS no Paraná no ano de 2012; e um representante do Conselho Municipal de Saúde da cidade sede da região de abrangência da RS. Os contatos se deram por telefone, agendando-se um dia para a realização da entrevista, que ocorreu, com os três primeiros participantes, nos respectivos locais de trabalho (nas dependências da RS e da SESA, em Curitiba, PR) e com o último, a seu pedido, nas dependências da Universidade local. Todos tiveram conhecimento anterior da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As primeiras quatro entrevistas foram realizadas durante o mês de março, e uma segunda entrevista com o gestor atual da RS, em maio de 2012. Na ocasião, a pedido do entrevistado, realizei um retorno de como avaliara sua primeira entrevista. Nesse segundo encontro, pude fazer questões que permitiram aprofundar aspectos pouco debatidos na primeira entrevista. Também foi possível uma nova aproximação com o Diretor durante o longo período de espera para o contato direto com as equipes, como mostrarei adiante.

Inicialmente os entrevistados responderam a questões sobre características pessoais e profissionais, seguidas de perguntas abertas que tinham como base os tópicos elencados abaixo, de acordo com o transcorrer da entrevista e do rumo que o entrevistado dava para sua fala. As cinco entrevistas tiveram duração total de 5h67 e média de 1h13 cada.

Quadro 1: Tópicos das entrevistas realizadas com os participantes da fase inicial da pesquisa

Participantes	Tópicos
Todos	Nome; idade; escolaridade ou formação; profissão; tempo de formação; tempo de atuação no setor saúde, no SUS, na RS e no atual cargo que ocupa (na RS, na SES e no Conselho Municipal de saúde).
Gestores atual e anterior da RS	Experiência em ser gestor de uma RS, o que pensa serem resultados do trabalho nela realizado, a(s) peculiaridade(s) da RS em que atua; o que considera mais compensador e mais desgastante na função; e, ainda, como imagina o futuro da RS e o que mudaria em uma nova gestão.
Gestor Estadual das RS	A relação de seu local de trabalho com as RS; como avalia o processo de regionalização do SUS no Paraná e o trabalho realizado pelas regionais compostas de pequenas cidades; o que considera importante mudar; e o que aponta como desafios na relação entre estado-RS-assistência à saúde no estado.
Representante do Conselho Mun. de Saúde	Como tem visto a assistência à saúde na região do município que representa; a relação entre o Conselho Municipal de Saúde e a RS; o que visualiza como resultado(s) do trabalho da equipe da RS no setor de saúde do seu município; e quais caminhos sugeriria para o trabalho na RS.

Fonte: Entrevistas com participantes da fase inicial da pesquisa da pesquisa.

Os quatro participantes são homens, com idades que variam entre 35 e 53 anos, com média de 46,75 anos, denominados de gestores ou representante do controle social nos Quadros 1 e 2, a fim de manter suas identidades em sigilo. Os três gestores possuem ensino superior com pós-graduação, sendo dois com formação na área da saúde, finalizadas há 21 anos, em média. O representante do controle social possui ensino fundamental incompleto, realizado há 39 anos, e, atualmente, tem a marcenaria como ocupação. Como se pode visualizar no quadro abaixo, os entrevistados estão ou permaneceram nos seus cargos em média 2,13 anos, mas possuem pelo menos 05 anos de tempo de trabalho na saúde e no SUS, perfazendo uma média de 17 anos de trabalho com saúde pública, o que diminui para 11,04 anos quando se fala do tempo em que estão atuando no local de gestão ou representação, configurando, assim, informantes-chave, com vasta experiência na área e conhecimento da região de estudo.

Quadro 2: Características dos participantes da fase inicial da pesquisa

Participante	Formação	Tempo formação	Pos	Tempo na saúde	Tempo no SUS	Tempo no local	Tempo no cargo
Gestor1	Ens. Sup. Completo área saúde	21	Esp	21	21	08 anos	4 anos e 06 meses
Gestor2	Ens. Sup. Completo área de exatas	30	Ms	30	30	30 anos	01 ano e 02 meses
Gestor3	Ens. Sup. Completo área saúde	12	Esp Ms	12	12	01 ano e 02 meses	01 ano e 02 meses
Represent. Controle Social	7ª série Ensino Fundamental - marceneiro	39		05	05	05 anos	1 ano e 08 meses
Médias		25,5 anos		17 anos	17 anos	11,04 anos	02,13 anos

Fonte: Entrevistas com participantes da fase inicial da pesquisa.

1.3 O demorado e difícil ingresso direto no campo: a longa espera

Passadas a qualificação do projeto e a fase inicial do estudo, no final de março de 2012 aconteceu um primeiro encontro de exposição do estudo para as chefias de divisões e de seções da RS. Esse momento foi indicado pelo Diretor como o mais apropriado para o início da pesquisa, pois as chefias saberiam da proposta e a repassariam para seus subordinados. Na ocasião, relembrei minha trajetória como supervisora de estágio no local e apresentei a opção pelo estudo naquela RS e com seus trabalhadores. Na sequência, foi realizada a apresentação do projeto da pesquisa, com seus procedimentos metodológicos e éticos. Alguns presentes fizeram questionamentos sobre quem e quando participaria do estudo e quais seus possíveis resultados. Outros manifestaram surpresa com o fato de que alguém tivesse pensado em realizar esse tipo de pesquisa com eles, trabalhadores de um órgão pouco conhecido na saúde, surpresa que pode ser atribuída, ainda, à pouca tradição de se realizar investigações acadêmicas nos serviços do interior do Paraná. Por fim, uma das chefias questionou se eu havia solicitado autorização para o Comitê de Ética da SESA, procedimento obrigatório atualmente para pesquisas como a minha. Com a resposta de que não havia ainda recebido um parecer do Comitê, apesar da entrada do pedido em novembro do ano anterior, o grupo pediu que o aguardasse para o início das atividades.

Posteriormente a essa reunião, em novo encontro com o Diretor da RS, obtive a resposta de que precisaria esperar um retorno em nível estadual. Sucederam-se, então, sete meses de longa espera, intercalada por telefonemas, e-mails e visitas, nos quais buscava entender o que estava acontecendo e como proceder para se chegar a algum retorno sobre o pedido de pesquisa. Sete meses de espera!

Entre os lamentos e preocupações quanto à viabilidade da pesquisa, e o “início” do campo, eu e meu orientador fomos percebendo que já estávamos nele, que esse “campo” já havia começado desde os primeiros contatos e, em particular, no que estava acontecendo nesse período de espera: as dificuldades, as indefinições, os silêncios e a sensação de que pouco ou nada estava sob a decisão ou possibilidade de manejo dos pesquisadores. Restavam incertezas e angústia. Em orientação, analisávamos todas essas questões, como o “campo de pesquisa” se configurava e se movia e quais as forças ali presentes.

Tive a clareza de que a entrada no campo não se dá apenas em marcos muito definidos e formais como se pretende e se prevê nos procedimentos éticos dos projetos acadêmicos, mas, sim, na processualidade de como os contatos ocorrem, no que se é ou não dito e feito, em como o que é acordado se efetiva ou não, nas fantasias, conversas e informações que vão circulando sobre a presença e ausência do pesquisador, em como os documentos são interpretados, em como os procedimentos ou acordos que neles constam são concretizados e representam posicionamentos. Pude viver um pouco do que comumente se reclama do serviço público: a demora em dar respostas, a falta de retornos, pedidos ou acordos que ficam perdidos com o tempo, compromissos que ficam sem datas para serem cumpridos.

Com o passar do tempo, fui criando alternativas de contato com o Diretor para reforçar o interesse em desenvolver a pesquisa, seus objetivos e metodologia. Uma delas ocorreu em maio de 2012, quando realizei um retorno de minha compreensão sobre o teor e o desenvolvimento da entrevista realizada com o Diretor durante a fase inicial da pesquisa, algo demandado por ele próprio. Na ocasião, efetuei uma segunda entrevista para aprofundar questões que ficaram dúbias ou pouco exploradas em sua primeira fala e, ao final, retomei a expectativa na espera pela resposta da SESA e das preocupações quanto ao cumprimento de prazos hábeis para o desenvolvimento do doutorado.

Em outro momento, eu e o orientador elaboramos um documento técnico com notas dirigidas ao Diretor da RS e assinado pelo orientador da pesquisa, buscando esclarecer mais uma vez o teor da proposta e as possibilidades de avanços na RS com ela. Nesse mesmo dia, em meados de julho de 2012, em meio a um encontro de orientação, realizei outros contatos telefônicos com o Diretor da RS, alertando-o sobre o esgotamento do prazo e o possível encerramento da investigação. Depois de algumas horas, por meio de um telefonema, obtive a resposta de autorização da SESA para minha entrada na RS. Na mesma semana estive na RS para entregar o documento enviado pelo orientador e para negociar os procedimentos de ingresso no local. Na ocasião, o Diretor voltou a salientar a preocupação do setor de Recursos Humanos da SESA de que minha pesquisa não se configurasse em vínculo trabalhista e da obrigatoriedade de que o governo de estado obtivesse uma cópia de minha tese. Em ambas as questões, reafirmei a proposta de entrada e permanência na RS nas ocasiões que os trabalhadores permitissem, retornos constantes sobre o andamento da pesquisa e a entrega de documentos resultantes de seu desenvolvimento, incluindo a tese.

Todas essas dificuldades já nos foram alertando para uma questão que irá atravessar toda a investigação que é a relação entre oferta e demanda em qualquer intervenção institucional, como apontado por Barembliitt (1992). Íamos tendo mais clareza de que o fato de a pesquisa ser uma oferta e não uma demanda haveria de estar presente como problema tensionador durante todo o estudo.

1.4 Enfim a imersão no campo...

O retorno à RS ocorreu no início de agosto de 2012. Novamente estive em uma reunião de chefias de divisões e seções, na qual divulguei minha trajetória e rerepresentei o projeto de doutoramento, pois alguns participantes não os conheciam. Diante de perguntas sobre a aprovação do projeto pela SESA, o próprio Diretor afirmara sua autorização anunciada pelo Diretor de RH da SESA. Já no período da tarde, o Diretor me apresentou de forma rápida e sucinta para trabalhadores presentes em algumas seções, ocorrendo, assim, meus primeiros contatos na RS para além das chefias. Em uma das seções, fui convidada a participar de viagens e reuniões de comitês, o que foi desaconselhado pelo Diretor, pois seriam momentos de avaliações de processos dos quais não participei.

Posteriormente, ele deixou-me livre para percorrer a RS e ir me apresentando aos demais. Agendei, então, um primeiro contato formal com a trabalhadora do RH para o outro dia. E assim iniciei minha caminhada de imersão na RS, que, de algo bem tímido, distante e resabiado, em torno de 15 dias, passou a ser corriqueiro e intenso, com cumprimentos, perguntas e sugestões de onde, como e o que participar.

Guardadas pequenas diferenças, em todos os primeiros contatos individuais ou grupais com os trabalhadores, procurava expor as mesmas informações sobre minha história com a RS, as inquietudes e curiosidades em relação ao que seria trabalhar ali e como eles se percebiam e ao seu local de trabalho. Pontuava a escassez de estudos a esse respeito, em particular sobre o papel da regionalização e das RS no SUS e na saúde dos munícipes das regiões em que atuam. Sempre tinha em mãos o projeto impresso, deixando-o para quem se interessasse em conhecê-lo melhor, ou o enviava por e-mail para quem solicitava. Meu pedido inicial a eles era o da possibilidade de acompanhar o trabalho de cada um, naquilo que permitissem e me convidassem para fazer, nos momentos e ações consideradas apropriadas e com pleno acordo de todos. Aproveitava ainda para comunicar a intenção de entregar alguns questionários de mapeamento de características dos trabalhadores e realizar alguns encontros específicos com cada seção para conhecer as peculiaridades de trabalho. Durante cada contato, assumi o compromisso de comunicar o andamento da pesquisa e as informações nela produzidas para todos os que demonstrassem interesse, ou de fazê-lo em momentos coletivos sempre que solicitado ou necessário, buscando tornar o processo de pesquisa compartilhado e debatido por todos os envolvidos, sendo possível, inclusive, modificar os rumos previamente assumidos.

Nesse momento, a questão de como seria a restituição para as equipes já se impunha, tendo em vista a tensa relação entre oferta e demanda que problematizei anteriormente. Como mostrarei adiante, a restituição, em pleno processo da investigação, e não ao final do estudo como de praxe, acabou me conduzindo por caminhos não imaginados no desenho inicial da investigação, e sequer cogitados no momento da minha qualificação⁴.

⁴ A Qualificação do Projeto se deu em 20 de março de 2012 com a presença das docentes: Mary Jane Spink do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP); Ana Luiza d'Ávila Viana do Departamento de Medicina Preventiva da

Todo o processo de imersão no campo se deu mais intensamente de agosto de 2012 a setembro de 2013, sendo finalizado apenas em dezembro de 2013, totalizando um pouco mais de 500 horas de permanência na RS. Durante todo o período de espera e renegociação da pesquisa, na busca por entender e analisar as configurações da RS e o contexto de realização da pesquisa, foi possível ir repensando o projeto original e as estratégias de realização do campo inicialmente definidas. E, assim, fazendo as leituras de como estava se dando a entrada em campo, fomos propondo, meu orientador e eu, modificações na proposta inicial, contemplando, inclusive, dois instrumentos não previstos e a modificação de estratégias de acesso aos trabalhadores da RS e às Secretarias Municipais de Saúde em sua coletividade, como veremos adiante.

À medida em que eu convivía com os trabalhadores e participava do cotidiano, era convidada a algumas atividades específicas que frequentava conforme minha disponibilidade. E era nesse caminhar dos trabalhadores que íamos, em orientação, definindo com quem e em que momento utilizar as diferentes estratégias e instrumentos de pesquisa, que iam sendo testados de forma simultânea, sem clara divisão ou ordem entre si, definidos pela abertura e possibilidade de participação de cada trabalhador ou grupo de trabalhadores. Contudo, para facilitar a sistematização das informações, apresento, na sequência, a metodologia dessa fase operacionalizada em dois blocos de atividades: *observações e participação do cotidiano de trabalho*, na linha da observação participante (Lapassade, 2005); e o *manejo de narrativas*, um experimento conduzido no correr do estudo.

1.5 Primeiro bloco metodológico

1.5.1 A observação participante

Este bloco diz respeito ao acompanhamento da pesquisadora do cotidiano das atividades dos trabalhadores, para entender *in loco* o que e como realizam suas tarefas, os contatos que fazem com outras seções da RS ou com organizações externas a ela, o que estabelecem como tarefa e como o fazem, o que é rotineiro e o

Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP); e Laura Camargo Macruz Feuerwerker da Faculdade de Saúde Pública Universidade de São Paulo (USP). Na ocasião as convidadas contribuíram com pontuações, reflexões e sugestões sobre o projeto, aprofundando-se em duas delas: a de permanecer com a imersão etnográfica e a de reduzir a expectativa de realizar intervenção no campo.

que é episódico, e o que é uma “produção local”, mais autônoma, ou pautada por agendas da SES, do MS, dos municípios, outras entidades, etc. Foi nesse bloco de ações que se desenvolveu e se fez uso de questionários com os trabalhadores da RS e os Secretários Municipais de Saúde, possibilitando visualizar o panorama das características de cada grupo, bem com suas percepções sobre o trabalho que desenvolvem e a relação que percebem com a RS. As atividades referentes a este primeiro bloco foram:

- Participação no cotidiano – observação das tarefas de cada núcleo de trabalho, reuniões com chefias de divisões e seções, bate papos, cafés, chimarrão, lanches, orações, cafés da manhã realizados pelo RH, comemorações coletivas de aniversários, homenagens ao dia da mulher, almoços e jantares de final de ano e restituições de informações e resultados da pesquisa.

- Eventos – Conferência Municipal de Saúde; Reuniões da CIB (Comissão Intergestores Bipartite); reunião com secretários de saúde ingressantes no cargo; CEIOART: acidentes de trabalho em madeireiras; Ciclo Regional de Debates em Saúde do Trabalhador; Curso Básico em Saúde do Trabalhador; Vídeo conferência sobre acidentes de trabalho; Capacitação sobre HIV/AIDS; Palestras sobre “Outubro Rosa” em alusão à prevenção do câncer de mama; participação com a Vigilância Sanitária e Ambiental na capacitação do SISÁgua e VIGIÁGUA e em reunião informativa para Farmácias; Comemoração do Dia do Doador na Unidade de Coleta e Transfusão; e Reuniões do Comitê de Mortalidade Materna e Infantil. Atividades em parceria com uma Universidade: palestra sobre Saúde Bucal, Qualidade de vida na terceira idade, Saúde do trabalhador e aula no Mestrado de Desenvolvimento Comunitário sobre o funcionamento do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador.

- Questionário de levantamento de características dos trabalhadores da RS e suas condições de trabalho. Um dos intentos do estudo era conhecer com maior propriedade o perfil de trabalhadores de uma RS, suas percepções sobre o trabalho e o papel de uma RS na saúde dos munícipes da região em que atuam, bem como as condições de trabalho que possuem e como as avaliam. Nessa direção, além de minhas observações, optei em criar um instrumento específico que permitisse a

expressão individual dos trabalhadores e, ao mesmo tempo, a visibilidade de suas características pessoais e profissionais peculiares, como se pode perceber nos tópicos que o compuseram, expostos logo abaixo. O questionário era entregue para os trabalhadores individual ou coletivamente, em seu local de trabalho, explicando-se verbalmente seus objetivos e forma de preenchimento, além de informações que também constavam no cabeçalho do instrumento. Alguns o solicitavam por e-mail para seu preenchimento digital. Como seu preenchimento era sigiloso e não obrigatório, caixas e pastas foram dispostas em três ambientes da RS, para que os trabalhadores depositassem seus questionários no momento que desejassem. Todo esse processo durou cerca de dois meses, com a participação de 51 pessoas. O teor de suas respostas será apresentado e discutido no Capítulo 2, que se destina exclusivamente ao mapeamento das características dos trabalhadores e suas condições de trabalho.

Quadro 3: Tópicos do questionário de (re)conhecimento das características dos trabalhadores da Regional de Saúde estudada

Blocos de dados	Questionamentos
Caracterização pessoal	Sexo; idade; estado civil; escolaridade; renda aproximada; se é a fonte principal de renda de sua família e se possui dependentes; se é usuário do SUS e quais serviços utiliza atualmente.
Caracterização profissional	Seção ou divisão em que trabalha na RS; cargo atual; se já atuou em outros cargos na própria Regional e em quais; qual seu vínculo empregatício na RS; se está cedido por outro órgão e qual; há quanto tempo trabalha na Saúde, na Saúde Pública, na RS e no atual cargo; quais eram suas expectativas quanto ao seu trabalho quando ingressou na Regional.
Descrição das funções atuais	Principais funções que desempenha em seu cargo; para o que mais utiliza o computador, a internet e o telefone e média de horas por dia; de que outro tipo de tecnologia faz uso, qual, para o quê e média de horas por dia; de quantas capacitações participou no ano de 2012 e sobre quais temas/assuntos; e se participa de algum projeto e/ou programa de formação continuada, qual e em que período.
Autoavaliação	Como avalia seu conhecimento a respeito: das atividades realizadas na seção em que trabalha; do trabalho realizado pelas outras seções e/ou divisões; do trabalho realizado em toda a RS; como avalia seu comprometimento em relação ao seu trabalho atualmente; e espaço para livre expressão.

Fonte: Questionário com os secretários municipais de saúde participantes da pesquisa

- Pesquisa de opinião com os Secretários Municipais de Saúde gestão 2008-2012 e com os que ingressariam na gestão em 2013-2016. Foram elaborados dois questionários para a caracterização dos Secretários Municipais de Saúde dos municípios da região de abrangência da RS estudada, que estavam encerrando sua

gestão em 2012 e os que iniciaram em 2013. Objetivei retratar opiniões sobre sua gestão e o trabalho que desenvolveram com a RS, junto aos que estavam terminando seus mandatos; e, com os iniciantes, procurava-se levantar o que esperavam de sua gestão e do trabalho a ser desenvolvido com a RS, conforme se pode apreender dos tópicos dispostos no Quadro 4. A opção por esse tipo de instrumento se deu em detrimento da proposta inicial de realizar grupos focais com os Secretários Municipais de Saúde e os técnicos de carreira das Secretarias de Saúde dos municípios da região referente à RS estudada, pela demora no acesso direto ao campo, pois, na avaliação do Diretor da RS, pelo fato de o contato ter se dado muito próximo ao período de eleições municipais, haveria grandes dificuldades em reuni-los exclusivamente para o momento, devido às tarefas corriqueiras somadas às de campanha. De outro lado, a aplicação dos questionários veio ao encontro de uma demanda do Diretor da RS que desejava uma pesquisa de opinião com os Secretários Municipais de Saúde ingressantes no cargo em 2013, a fim de conhecer suas visões e expectativas sobre o trabalho da RS.

Quadro 4: Tópicos dos questionários realizados com os Secretários Municipais de Saúde

Participantes	Blocos dados	Questionamentos
Todos	Características pessoais	Sexo; idade; estado civil; escolaridade; renda aproximada; se é a fonte principal de renda de sua família; e se possui dependentes.
	Relativos ao cargo	Município; vínculo empregatício com a SMS; tempo de trabalho na saúde, na saúde pública, na SMS, no atual cargo de secretário; se já atuou em outros cargos na própria SMS e quais; e se já teve experiência como Secretário Municipal de Saúde.
SMS 2008 a 2012	Avaliativos e de expectativas	O que considera que tenha sido mais gratificante e mais difícil em ter sido Secretário de Saúde; espaço para livre expressão.
SMS 2012 a 2016		Expectativas quanto: ao período em que será o gestor da SMS; a relação da Secretaria de Saúde de seu município com a RS nos próximos anos de sua gestão; espaço para livre expressão.

Fonte: Questionário com os secretários municipais de saúde participantes da pesquisa

A apresentação de minha pesquisa e da solicitação da participação desses trabalhadores ocorreu nas dependências da RS em uma CIB com os secretários que estavam encerrando seu mandato e em uma reunião com os novos secretários, ambas ocorridas em dezembro de 2012. Nas ocasiões, garantia a análise e apresentação de todas as repostas em conjunto, salvaguardando o sigilo individual dos respondentes e sanava dúvidas sobre minha estada na RS e sobre os

questionários em si. A maioria dos preenchimentos dos instrumentos se deu logo após sua entrega, mas também foi necessário fazer nova apresentação aos secretários em exercício devido a faltas na primeira apresentação, ou enviar o instrumento pelo e-mail das secretarias a pedido de dois deles, para lembrá-los da necessidade de resposta, e ainda para divulgar para aqueles com os quais não pude estar pessoalmente. Foram devolvidos sete questionários.

Dos secretários de saúde que encerrariam sua gestão, apenas dois homens dos municípios A e B se disponibilizaram a preenchê-lo. Eles possuem idades de 42 e 50 anos, sendo um casado e outro separado. Como se visualiza no quadro abaixo, os dois respondentes são concursados, não possuem formação na área, mas atuam por pelo menos 20 anos no setor da saúde, sendo que um deles foi gestor na área anteriormente.

Quadro 5: Características dos Secretários Municipais de Saúde em fim de mandato

Características	Gestores participantes	
	Município A	Município B
Vínculo	Concursado	Concursado
Formação	Ens. Sup. Completo fora da área saúde	Ens. Médio Inc.
Tempo na saúde	22,6	20
Tempo no SUS	22,6	20
Tempo na SMS	22,6	20
Tempo no cargo	0,2	02
Outros cargos na SMS	Chefe departamento de saúde	Motorista
Outras experiências como gestor	Secretário de saúde	Gestor em entidades da Assistência e da Educação

Fonte: Questionário com os secretários municipais de saúde participantes da pesquisa

Ao se considerar os Secretários Municipais que iriam iniciar o mandato em 2013, cinco mulheres e um homem responderam ao questionário, todos casados e com média de idade de 45,67 anos. A média de tempo que trabalham na área da saúde e no SUS é de 17 anos, variando de 04 a 30 anos. A média diminui um pouco quanto ao tempo de trabalho na SMS, que ficou em 15,83 anos, período em que os respondentes ocuparam cargos variados, sendo que quatro deles já ocuparam o cargo de secretários municipais de saúde anteriormente, como se pode conferir abaixo.

Quadro 6: Características dos Secretários Municipais de Saúde ingressantes no cargo

Características	Gestores participantes					
	Município B	Município C	Município D	Município E	Município F	Município G
Vínculo	Cedido SESA	Concurs.*	Concurs.*	Concurs.*	Comis.**	Concurs.*
Formação	Ens. Méd. Inc	Ens. Sup fora área	Ens. Sup fora área	Ens. Sup fora área	Ens. Sup fora área	Ens. Sup na área
Tempo na saúde	30	05	21	26	04	16
Tempo no SUS	30	05	21	26	04	16
Tempo na SMS	30	05	21	26	04	09
Outros cargos na SMS	Todos os setores	Auxiliar adm.	Assistent e adm.	Epidemio. pré-natal e hiperdia	Não	Enferm. ESF***
Outras experiências como gestor	Secretário de saúde	Secretário de saúde	Não	Sem resposta	Secretário de saúde	Secretário de saúde

Fonte: Questionário com os secretários municipais de saúde participantes da pesquisa

OBS: *Concursado; **Comissionado, ***Enfermeiro da Estratégia de Saúde da Família.

Todas as estratégias de pesquisa apontadas tiveram sua contribuição para o entendimento em profundidade de como funciona a RS, compondo uma complexa metodologia do processo de produção de informações da investigação, que permitiu uma imersão etnográfica na organização, de forma a viver com os trabalhadores o seu cotidiano. Porém, foi com o *manejo das narrativas*, do qual trataremos a seguir, que o estudo foi assumindo contornos mais cartográficos, radicalizando meu envolvimento na pesquisa, na medida em que, ao aprofundar as possibilidades de participação do cotidiano dos trabalhadores e de promover condições para que todos se expressassem em diferentes momentos e formatos, foi possível, junto desses mesmos trabalhadores, acessar, mapear e diagramar as relações que estabelecem entre si, com o meio externo, com o usuário e comigo, no desenrolar da pesquisa.

Segundo Ferigato e Carvalho (2011, p.672), a pesquisa qualitativa pode ser denominada de cartográfica quando se propõe “(...) a acompanhar processos de forma interventiva, quando essa intervenção produz um mundo de enunciados e visibilidades até então não exploradas.” Para Barros e Kastrup (2009), cartografar é justamente “acompanhar processos” e isso passa, de acordo com Kastrup e Passos (2013) e Passos e Kastrup (2013), pela condição de se criar espaços e meios na pesquisa que propiciem não apenas a participação, mas o protagonismo dos

participantes, possibilitando que o maior número de envolvidos na situação estudada possa ter garantida a sua condição de expressão e avaliação do que vai sendo produzido, de forma que são lançados diferentes olhares ao processo e seus resultados, tal como se procurou praticar em nossa pesquisa.

1.6 Segundo bloco metodológico

1.6.1 Das estratégias ao conceito – o manejo de narrativas⁵

O segundo bloco de atividades descreve e problematiza o uso de estratégias pensadas e geridas conforme me inseria no campo e que compuseram um experimento denominado de “manejo de narrativas”, entendido como o processo de *produção, circulação, apropriação e modificações*, pelos sujeitos da pesquisa, das narrativas que o pesquisador vai produzindo sob seu ponto de vista, a partir das narrativas dos atores institucionais e do material empírico que foi sendo produzido no desenrolar do campo. As narrativas foram postas “à prova” ao serem compartilhadas imediatamente após a sua produção e não como “devolutivas” *a posteriori*.

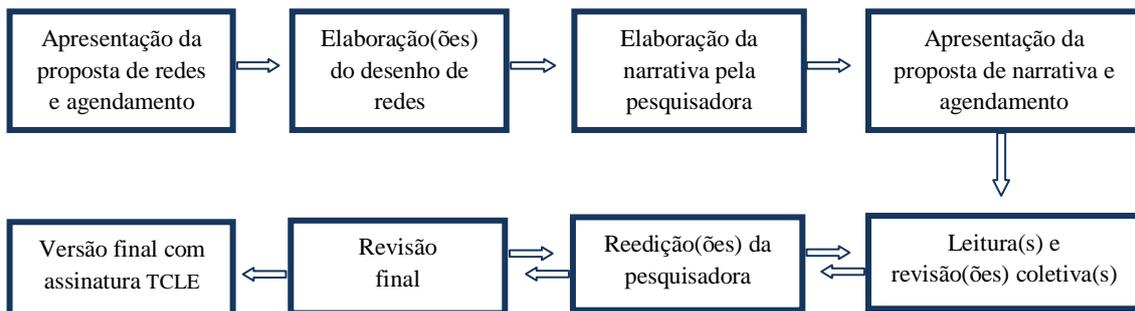
Tal manejo “em ato”, no processo mesmo da investigação, e implicando sempre forte interlocução com os sujeitos da pesquisa, vai desvelando a visão do pesquisador que não se furta de se posicionar diante do que vai produzindo nas suas observações do campo. Essa produção da *visibilidade do pesquisador*, forçado a “sair da sombra” e negociar as narrativas em sua “materialidade escrita”, implica em sua permanente análise de implicação, isso é, o reconhecimento do seu “lugar no campo”, do seu posicionamento no campo de forças do lugar que ele “estuda”, como propõe Lourau (1993, 1995, 2004).

A figura abaixo mostra o fluxo de procedimentos do manejo de narrativas, desenvolvido em três etapas, entre agosto de 2012 a dezembro de 2013, de forma concomitante em diferentes divisões e seções da RS. Esse experimento acabou por substituir o que havia proposto no projeto original no formato de grupos focais com os trabalhadores da RS e entrevistas com informantes-chave, pelo entendimento de que seria possível potencializar a polifonia de vozes que este tipo de estudo é capaz

⁵ Parte do material aqui apresentado compôs o artigo O “manejo de narrativas” em pesquisas qualitativas: estudo em um órgão regional de saúde. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant., Recife, 14(4): 363-369 out./dez., 2014.

de produzir (Krastrup, Passos, 2013). O instrumento possibilitou, ainda, o reconhecimento radical da importância dos atores institucionais como sujeitos de conhecimento, eles próprios produtores de narrativas, de modo que ao pesquisador não caberia outra pretensão do que produzir “narrativas de narrativas”, como apontam os autores da chamada Sociologia Reflexiva (Melucci, 2005).

Figura 2: Fluxo de procedimentos do manejo de narrativas



Com sentido parecido ao que se apresenta nesta pesquisa, o “manejo de narrativas” em estudos qualitativos na área de Saúde Mental tem sido utilizado com usuários portadores de sofrimento psíquico grave, seus familiares, trabalhadores e gestores de serviços de saúde, que, juntos, reconhecem e validam a narrativa elaborada pelos pesquisadores (Onocko-Campos, Furtado, 2008; Onocko-Campos et al, 2009; Onocko-Campos, 2011; Onocko-Campos, Baccari, 2011; Onocko-Campos et al, 2012; Onocko-Campos et al, 2013), ocorrendo, segundo Campos (2011) um “compartilhamento social da experiência” vivida sob a perspectiva de cada um dos participantes.

1.6.1.1 1ª etapa: esquematização de redes de relações e conversações

Depois dos primeiros contatos com os trabalhadores em seu local de trabalho para minha apresentação, quando informava que estaria aberta a convites para acompanhar o cotidiano de trabalho ou atividades específicas que considerassem interessantes, eu e o orientador lançamos mão de um dispositivo que, operacionalizado, revelou-se instrumento potente de aproximação da micropolítica da equipe: a construção das suas “redes de relações e conversações”, no mesmo sentido do trabalhado por Fernando Flores (1986, 1989). Adaptando a ideia do autor que pensa, de modo inovador, a organização como fenômeno linguístico -

verdadeiras redes de petições e compromissos de mão dupla entre os pares-, partimos para a construção das “redes de relações e conversações” das várias equipes. Apostamos que tais redes desenhadas pelos trabalhadores, com o apoio da pesquisadora, permitiriam uma maior aproximação dos objetivos da pesquisa, qual sejam, caracterizar o grau de interação dos trabalhadores de cada equipe entre si, caracterizar a interação das equipes com seus usuários, com outras equipes e com instâncias externas à RS.

A atividade de construção das “redes de relações e conversações”, que foi se revelando uma estratégia central da pesquisa, apesar de não pensada no projeto inicial, ocorreu seguindo o cotidiano dos vários “núcleos de trabalho” da RS, ou seja, dos grupos que efetivamente possuem tarefas em comum (ou que se articulam entre si) e compartilham agendas, salas e atribuições de trabalho. Dessa forma, respeitou-se a organização “real” dos grupos, e não necessariamente a estrutura formal da RS.

Com pequenas diferenças entre os encontros, pedia para que os trabalhadores elaborassem, em conjunto, um desenho que representasse a rede de relações e conversações internas e externas à RS que constroem para fazer seu trabalho acontecer. Também solicitava que registrassem se possuíam relações diretas com os usuários do SUS, caracterizando-as.

Para a realização gráfica da rede de relações, eu ofertava papéis em vários tamanhos e espessuras, canetas coloridas e esferográficas, canetões, lápis, borracha e régua, usados de acordo com as decisões dos trabalhadores. Eles produziam os desenhos de forma livre e criativa, nos quais faziam a representação gráfica (utilizando-se de símbolos como círculos, retângulos, setas de várias espessuras e formatos, entre outros) da rede de relações que produzem, explicitando ainda os modos, a intensidade e a frequência com que se davam os contatos (por exemplo desenhando setas mais largas para caracterizar maior intensidade e/ou frequência no relacionamento). Ao longo da atividade eu os questionava sobre alguma dúvida relativa a seu desenho ou ao relato dele, ou ainda sobre a necessidade de determinado contato ou relação, bem como sobre a existência ou não de outros tipos de contatos internos, externos ou com o usuário. Ao final da atividade agradecia a oportunidade e explicitava que havíamos conseguido alcançar os objetivos de, na interação, nos conhecermos melhor, de eu conhecer mais a fundo como pensam e realizam seu trabalho, e de aquele ter se

Figura 4: Exemplo de desenho das redes de relações e conversações do núcleo de trabalho I

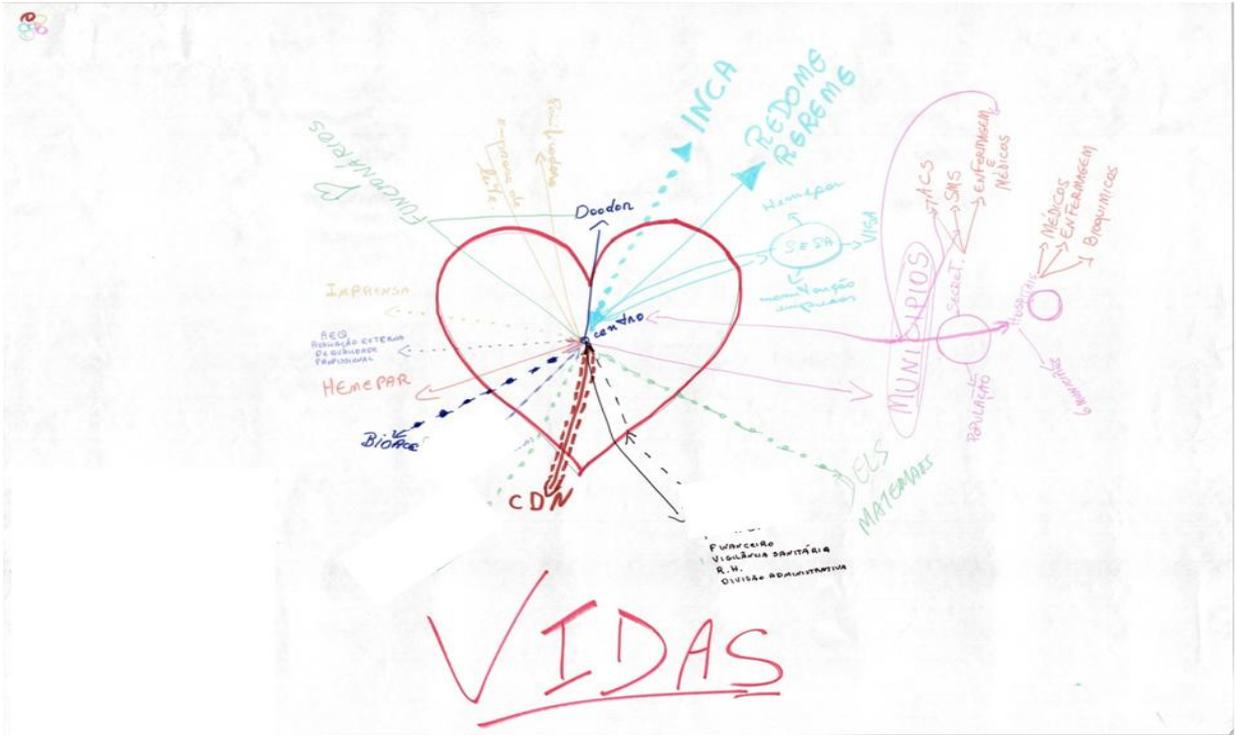
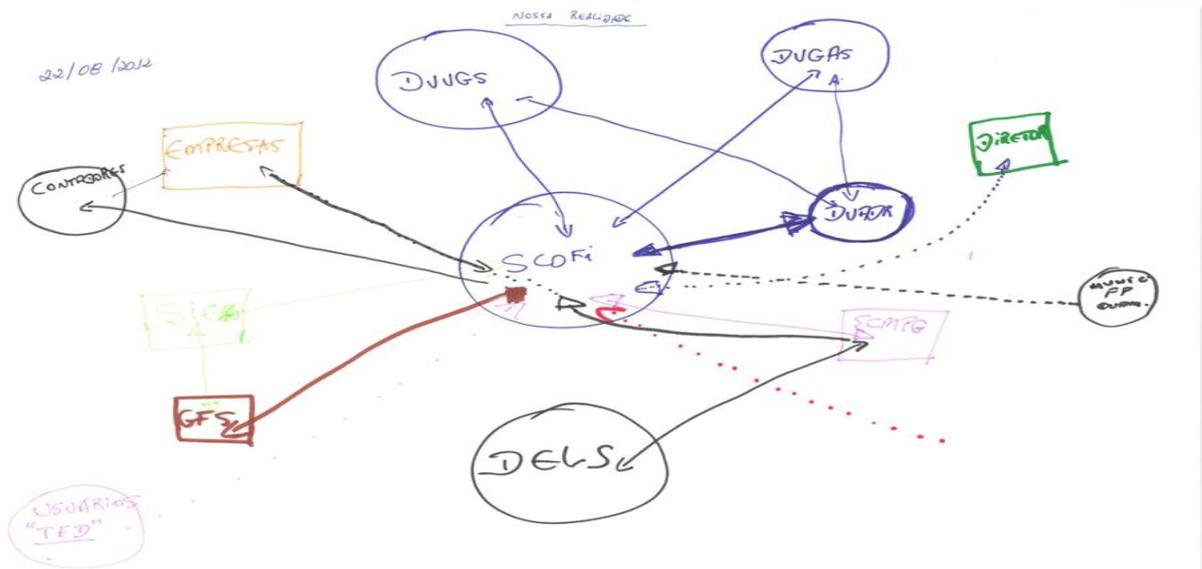


Figura 5: Exemplo de desenho das redes de relações e conversações do núcleo de trabalho Q



A utilização da estratégia das redes de relações e conversações permitiu facilitar a “entrada” nas equipes e seu cotidiano, criar vínculo entre a pesquisadora e os trabalhadores e acessar por meio de suas falas e dos registros nelas realizados como pensam, avaliam, realizam e materializam a operacionalização de suas tarefas, como se remetem ao usuário, aos solicitantes e aos destinatários de seu trabalho (seus fornecedores e clientes, para utilizar uma linguagem empresarial), às regras formais e informais, compromissos, e a todo o tipo de relacionamento que mantêm interna e externamente à RS. Também foi possível observar como se dão as relações e a comunicação entre eles, o que se pode ou não dizer, aquilo que é ou não consentido, o quanto permitem-se a discordância ou não, como se relacionam e representam as relações de poder formal e informal da RS, etc., ou seja, o mundo micropolítico do trabalho.

Em 35 encontros foram produzidos 32 desenhos, entre agosto a dezembro de 2012. Participaram 82 trabalhadores de três divisões, nove seções, três estruturas administrativas ligadas diretamente à Direção da RS, trabalhadores terceirizados de serviços gerais e vigilância, estagiários e o Diretor da RS. Os desenhos foram elaborados em um ou dois encontros, realizados nos locais de trabalho de cada um, ou no auditório da RS, em horário de expediente, por uma pessoa ou grupos que variaram de duas até 12 pessoas, sendo registrados em papéis de cor branca de diferentes tamanhos, com o auxílio de lápis e canetas de cores e espessuras variadas. Conduzi e observei as atividades, utilizando um diário de campo para registrar os acontecimentos, falas e impressões logo após o término dos encontros.

Com a realização das primeiras atividades de redes, adentrei rápida e profundamente no universo peculiar a cada uma das equipes e visualizei a multiplicidade e complexidade de seu trabalho e dos contatos e relações que possui. Cada uma das equipes o representou singularmente e aí residiu o primeiro desafio: como sistematizar e publicizar suas produções registradas em desenho? Como expressar o que eu havia observado e vivido daqueles encontros com eles e, ainda, como restituir as informações ali produzidas, a fim de que pudessem ser revistas e “assumidas” por esses trabalhadores, a ponto de a reescreverem de forma a se apropriarem dela e a tornarem expressão do que desejariam expor publicamente?

Após algumas tentativas de sistematização e, imbuída pelo que vinha sendo desenvolvido no grupo de pesquisa da UNIFESP, elaborei narrativas de cada encontro. Entretanto, devido ao volume do que foi produzido, optei por elaborar as

narrativas apenas dos núcleos de trabalho das sessões e/ou divisões envolvidas de forma mais direta à assistência (Divisões de Vigilância e Atenção e Gestão em saúde; Farmácia, Ações Estratégicas, Atenção Primária, Regulação, Ouvidoria Regional; Vigilâncias Sanitária, Ambiental e Epidemiológica, Centro de Referência em Saúde do Trabalhador e Unidade de Coleta e Transfusão), em detrimento da área administrativa de atividades mais internas e burocráticas. Foi uma opção orientada pelo objetivo inicial da pesquisa que era, justamente, tentar compreender o quanto trabalhadores de uma RS se veem ou não como “trabalhadores de saúde”, por ser a regional um órgão tipicamente intermediário ou de atividades-meio, nem sempre prestadora de cuidado direto às pessoas.

1.6.1.2 2ª etapa: elaboração das narrativas

Foram elaboradas 11 narrativas referentes às equipes de seis seções, duas divisões e três outras estruturas vinculadas hierarquicamente à diretoria da RS, totalizando 78 páginas de texto. A pesquisadora demorava em média três dias para elaborar cada uma delas, sempre revistas pelo orientador da pesquisa. Nelas, articulavam-se os registros feitos nos desenhos das redes de relações e conversações, as falas dos trabalhadores no processo de elaboração das redes e os elementos obtidos via observação participante, tais como o clima e a interação dos trabalhadores. O foco da narrativa era, portanto, aquela atividade e o que nela fora vivido, discutido e observado.

Após várias tentativas de organização da primeira narrativa, ela foi desenvolvida com um núcleo de trabalho, o que permitiu fazer um piloto de qual seria o forma mais adequada para essa atividade, chegando-se ao formato utilizado até o final do manejo de narrativas. Propositamente pensada para favorecer a compreensão do esquema e aprofundar os sentidos dados a ele, a narrativa foi organizada em uma sequência de tópicos mais contextuais e descritivos, combinados com outros mais comparativos e interpretativos, que permitiam uma melhor explicitação das posições da pesquisadora, representando maior interferência ou posicionamento da pesquisadora perante o campo. São eles: a) O contexto da atividade; b) As redes de relação e conversação: internas e externas e com o usuário; c) A percepção do grupo em relação ao cotidiano de trabalho: principais dificuldades e o que mais valorizam e enfatizam; d) Comentários dos pesquisadores em relação ao que foi observado. Nos três primeiros itens da

narrativa, a pesquisadora mantinha uma posição mais descritiva, de “reprodução”, digamos assim, das informações e opiniões expressas pela equipe durante a feitura do desenho de redes, enquanto que, no último item, apresentava suas percepções e opiniões sobre a atividade.

Durante as leituras, percebi que tal organização permitiu de fato uma aproximação sucessiva à seção, apresentando-a em diferentes níveis, ao mesmo tempo em que, em algumas delas, observava-se aumento de desconforto e discordância do grupo ou parte dele em relação ao texto escrito pela pesquisadora, havendo maior número de interferências e pedidos de mudança. Como veremos na etapa seguinte, minha escrita das narrativas foi sendo modulada pelos efeitos que produzia nas equipes e em sua relação comigo, sendo possível afirmar que o próprio manejo das narrativas promoveu diferenças em como elas eram apresentadas para os trabalhadores, notadamente a partir das duas primeiras.

1.6.1.3 3ª etapa: revisão e apropriação das narrativas pelos trabalhadores

De toda a pesquisa, esta foi a fase mais complexa, demorada e trabalhosa das três, realizada entre novembro de 2012 a dezembro de 2013, período em que ocorreu com maior intensidade o manejo das narrativas como ferramenta analisadora, como mostrarei adiante. Questionei cada núcleo de trabalho sobre sua disposição em efetivar a estratégia de revisão e apropriação das narrativas escritas por mim, e somente quando aceitavam a proposta é que agendávamos data e local de conveniência para realizá-la, sempre em horário de trabalho e nas dependências da RS. As justificativas mais explicitadas pelos trabalhadores para atenderem ao pedido de revisão da narrativa eram as de conferir se o que fora escrito estava fidedigno ao que fora dito na primeira atividade e saber o que eu pensava sobre o grupo, como os analisei e avaliei. Como mostrarei adiante, esse foi um dos pontos mais tensos no manejo das narrativas.

No dia agendado, os trabalhadores eram lembrados de sua liberdade em participar ou não daquele momento, mesmo que estivessem presentes quando da realização da atividade de redes. Informava a todos que havia escrito uma narrativa a partir do meu olhar, observações e análises sobre tudo o que aconteceu no momento do desenho das redes de conversações e na minha convivência com eles. Contudo, a proposta que eu fazia naquele momento era a de que intervissem livremente no texto, modificando-o até que ele representasse do melhor modo

possível aquilo que de fato pensam sobre o que ocorrera na atividade, sobre si e seu trabalho. De um modo geral, as narrativas eram projetadas em telas de computador ou de projeção de *datashow*, e lidas em voz alta pelos presentes, parágrafo a parágrafo, debatidos e reformulados em seguida, diante dos pedidos dos trabalhadores. Ao término do encontro, eu revia e reeditava as narrativas com as modificações solicitadas, registrando cada mudança e suas justificativas com o auxílio das ferramentas de revisão do *Microsoft Office Word* tais como inserções, inclusões, realces e comentários.

Tais procedimentos ocorreram quantas vezes foram necessárias para que os participantes reconhecessem a narrativa como algo que correspondia ao que disseram quando da elaboração do desenho das “redes de relações e conversações”, ou mesmo de complementações ou adições feitas durante os encontros de leitura das narrativas. Além dos encontros presenciais, foram distribuídas cópias impressas ou por e-mail para cada conjunto de participantes para novas revisões, até que se chegasse a uma versão final aceita por todos. Em algumas equipes, as narrativas foram revistas presencial e coletivamente em mais de um encontro, de acordo com sua disponibilidade e a quantidade de debates, discordâncias e modificações que geravam, em encontros que duravam em média duas horas e quarenta minutos. Nesse sentido, as intervenções de leitura e modificações verbais e textuais variaram em cada equipe, desde a participação mais assídua e enfática de uma pessoa ou subgrupo, até a colaboração de todos igualmente, demonstrando distintas formas de negociar e efetivar as mudanças no texto. A grande parte das reformulações era efetuada pelos trabalhadores no momento da leitura presencial da narrativa, mas houve situações que o fizeram depois ou me pediram que apresentasse uma proposta de trechos da narrativa, de acordo com suas solicitações, ou da necessidade de sua reedição para manter a coesão e coerência textual, como nos exemplos: “*ah, veja o que fica melhor aí*”, “*troque só essa palavra por outra diferente*”, “*escreva lá como você falou há pouco*” ou “*coloque uma palavra no sentido que falamos agora*”.

Entre o convite e a realização da primeira revisão coletiva presencial, em muitos casos, passavam-se dias ou semanas, sendo frequentes os reagendamentos dos encontros. Os 55 participantes tiveram a possibilidade de revisar e modificar as narrativas presencialmente, em média, em mais de três oportunidades, mas também por e-mail ou por material impresso, processo que levou cerca de 90 dias para ser

concluído em cada uma das equipes de trabalhadores. O quadro abaixo fornece um panorama do tempo gasto para a revisão das narrativas.

Quadro 7: Dados gerais do processo de desenvolvimento da revisão das narrativas.

Procedimentos	Mínimo	Máximo	Total	Média
Número de participantes	01	13	55	05
Número de cancelamentos da 1ª revisão	00	04	27	2,5
Revisões coletivas presenciais	01	05	20	1,8
Duração das revisões presenciais em horas	00:30	05:10	29:30	02:40
Revisões não presenciais	01	03	22	02
Revisões presenciais e não presenciais	02	07	42	3,8
Duração do processo em dias	14	220	997	90,64

Fonte: Anotações do diário de campo da pesquisadora

Quanto ao formato da narrativa, percebi, em meio às leituras, que a organização nos tópicos citados permitiu uma aproximação sucessiva à seção, apresentando-a em diferentes níveis, ao mesmo tempo em que deflagrou o aumento de desconforto e discordância do grupo ou parte dele sobre o conteúdo ou a organização textual da pesquisadora, havendo maior número de interferências e pedidos de mudança.

Diante de lembranças, respostas e ponderações de minha parte ao pontuar sob quais registros, aspectos, falas ou acontecimentos haviam pautado o texto, os trabalhadores nem sempre concordavam com o que havia sido escrito ou o modo como o fora e, assim, colocavam seus posicionamentos, discutiam comigo e entre si, chegando até mesmo a “responsabilizar” certos colegas pelo que fora dito e retratado por mim, reconhecendo a si e aos outros em palavras e frases expostas em meio à narração.

Para concluir o relato dessa fase crucial da pesquisa, é preciso reconhecer a minha intensa mobilização emocional nessa etapa, e o quanto os questionamentos, às vezes duros, sobre a “veracidade” ou “correção” de seus comentários me afetavam profundamente, de modo que em nenhum momento me vi apartada ou externa às movimentações que iam sendo produzidas no campo.

Considerando-se as revisões efetuadas pelos participantes e os argumentos utilizados para tanto, cheguei a uma tipologia tríplice de interdições que levaram a reformulações das narrativas inicialmente escritas por mim, ligadas a aspectos do trabalho dos participantes, às relações institucionais e à produção de dados na relação com a pesquisadora. São elas:

1) **Ausência, imprecisão ou equívoco de informações:** as reformulações desse item tratam de componentes técnicos ligados ao trabalho na RS, seus conteúdos, peculiaridades e regras que não foram suficientemente contempladas nas narrativas, devido a:

- não terem sido registradas, citadas ou explicadas pelos trabalhadores no momento da atividade de redes, ou o forem de forma parcial, simplificada, com erros gráficos ou nominais;
- falha de compreensão da pesquisadora sobre o que fora dito ou desenhado, contendo imprecisões, simplificações ou equívocos em suas descrições;
- divergência entre os participantes de como o trabalho é ou deveria ser desenvolvido em sua equipe, por algum colega ou mesmo em relação a um cargo ou função específica;
- mudanças de funções e/ou atribuições no período entre a esquematização das redes e a revisão das narrativas.

O quadro abaixo explicita algumas dessas reformulações em exemplos de versão inicial e final de cada uma delas, sob a visão de trabalhadores de diferentes seções. Ressalto aqui o cuidado na escolha de trechos que pudessem ser publicizados na tese, sem que houvesse a exposição de informações que identifiquem diretamente os trabalhadores e as seções e divisões em que trabalham, haja vista a confidencialidade por mim assumida durante todo o processo do manejo das narrativas.

Quadro 8: Trechos de narrativas em suas versões iniciais e finais das interdições de tipo 1.

Núcleo de trabalho F	
Versão inicial	Versão Final
Esporadicamente o grupo recebe e atende as solicitações da Ouvidoria que repassa pedidos de usuários ou leva demandas para serem resolvidas, cobrando respostas para prestarem contas aos solicitantes;	Cotidianamente a Seção Tal recebe e atende as solicitações da “ <i>Ouvidoria</i> ” Regional e Estadual, que repassa processos de solicitações de usuários com demandas a serem resolvidas, solicitando esclarecimentos e posicionamento da RS quanto ao cumprimento da Política Nacional de Saúde.
Núcleo de trabalho B	
Versão inicial	Versão Final
A seção teria os objetivos de orientar, estimular e monitorar as ações de atenção primária à saúde pelas SMS, assim como desenvolver eventos (...).	A seção tem os objetivos de orientar, assessorar e monitorar as ações de atenção primária à saúde realizadas pelas SMS, assim como desenvolver eventos (...).

Núcleo de trabalho C	
Versão inicial	Versão Final
(...) sendo bastante esporádicas solicitações advindas da seção, que funciona de forma bastante autônoma, não possuindo contato nem com as outras três seções.	As solicitações advindas da seção são bastante esporádicas, pois funciona de forma bastante autônoma, não possuindo contato frequente com as outras três seções, algo que ocorre apenas em situações que se fazem necessárias, como no caso de processos de trabalho que compartilhem ações das diferentes seções.
Núcleo de trabalho E	
Versão inicial	Versão Final
Na esfera da Secretaria de Saúde do Estado, o DAF (Departamento de Assistência Farmacêutica) e o Cemepar (Centro de Medicamentos do Paraná) são os setores a que mais recorrem seja para dúvidas técnicas ou para pedido e monitoramento dos medicamentos,	Na esfera da Secretaria de Saúde do Estado, tem-se contato com o DAF (Departamento de Assistência Farmacêutica) quanto a questões administrativas de financiamento da Assistência Farmacêutica, o Cemepar (Centro de Medicamentos do Paraná) para o qual recorrem seja para dúvidas técnicas ou para pedido de programação e monitoramento dos medicamentos e envio de relatórios a respeito da logística de medicamentos; e ainda, a Coordenação de Imunização da SESA, a respeito dos imunobiológicos.

Fonte: Narrativas dos núcleos de trabalho elaboradas durante a pesquisa

2) Supressões ou mudanças ligadas aos segredos nas relações institucionais:

nesse tipo de modificações houve interdições quanto a comentários, informações e dados explicitados no momento da elaboração dos desenhos das “redes de relações e conversações”, solicitando-se a retirada de palavras, expressões, nomes ou parágrafos inteiros, tendo em vista que, de alguma forma, na percepção dos trabalhadores, poderiam ter as seguintes consequências:

- comprometer os participantes ou a equipe perante algum colega, chefias, outras equipes da RS, da SES PR ou dos municípios de abrangência;
- expressar algo que tenha ficado “pesado”, por “pegar mal”, ficar “de mal tom falar”, sendo politicamente incorreto;
- demonstrar divergências de opinião entre participantes da mesma equipe.

Em vários momentos das revisões, pairavam questões não ditas ou imediatamente visíveis à pesquisadora, expressas em gestos, olhares, brincadeiras e argumentos compartilhados entre os participantes, que ilustravam as relações institucionais vividas. Contudo, assim mesmo os participantes reconheciam que a pesquisadora havia compreendido grande parte do que expressaram, mesmo que não devesse registrar integralmente tais manifestações. Podia-se falar, brincar,

ironizar, discutir e criticar, desde que essa parte não fosse registrada e pudesse vir a causar mal estares e retaliações. O quadro de número 9 apresenta exemplos dos tipos de interdições das narrativas relativos a esse item, demonstrando a preocupação dos trabalhadores quanto aos segredos institucionais que precisavam ser preservados.

Quadro 9: Trechos de narrativas em suas versões iniciais e finais das interdições de tipo 2.

Núcleo de trabalho B	
Versão inicial	Versão Final
Afirmam ainda que seu trabalho cotidiano está sendo afetada pela desorganização presente em nível estadual, quando se trata da Superintendência da Atenção à Saúde.	Referem ainda, que seu trabalho cotidiano poderia ser melhorado diante de maior comprometimento de alguns setores do nível estadual.
Núcleo de trabalho E	
Versão inicial	Versão Final
Atribui-se esta questão à diminuição de autonomia das RS (e a deles em específico), proporcional a influência política na escolha de cargos de gestão, configurando um contexto distinto de 10 anos atrás, e lembrado por quatro dos trabalhadores mais antigos, de que as necessidades regionais e questões técnicas prevaleciam ao jogo partidário, garantindo a qualidade e coerência de suas ações.	Atribui-se esta questão a um movimento em todo o setor da Saúde no Brasil, vivido também na região da RS, de diminuição de autonomia dos órgãos de saúde, em detrimento do aumento da influência política na escolha de cargos de gestão, configurando um contexto distinto de 10 anos atrás, e lembrado por quatro dos trabalhadores mais antigos, de que as necessidades regionais e questões técnicas prevaleciam ao jogo partidário, garantindo a qualidade e coerência de suas ações.
Núcleo de trabalho A	
Versão inicial	Versão Final
Ainda internamente, percebem que não se sabe ao certo o que as outras seções e divisões realizam na regional, tampouco se trabalha de forma integrada e com cooperação.	Ainda internamente, percebem que se sabe de uma forma muito superficial o que as outras seções fazem, sem acesso aos resultados das ações efetuadas por elas, tampouco se trabalha de forma integrada e com cooperação.
Núcleo de trabalho G	
Versão inicial	Versão Final
E ainda, tem-se uma relação distante e indireta com o usuário.	E ainda, tem-se uma relação esporádica com o usuário.
Núcleo de trabalho D	
Versão inicial	Versão Final
Depois, esse mesmo trabalhador desenhou uma seta no canto esquerdo inferior da folha, apontada para o meio, que representa a seção na qual “eles [os gestores e os políticos] estão atrás e atiram a flecha. Somos as flechas para afetar, machucar”. Nesse sentido, disseram que são tratados como “objetos” “usados” para “afetar”, mas garantem que muitas vezes eles também “lançam flechas” que afetam pessoas e, por isso, também atiram e não apenas são usados como objetos. Contudo, conforme o debate foi acontecendo, lembraram de “outras flechas” que também são dirigidas a eles, em que são acertados, atingidos, como nos casos em que suas ações são embargadas por	Depois, esse mesmo trabalhador desenhou uma seta no canto esquerdo inferior da folha, apontada para o meio. Ela representa a seção e é utilizada como um instrumento comparado a uma flecha, que os gestores e os políticos utilizam e “atiram”. Tal ato pode criar dois rumos nas ações de trabalho: um quando os trabalhadores são “usados” para cumprir suas funções no rigor da Lei; e outro em que “outras flechas” são dirigidas a eles, com as quais são acertados, atingidos, como nos casos em que suas ações são dificultadas e/ou embargadas por poderes político-regionais, em momentos em que sofrem ameaças ou seu trabalho é subjugado ou questionado.

poderes político-regionais, em momentos em que sofrem ameaças ou seu trabalho é subjugado ou questionado.	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Fonte: Narrativas dos núcleos de trabalho elaboradas durante a pesquisa

3) Questionamentos quanto a posicionamentos da pesquisadora sobre as

atividades: neste item, as interdições disseram respeito a trechos em que a pesquisadora se apresentou e se revelou de modo mais contundente, ao explicitar como percebeu e avaliou a dinâmica do grupo, a atividade de redes que realizou e a exposição de seu trabalho, como pode ser visto no quadro abaixo. Tais posicionamentos foram considerados como:

- falta de entendimento da pesquisadora sobre eles e suas vivências de trabalho, com certo distanciamento do que de fato são;
- grave erro de interpretação de algo que a pesquisadora sequer poderia ter pensado ou escrito daquela forma, pois não se trata do que são, fazem ou pensam;
- motivos para enfrentamento, discordância, desconforto e até mesmo dúvida quanto à sua presença ali, objetivos e direito de realizar tais afirmações.

Quadro 10: Trechos de narrativas em suas versões iniciais e finais das interdições de tipo 3.

Núcleo de trabalho E	
Versão inicial	Versão Final
<p>Por sua vez, enquanto grupo, mantêm-se reservado em relação à RS como um todo, quase que como uma ilha distante, que pouco quer construir trilhas e ligações com as outras ilhas, por entender que tem o que precisam e que se bastam; e não desejar maiores dificuldades nos relacionamentos com outros grupos. Entretanto, existem relacionamentos com base em afinidades com colegas de diferentes setores.</p> <p>Exceto nos relacionamentos por afinidades pessoais, há certa reserva com os demais colegas, ficando restritos a contatos de ordem mais burocrático-operacional, bem como de representatividade jurídica, no caso do diretor.</p>	<p>Por sua vez, enquanto grupo, mantêm-se reservado em relação à RS como um todo, quase que como uma ilha distante, que pouco quer construir trilhas e ligações com as outras ilhas. Entendem que tem o que precisam, que se bastam e não desejam maiores dificuldades nos relacionamentos com outros grupos. Entretanto, existem relacionamentos com base em afinidades com colegas de diferentes setores. <i>Ao realizar a leitura da narrativa, uma parte do grupo afirmou que essa situação se dá pela falta de tempo resultante da quantidade de trabalho a cumprir, acreditando ser ideal uma maior proximidade, pouco possível no momento.</i></p> <p>Exceto nos relacionamentos por afinidades pessoais, há certa reserva com os demais colegas, ficando restritos a contatos de ordem mais burocrático-operacional, bem como de representatividade jurídica, <i>no caso do diretor, atribuídos em parte à falta de tempo para tanto.</i></p>
Núcleo de trabalho B	
Versão inicial	Versão Final
O desenho de maior centralidade no esquema	O desenho de maior centralidade no esquema é

<p>é justamente a flor que representa a seção, que toma a maior parte da folha, é colorido e dá a ideia de algo integrado. Parecem expressar como se percebem essenciais e bastar a si mesmos, desenvolvendo suas atividades sem tantas parcerias, em especial a da chefe da divisão e dos municípios. Ao mesmo tempo, reclamam maior atenção e diálogo da parte das outras seções e da superintendência.</p>	<p>justamente a flor que representa a seção, que toma a maior parte da folha, é colorido e dá a ideia de algo integrado. Sugere a percepção de que os trabalhadores entendem a seção como bastante autônoma, referindo-se mais freqüentemente a chefe da divisão e aos municípios de abrangência, para desenvolver suas atividades. Ao mesmo tempo, reclamam maior diálogo da parte das outras seções e da superintendência.</p>
Núcleo de trabalho B	
Versão inicial	Versão Final
<p>Participar dessa produção me fez perceber a seção Tal como um conjunto de ilhotas (ou recifes?) no espaço de uma das ilhas (a seção) do arquipélago (a RS). São trabalhadores que tem um clima cordial entre si, deixando o ambiente de trabalho agradável, mas que atuam separadamente e ainda não dialogam tão profundamente entre si. Sabe-se quais são os programas cuidados por cada um, mas não necessariamente do que se tratam cada um deles, da relação entre si, dos indicadores compartilhados ou concorrentes, nem tampouco a implicação de cada um deles na saúde populacional.</p>	<p>Participar dessa produção me fez perceber a seção Tal como um conjunto de ilhotas no espaço de uma das ilhas (a seção) do arquipélago (a RS). São trabalhadores que tem um clima cordial entre si, deixando o ambiente de trabalho agradável, mas que atuam separadamente e ainda não dialogam tão profundamente, a ponto de não saber trabalhar com os programas do outro.</p>
Núcleo de trabalho E	
Versão inicial	Versão Final
<p>Assim, o trabalhador da Seção Tal se percebe mais aproximado do usuário do SUS do que de seus próprios colegas da RS, compartilhando preocupações, ações e cuidados em torno da necessidade e uso de medicamentos.</p>	<p>Assim, o trabalhador da Seção Tal se percebe mais aproximado do usuário do SUS do que de seus próprios colegas da RS, em função da natureza intensa do trabalho, compartilhando preocupações, ações e cuidados em torno da necessidade e uso de medicamentos.</p>
Núcleo de trabalho C	
Versão inicial	Versão Final
<p>A corrente pode ser entendida então como uma forma de aproximar e fortalecer as pessoas em uma mesma direção de trabalho, mas poderia ser percebida como um instrumento que prende, ata, amarra as especificidades, algo que estaria se pronunciando nas diferentes formas como as seções e os municípios convivem com a Seção Tal apontadas pela trabalhadora. (...) Contraditoriamente, a trabalhadora afirma em certos momentos que alguns trabalhadores do SUS deveriam ser responsáveis por planejar as ações em saúde nas instâncias de pactuação, para que outros a executassem nas SMSs junto aos usuários.</p>	<p>A corrente pode ser entendida sob dois prismas: uma forma de aproximar e fortalecer as pessoas em uma mesma direção de trabalho, mas também como um instrumento que amenizaria as especificidades de trabalho de cada um, ao unilos em um mesmo formato de atuação. Fica o questionamento do quanto às diversas maneiras como as seções e os municípios convivem com a Seção Tal, representam um ou outro prisma. (...). (Retirada completa)</p>
Núcleo de trabalho G	
Versão inicial	Versão Final
<p>Nesse sentido, a dupla admite que há reclamações quanto a condução dos trabalhos pela divisão, justificando que nem sempre conseguem tempo para dar todas as respostas e apoio desejado pelas seções, no momento que solicitam. Parece haver uma</p>	<p>Nesse sentido, a dupla admite que há deficiências quanto a condução dos trabalhos pela divisão, justificando que nem sempre conseguem tempo, pelo excesso de demandas, para dar todas as respostas e apoio desejado pelas seções, no momento que solicitam. Parece haver uma</p>

compreensão de que tal organização é inerente à Divisão. Haveria outras possibilidades de organização e atuação?	compreensão de que tal organização é inerente à Divisão. Haveria outras possibilidades de organização e atuação? Quando da leitura da narrativa, os trabalhadores expuseram que as deficiências apontadas acima, estão estreitamente ligadas pela falta de maior equipe técnica (em especial de médico e enfermeiro), que conseguisse dar conta do trabalho específico da seção.
Núcleo de trabalho D	
Versão inicial	Versão Final
Internamente à Seção Tal, as três seções (tais) e a chefia de divisão (Tal) parecem atuar sob lógicas e governabilidades distintas. As três possuem diferentes gradações de proximidade e entrosamento entre si, que por sua vez possibilitam atuações separadas.	A Seção Tal, o Núcleo Tal e a chefia de divisão (Tal) parecem atuar sob lógicas e governabilidades distintas. Os três possuem diferentes gradações de proximidade e entrosamento entre si, que por sua vez possibilitam atuações separadas.

Fonte: Narrativas dos núcleos de trabalho elaboradas durante a pesquisa

Diante de lembranças, respostas e pontuações da pesquisadora ao ponderar sobre quais aspectos havia considerado para chegar ao texto que a eles apresentara, os participantes se colocavam, discutiam com a pesquisadora e entre si, chegando em alguns momentos a “culpar” colegas pelo que fora dito e retratado na narrativa. Ora reconhecem a si e aos outros em palavras e frases expostas em meio à narração; ora *verbalizam que a pesquisadora não é daquele local ou da área da saúde como eles e, portanto, observa, pensa e interpreta as coisas de forma diferente do que o fazem*; e ora afirmam não terem falado o que está escrito ou no sentido que fora apresentado.

Ao final, os comentários da experiência coletiva de revisão e apropriação das narrativas foram um misto de avaliação positiva por propiciar momentos importantes para se pensar e falar de seu trabalho, para se conhecer e conhecer o que a pesquisadora pensa sobre eles, e vem fazendo de trabalhos na RS. Por outro lado, alguns participantes verbalizaram que fora diferente do que esperavam e até mesmo surpreendente, no sentido de que extrapolou o que se tratou na atividade de redes por provocar discussões tão intensas de algo que parecia tão assentado em seu cotidiano.

1.7 O encerramento: o oficial e o processual.

Desde o princípio da pesquisa, sempre houve uma preocupação com a restituição das informações produzidas, em qualquer momento solicitado, mas também em momentos coletivos, em que eu pudesse apresentá-los de modo mais sistematizado. Como relatei acima, eles existiram em vários momentos, e com maior intensidade com o manejo das narrativas. Entretanto, eu e o orientador consideramos a necessidade de realizar uma restituição mais formal dos achados da pesquisa, que trouxesse um apanhado de tudo o que fora feito nas várias fases do estudo, contemplando, inclusive, a divisão administrativa que não participara da última etapa do estudo que envolviam as narrativas. Assim, convidei individualmente todos os trabalhadores para o encerramento formal no auditório da RS, no final de setembro de 2013. Estiveram presentes oito trabalhadores de seções e divisões. Embora houvesse inicialmente intenção de redigir uma narrativa-síntese de todo o período de imersão no campo, consideramos que sua leitura e possível revisão com um grupo maior despenderia muito tempo e cansaria os presentes. Dessa forma, o encontro foi organizado a partir de slides projetados em *Data show*, mostrando os períodos em que o estudo ocorreu, instrumentos, ferramentas e metodologias utilizadas, resultados e dados mais gerais sistematizados e primeiras reflexões sobre as informações produzidas na pesquisa. Os presentes relataram não se surpreender com minha apresentação, mas desejavam buscar minhas respostas sobre o que fazer com tudo o que eu apresentara, já que se sentem limitados pelas incoerências e falhas do próprio modo de funcionamento da RS atualmente. Foram cerca de 20 minutos de debates, relatos de tentativas, decepções e desistências, buscando-se respostas para o que fazer com tudo o que ali fora dito.

Devido ao pequeno número de participantes do momento de encerramento formal, nos outros 15 dias fui até os locais de trabalho de cada um dos trabalhadores para entregar um cartão com uma mensagem de agradecimento que redigira para eles, contando como havia sido o encontro, tirando dúvidas, me despedindo e deixando meus contatos. A maioria deles tinha algo a perguntar sobre a pesquisa e o término do doutorado, minha futura volta à RS, ou algo a dizer sobre mim, nossa relação ou ainda a desejar para mim nessa despedida. Eu também tinha muito a dizer e pude fazê-lo sempre que me permitiam a possibilidade de uso da palavra, cuidado que procurei ter em toda a pesquisa.

Até o final de dezembro do mesmo ano estive muitas vezes na RS a fim de pegar os TCLEs finais do manejo de narrativa com trabalhadores específicos que ainda não o tinham assinado, para frequentar o curso de Saúde do Trabalhador ou para acertar detalhes de uma proposta de intervenção em uma divisão específica, aproveitando para cumprimentar a todos. Por fim, participei de um almoço e um jantar de final de ano.

1.8 O processo em análise: questões metodológicas, epistemológicas e éticas

Finalizo esse capítulo com o debate de questões transversais a todo o processo de produção e análise da pesquisa, ponderando os vários atravessamentos que foram ocorrendo. Todas as estratégias de pesquisa apontadas tiveram sua contribuição para o entendimento em profundidade de como funciona aquele órgão, compondo uma complexa metodologia do processo de produção e reflexão de informações, importantes para favorecer e aprofundar a convivência do pesquisador no campo e que o levaram a conhecer em profundidade aspectos delicados como “segredos institucionais”, relações e conflitos institucionais ou políticos. Busquei reconhecer e valorizar a polifonia de vozes presentes na organização, em um reconhecimento radical da importância dos atores institucionais como sujeitos do conhecimento, eles próprios produtores de narrativas, de modo que ao pesquisador não caberia outra pretensão além de produzir “narrativas de narrativas”, como apontam os autores da chamada Sociologia Reflexiva (Melucci, 2005).

Diante da dificuldade na entrada direta no campo, surgiram preocupações na utilização da metodologia proposta inicialmente e sua capacidade de favorecer o aprofundamento nas relações institucionais. Assim, eu e o orientador optamos por algumas adaptações metodológicas importantes para a criação de vínculo e conhecimento mútuo entre a pesquisadora e os trabalhadores, promovendo-se estratégias de aproximação individual e em pequenos coletivos (os núcleos de trabalho). À medida em que os trabalhadores se abriam e me convidavam para outros espaços e momentos de contato, foi possível adentrar em seu cotidiano e conhecer, inclusive, “segredos institucionais”, como as delicadas relações institucionais e/ou político-partidárias e vários conflitos, até mesmo com chefias.

Contudo, o momento da pesquisa em que tudo pareceu assumir uma intensidade maior, como numa situação-limite, para mim, como pesquisadora, foi o manejo das narrativas que, como mostrei anteriormente, serviu como ferramenta analisadora das relações mantidas por seus trabalhadores em suas dimensões pessoais, profissionais, institucionais, propiciadoras e mantenedoras de seu fazer na RS. Desse modo, o manejo das narrativas poderia ser entendido como um dispositivo analisador no mesmo sentido dado por René Lourau (1993, 1995).

Na tecitura da pesquisa, foram sendo construídas estratégias que constituíram em seu resultado final uma metodologia complexa, que viabilizou uma mescla de possibilidades de acessar os trabalhadores nos níveis individual, grupal, intergrupal e institucional, pois os espaços criados pela pesquisa favoreceram a expressão de questões singulares a cada trabalhador, às suas equipes de trabalho e em suas relações com uma rede mais ampla de atores, em especial nos momentos de acompanhamento cotidiano do trabalho, conversas e no uso dos questionários, das redes e das narrativas.

Nessa direção, o fato de as atividades de redes e de revisões das narrativas terem sido realizadas com pequenos grupos que convivem cotidianamente em seu trabalho, sem respeitar exatamente a estrutura departamental, foi algo positivo porque seguiu o desejo dos atores e sua organização cotidiana e real, sem uma preocupação de articulação com a estrutura mais formal, o que de imediato favoreceu o entendimento do funcionamento quase autônomo das seções ou “núcleos de trabalho”- como vou usar nos capítulos de sistematização e análise do material empírico produzido- com pouca interação entre si e com suas chefias imediatas. A percepção desse “arquipélago” de núcleos de trabalho só se revelou pela adoção dessa condução do empírico de modo mais fragmentado, algo que, de início, poderia ter sido pensado como um erro ou viés da pesquisa.

Desde o início da pesquisa foi explicitado o compromisso de se fazer restituições para os atores institucionais das percepções da pesquisadora e das análises que fossem sendo produzidas. Eu e Cecilio considerávamos que esse seria um componente essencial para garantir um estudo aprofundado, com a efetiva participação dos envolvidos. Pensávamos que seria suficiente o posicionamento ético desde o início, de falar tudo claramente, explicar o projeto, colocar-me à disposição para compartilhamento, sempre responder a solicitações ou pedidos de retorno, incluindo situações tais como, por exemplo, como eu havia entendido ou

avaliado um evento ou a performance de um trabalhador, o que eu pensava sobre uma legislação, ação ou mesmo do tipo de trabalho desenvolvido, minha avaliação sobre o SUS e as ações na região, etc. E eu me posicionava da maneira mais direta possível, adicionando, muitas vezes, questões e propostas de reflexões sobre o que fora alvo do pedido. Também era solicitada a dar retornos sobre assuntos pessoais ou de relacionamento no trabalho, contatos com diferentes profissionais fora ou dentro da universidade ou mesmo questões relacionadas à literatura.

Eu pensava que tal posicionamento “sincero” e o mais claro possível eliminaria dúvidas e fantasias quanto à minha presença e implicações com o campo. Porém, não foi necessariamente o que aconteceu, principalmente no que se refere ao período de manejo das narrativas. Por outro lado, não tinha clareza da dimensão dos desdobramentos advindos desse posicionamento e, em particular, do manejo das narrativas, nem como e o quê iriam produzir na relação com os participantes. Inicialmente a intenção era produzir “dispositivos” ou ferramentas que pudessem ajudar a caracterizar a situação da RS na perspectiva dos trabalhadores e, ao final, os próprios dispositivos, melhor dizendo, seu manejo, revelou-se um analisador da pesquisa em si.

Lourau (1993) denomina de restituição o compartilhamento dos resultados produzidos ao longo das atividades e observações de pesquisa, organizados pelo pesquisador e analisados e debatidos pelo coletivo que tenha participado da pesquisa. Assim, a prática constante da restituição demonstraria a disposição do pesquisador em realizar uma pesquisa-intervenção com o comprometimento de transformar a si e ao seu lugar social por meio de “estratégias de coletivização das experiências e análises.” Com a restituição processual da pesquisa, constatamos que o compromisso de “transparência” em pesquisa não é suficiente para que as fantasias, ilusões ou implicações e sobreimplicações sejam tratadas tranquilamente pelo coletivo que dela participa.

Utilizar o termo “manejo” pareceu apropriado para exprimir como a pesquisa foi sendo construída de acordo com o que o campo indicava, e de como a produção de dados ia se dando na relação com aqueles que a integraram. Posso dizer que o ponto deflagrador desse manejo se deu com a decisão de realizar parte do estudo do trabalho da RS com a ferramenta das redes de relações e conversações e o que produziram de efeitos, já que, além da atividade em si, a escolha posterior de “contá-

la” em forma de narrativa foi um diferencial importante na redefinição dos rumos da pesquisa.

A atividade de desenho de redes de conversações foi extremamente importante e reveladora, e caso fôssemos apenas até esse ponto já conseguiríamos responder a muitas das questões propostas no estudo. No entanto, a elaboração e o processo de revisão das narrativas, o manejo das narrativas como descrito, configurou-se essencial para o entendimento mais micropolítico de cada grupo, seja em termos técnicos, na leitura que fazem da legislação, de seu papel na Saúde, de seus gestores e da própria RS; seja em termos relacionais entre si, na totalidade da organização, mas, sobretudo (e isso foi surpreendente para mim), na própria relação com a pesquisadora.

Nesse sentido, as diferentes etapas de desenvolvimento das narrativas foram possibilitando adentrar no cotidiano dos participantes e na sua forma de enunciar como vivem e produzem seu mundo do trabalho, o próprio funcionamento organizacional e as relações institucionais internas e externas da RS, tudo isso dentro da dinâmica relacional estabelecida entre eles e deles com a pesquisadora. O manejo das narrativas ocorreu com maior intensidade na terceira etapa, em que as revisões iam sendo feitas conforme as decisões e comando dos grupos participantes, sempre na perspectiva de que as narrativas inicialmente elaboradas pela pesquisadora fossem assumidas por eles, a ponto de a reescreverem da forma como lhes conviesse.

Foi essencial para tanto minha disposição e posicionamento em procurar respeitar o tempo e a maneira com que cada grupo conduzia os debates e revisões, vivenciando e lidando com as tensões, os consensos, os conflitos, as demonstrações de afeto, de afinidades e de diferenças expressas entre os atores institucionais no processo. Ou seja, esse manejar das narrativas, mais do que mero procedimento formalístico, era, ele próprio, um dispositivo analisador das complexas relações que se estabelecem dentro do grupo, nem sempre captadas imediatamente por procedimentos mais formais, sejam entrevistas ou grupos focais, nos quais o pesquisador está mais protegido, mais escuta do que fala.

Outro elemento positivo da pesquisa foi, como apontei antes, não respeitar estritamente a estrutura departamental, mas trabalhar com pequenos grupos que convivem cotidianamente em seu trabalho, seguindo o “que o campo indicava” durante o manejo de narrativas, o que denominei de “núcleos de trabalho”. Uma

abertura dúbia: positiva, porque seguiu o desejo, decisões e comando dos atores, mas com forte possibilidade de reproduzir grupalidades instituídas, ou seja, os grupos do cotidiano. Há posicionamentos diferentes no pequeno grupo e grande grupo. Opção limitante, mas positiva em certos aspectos. Por outro lado, isso favoreceu o entendimento do funcionamento quase autônomo das seções, com pouca interação entre si e com suas chefias imediatas. A percepção desse “arquipélago” de equipes de trabalho só se revelou justamente pela adoção dessa condução do empírico de modo fragmentado, tal qual o vivem diariamente. Há que se lembrar que o propósito inicial era, sim, ouvir grandes grupos/coletivos da regional, e não pequenos grupos, algo que não foi possível em nenhum momento. Parece haver um bloqueio do grupo em relação às narrativas em tudo o que ela aponta como possibilidade de superar o arquipélago, incluindo o momento de encerramento, quando eu fiz, publicamente, o enunciado dessa minha percepção, mas novamente a maioria dos trabalhadores não estava lá para escutar e discutir essa questão.

A estrutura das narrativas e a forma como o manejo foi realizado promoveram as interdições e revisões apontadas nos resultados de forma análoga ao que ocorreu nas experiências de pesquisadores em Campinas (Onocko-Campos, Furtado, 2008; Onocko-Campos et al., 2009; Onocko-Campos, 2011; Onocko-Campos, Baccari, 2011; Onocko-Campos et al., 2012; Onocko-Campos et al. 2013), em que a leitura das narrativas permitia retomar, problematizar e tematizar questões pouco debatidas ou recalcadas quando da realização do grupo focal que deu origem à narrativa. Tal aprofundamento de temas foi denominado por Onocko-Campos (2011) de efeitos de narratividade.

A maneira como cada equipe lidou com as interdições e revisões das delicadas questões institucionais mostrou como o manejo das narrativas mobiliza os “não ditos”, o que permanece indizível nas organizações, tais como conflitos de posições e interesses com chefias ou com empresários e lideranças políticas loco-regionais e a consequente mudança ou interrupção de tarefas. Em tais ocasiões, os pesquisadores atravessavam um dos momentos mais delicados (e reveladores!) da investigação.

Outro exemplo de interferência direta do campo no andamento da pesquisa se deu quando um participante de um dos primeiros núcleos a realizar a revisão coletiva das narrativas, mesmo tendo participado de todo o processo, debatido, e

compartilhado de todas as modificações realizadas pelo grupo nos momentos de revisão coletiva, começou a questionar, em espaços informais, o teor e a publicização do que estava sendo produzido, pois estaria expondo mais do que se devia do relacionamento da seção. Ao acompanhar seus comentários, os demais membros da equipe minimizavam os comentários e “brincadeiras” desse participante, proferidos durante as revisões de narrativas e nos corredores da RS, afirmando ser seu *“jeito de mexer com as pessoas”* e, portanto, não deveria ser considerado como algo tão sério e definitivo. Entretanto, diante de suas colocações, houve um reposicionamento sobre a necessidade de se apresentar aos participantes não apenas o TCLE coletivo previsto inicialmente, mas também um individual, que referendasse tudo o que fora apresentado e aceito pelos participantes em cada um de seus grupos, mas agora de forma escrita e assinado por cada um dos participantes individualmente.

Assim, tal situação desencadeou a elaboração de dois Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (além daquele assinado pelo responsável pela RS para a autorização da pesquisa): um individual, constando todas as informações de participação voluntária da leitura e revisão da narrativa **que foi sendo coletado no correr mesmo do processo**; e outro coletivo, assinado por todos os participantes, referente à narrativa revisada em sua versão final, apenas ao final do processo. Nesse momento, fiz uso de uma norma institucional acadêmica (no caso do TCLE) para lidar com essa delicada situação de questionamento da pesquisa, realizada por um trabalhador que ocupa um lugar de poder na configuração do setor de Saúde da região, exercendo esse poder também dentro da RS, de forma a influenciar processos e decisões, sem que se perceba clara resistência dos outros trabalhadores quanto aos seus posicionamentos e ações.

No que diz respeito aos serviços de saúde mental em Campinas, os autores ressaltam a potencialidade da revisão de narrativas não somente para a participação e representação de múltiplas vozes que compartilham e refletem sobre suas experiências, mas, sobretudo para repensar processos de trabalho e promover transformações nas práticas ali relatadas e avaliadas (Onocko-Campos, Furtado, 2008; Onocko-Campos et al., 2009; Onocko-Campos, 2011; Onocko-Campos, Baccari, 2011; Onocko-Campos et al., 2012; Onocko-Campos et al. 2013).

Realizar uma pesquisa qualitativa com trabalhadores da saúde, com a profundidade dada pela convivência diária e intensa participação em eventos e

debates, foi um processo instigante, angustiante, cansativo e desafiador. Muitos foram os pensamentos, sensações e sentimentos vividos e provocados em partilha com aqueles que são “os pesquisados”. Recebi muitas demandas de ordem profissional e pessoal, que exigiram constante vigília e cuidados para lidar com elas e conduzir as situações. Nesse sentido, vários foram os “estatutos” (Cecilio, 2014) envolvidos: o de pesquisadora, o de psicóloga; o de trabalhadora da saúde que compartilha de alguns conhecimentos e vivências com eles; o de docente de uma universidade estadual, lugar a partir do qual são solicitadas informações, parcerias e/ou contatos; e o de moradora da cidade, que é vista em eventos, nos quais se observam seus acompanhantes, preferências e comportamentos, ou mesmo que se lançam vários questionamentos sobre a família, residência, naturalidade, religião, opção política, etc. Notadamente os que mais geraram interesse, curiosidade e ambivalência foram os “estatutos” de pesquisadora e psicóloga. Em alguns momentos fui apresentada a atores externos como “*psicóloga da RS*” ou a “*mais nova funcionária da RS*”, embora não tivesse sob o jugo das mesmas regras institucionais: não precisava bater ponto, cumprir horários e tarefas específicas e nem tampouco estar vinculada à alguma chefia.

Cabe ressaltar que após as duas primeiras revisões coletivas de núcleos distintos, passo a ter maior dificuldade e receio de escrever as narrativas seguintes, demorando a escolher as palavras, decidir o teor e intensidade de seus posicionamentos e concluir o texto. Entretanto, mesmo ao rever e aprender outros modos de fazer as narrativas, novos incômodos apareceram, em particular os questionamentos da pesquisadora sobre o quanto estava conseguindo permanecer sincera nas colocações, do quanto estava omitindo sua avaliação ou se reprimindo na expressão de suas ideias. Começo a me sentir ansiosa e tensa ao me dirigir aos grupos e aos encontros de revisões. As reações dos grupos foram modelando o modo de escrever as narrativas e como lidava com as outras etapas do manejo: o campo invadiu o pesquisador. O pesquisador produz o campo – o campo produz o pesquisador.

A partir daí, a narrativa cumpriu então outro papel: o de colocar a pesquisadora em análise diante dos efeitos das narrativas. Alguns deles causaram estranhamento, desconforto e sofrimento, que a fizeram viver uma profusão de sensações e sentimentos dúbios frente à ambivalência dos participantes, principalmente quanto aos estatutos de psicóloga e pesquisadora: como psicóloga

poderia ouvi-los e aconselhá-los em suas dúvidas, sofrimentos e demandas; e como pesquisadora que se interessou por seu trabalho foi tida como *“alguém olhando para nós”*, pois *“ninguém havia se preocupado conosco”*.

A relação interioridade/exterioridade do pesquisador em relação ao campo só se evidencia no encontro, na experimentação da vivência da pesquisa. Eu imaginava fazer mais parte de tudo aquilo, seja pelo estatuto anterior de supervisora de estágio, seja pelas atividades que vinha desenvolvendo na pesquisa. Sabia que era “externa”, mas não me via com tanta radicalidade assim. Esse “bloqueio” de visão não pode ser alcançado por algum tipo de reflexão consciente. Essa dimensão de externalidade incontornável em relação ao campo tem uma radicalidade que a própria implicação não permite avaliar. Os trabalhadores me viram mais sob o estatuto de psicóloga que poderia escutá-los, dar-lhes a devida atenção que o estado e seus gestores não lhes dedicava, em um papel de ouvinte especializada e profissional em quem se poderia depositar uma esperança de ajuda institucional: esse era o “lugar” que me atribuíram no correr de todo o estudo, e que para mim não era totalmente claro.

De outro lado, mesmo reconhecendo meus “estatutos” e implicações, me dispus a fazer a melhor escuta possível, convencida de que essa escuta cuidadosa seria suficiente para, de algum modo, ajudar a superar as “barreiras da exterioridade” que eu até então supunha ou imaginava conhecer. No entanto, a terceira etapa do manejo trouxe frustração dessas expectativas e fantasias, tornando mais explícita minha exterioridade e o incômodo “estatuto de pesquisadora”, apesar de que eu já tinha podido perceber essa questão em outras oportunidades. Há um estranhamento recíproco entre pesquisadora e atores institucionais que passa a ser vivido com distanciamento e sofrimento por todos. De minha parte, senti-me questionada, avaliada, acusada em minha idoneidade e seriedade. Olhamo-nos (eu e os trabalhadores) ressabiados desde então: para mim, o momento mais difícil, e analítico, da pesquisa.

Depois da leitura das narrativas, alguns trabalhadores passaram a me ver como mais dura e distanciada, menos aliada ou cúmplice do que me pensavam no estatuto de psicóloga, ou em relação às primeiras expectativas nutridas sobre a visibilidade que daria ao seu trabalho, sofrimentos e desejos. Era um olhar estrangeiro ao que, de alguma forma, lhes parecia familiar, **tocando** em questões difíceis sob um prisma diferente **do seu**, o que os fez avaliar algumas colocações da

pesquisadora como desconhecimento, equívoco ou erro de interpretação. Seria como se os atores institucionais dissessem: “*eu não aguento escutar isso*”, como no exemplo do núcleo de trabalho B, quando escrevi “*eles não têm contato com os usuários*”.

Assim, o próprio dispositivo passa a ser o analisador: quem analisa é o analisador e não o analista (Lourau, 1993, 1995). Aos poucos, eu e Cecilio fomos dando conta de que estávamos experimentando outro jeito de fazer pesquisa qualitativa, o pesquisador se mostrando para os atores pesquisados no próprio processo de investigação, em um exercício de escrita voltado diretamente para os participantes, e não para o circuito acadêmico formal (artigos, bancas, etc), tal como tem sido testado por Onocko-Campos et al (2009). O que talvez pudesse ser dito é que a narrativa escrita resulta em uma objetividade ou concretude, diferente do coloquial, da fala viva, normal, cotidiana, que se desmancha no ar, não deixa rastro, não compromete, que permite cumplicidades entre os envolvidos. Efetivamente os pesquisadores elaboram textos desse teor, mas para si ou para os pares, produções que na maioria das vezes sequer chegam aos participantes da pesquisa. O manejo das narrativas foi se revelando profundamente analítico tanto em relação aos objetivos da pesquisa, quanto sobre o que é “ser pesquisador” e as novas relações que vai produzindo com o campo pesquisado. O estudo foi tendo que navegar por uma dimensão epistemológica não prevista no projeto inicial.

Nessa direção, o campo foi transformando a pesquisadora. Conforme afirmam Onocko-Campos e Baccari (2011, p.2055) “A narrativa torna-se ela mesma ação”. Ao analisar a observação participante e o manejo de narrativas à luz dos conceitos de implicação e sobreimplicação, os autores procuraram entender “a condição particular de um discurso contextualizado e seu caráter aberto e transitório” conforme propõem Brockmeier e Harré (2003, p.525), a partir dos efeitos que foram sendo produzidos na pesquisa pelo manejo de narrativas.

De acordo com Lourau (1995 e 2004) e Baremlitt (1992), a análise de implicação é central no encontro do analista com a organização analisada e para tanto ele deve explicitar suas ações e reflexões para todos os envolvidos. Lourau (2004b) afirma: “Acabemos com os debates acadêmicos: digamos o que fazemos e o que não fazemos. Implicação: análise coletiva das condições de pesquisa.” Assim, por meio da análise de implicações busca-se entender o “nó de relações” presente em qualquer tipo de pesquisa-intervenção, revelando e discutindo as vinculações

afetivas, libidinais, profissionais, políticas e institucionais que o pesquisador possui com o campo que investiga, considerando-se ainda as pertencas, referências, motivações e investimentos produzidos nos encontros. A essas ponderações, acrescenta-se a importância da análise das produções sócio-culturais, políticas e econômicas que atravessam a organização estudada e constituem os sujeitos que dela participam, a fim de compreender o campo de forças ali presentes (Lourau, 1993, 1995, 2004a e 2004b; Baremlitt, 2004).

Nos terceiro e quarto itens das narrativas, a pesquisadora se mostrava de maneira mais clara, explicitando sua compreensão, análise e posicionamento sobre o que falaram, viveram e expressaram nas atividades de elaboração das “redes de relação e conversação”. Surgiram então expressões e relatos de curiosidade, surpresa, concordância, aprovação, desacordo e até indignação, instaurando-se um clima de estranhamento: *nem tudo aquilo que a pesquisadora enunciava era reconhecível para eles*. Era como se os atores institucionais dissessem: a pesquisadora também erra, ela não consegue alcançar o “plano do real” que nós vivemos (e acessamos). Seu olhar será sempre parcial e incompleto. E essa é a “verdade” dos atores institucionais que ficará sempre soterrada em qualquer estudo de natureza social.

Por outro lado, em muitas dessas passagens, os trabalhadores revelavam o quanto não haviam percebido as incoerências entre o que verbalizaram, esquematizaram, e o modo como se comportaram frente a situações que deixaram de desenhar ou falar na atividade das redes, enfatizando aspectos e minimizando ou simplesmente não citando outros, muitas vezes essenciais à sua seção. Por fim, afirmavam ser essencial ter a oportunidade de revisar a narrativa para repensar e refazer tanto o desenho, quanto o que fora escrito sobre ele, aproximando-se mais de sua realidade cotidiana que fora apresentada de forma incompleta.

Para Brockmeier e Harré (2003) e Fonte (2006), a narrativa tem o sentido de organizar as experiências e atribuir significados que são de ordem singular e, ao mesmo tempo, cultural e social (constituídos em um determinado tempo e lugar), e a partir deles orientar as ações, em um movimento contínuo de transformação e reconstrução de novos significados e narrativas. Assim, o texto que inicialmente surgiu da experiência vivida, significada e narrada pela pesquisadora foi apropriado e narrado de outra forma pelos participantes, com novos significados e orientações.

Em nosso estudo, alimentávamos a expectativa de que as restituições em forma de narrativas seriam intervenções que produziriam (necessariamente) mudanças no campo e, provavelmente imbuídos dessa pretensão, as primeiras narrativas apresentadas aos grupos foram muito explícitas quanto às interpretações da pesquisadora, provavelmente “invasivas” ou analíticas demais, causando marcados conflitos entre ela e os atores institucionais. Eles questionaram e recusaram partes do texto, mostrando-se incomodados. Eu também pensava, por meio da vivência anterior com os estágios que orientava no local, que os trabalhadores estavam “acostumados” a ouvir as coisas “daquele jeito”, no teor de restituições. Foi o momento em que se pode perceber mais claramente o que Lourau (2004a e 2004b) denomina de sobreimplicação, ou seja, a partir de seus “estatutos” de pesquisadora e psicóloga, a pesquisadora supôs poder tomar para si a tarefa (ou imaginou ser possível) de intervir e modificar o campo, por meio deste momento de restituição, algo considerado essencial em análises institucionais (Lourau, 1993, 1995, 2004a e 2004b).

A sobreimplicação se revela na dificuldade ou impossibilidade de analisar as implicações presentes no estudo ou intervenção, pois se restringe a apenas uma dimensão das situações analisadas, prejudicando análises mais amplas, críticas e abertas a novas demandas institucionais (Lourau, 1993, 2004a e 2004b). Para Lourau (1993, 1995), a sobreimplicação existe sob dois aspectos: o de que uma implicação se sobrepuja às outras, dando certa invisibilidade a elas, obscurecendo-as; e ainda, como uma “recomendação” ou mesmo exigência de uma classe, profissão ou espaço de trabalho, para que o trabalhador defenda veementemente determinados posicionamentos ou implicação, chegando a configurar um sobretrabalho e até mesmo militância em relação ao que se defende.

Tal situação causou tensão, preocupação e cansaço, devido à constante atenção dirigida para apreender as nuances dessa movimentação grupal e institucional e lidar com tudo o que dela decorre. A estratégia tinha sido eficaz para potencializar a pesquisa, mas pesada para vivenciar o “ser pesquisador” ali, na concretude daquele tempo, lugar e relações. Diante de muito estranhamento e incerteza, perguntava-me se havia sido descuidada, desleixada ou eticamente pouco cuidadosa em meus apontamentos, sofrendo com essa hipótese, pois me percebia compromissada com aquelas pessoas, com o estudo e possíveis contribuições que pudesse fazer ali. Essenciais, os momentos de orientação configuravam um espaço

intercessor (Merhy, 1997) entre o orientador e a pesquisadora, produzindo suporte e continência para prosseguir o trabalho, e favorecendo a análise de suas implicações e sobreimplicações, bem como das consequências éticas do estudo e meus reposicionamentos, sempre que necessário.

Há que se considerar ainda as dificuldades inerentes a se fazer um estudo desse teor e magnitude conduzido a partir da oferta da pesquisadora, e não pela demanda de um ou mais atores institucionais. Não houve uma solicitação formal para meu estudo, ao contrário, foi necessário ser aceito pela diretoria da RS e pela SESA para ocorrer. Contudo, para os trabalhadores em geral pode ter permanecido a dúvida de por que a pesquisadora estava lá, se era ou não conhecida ou amiga de alguém, quais ligações mantinha ali, por que pudera ser incluída em seu dia a dia. Evidentemente, como nos colocam os autores da Socioanálise - Lourau, Lapassade e Barembly -, a própria ciência e as várias profissões alimentam a ideia de que suas contribuições, sua *expertise*, são algo a ser conhecido e consumido e que, por consequência, são bem vindas nas organizações, mesmo que não solicitado formalmente em forma de intervenção analítica. Provavelmente isso aconteceu em meu estudo.

No correr da pesquisa, fui demandada como psicóloga - “estatuto” bastante reconhecido pelos trabalhadores por conta de minhas atividades docentes desenvolvidas com alunos da psicologia ali na regional- com pedidos pessoais ou mesmo profissionais advindos de vários trabalhadores, especialmente de forma individual ou em pequenos grupos, feitos quase em segredo. Formalmente, apenas duas pessoas realizaram demandas ao longo da investigação: o diretor, que solicitara a pesquisa com os Secretários de Saúde que iniciariam sua gestão; e um chefe de divisão, que tinha interesse em uma intervenção conjunta das seções de que coordena. A demanda foi debatida e analisada, chegando ao acordo dos pesquisadores, a chefe e o diretor da RS, de que a intervenção teria início com o convite para a leitura coletiva das narrativas de cada uma das seções e da divisão. Entretanto, ela nunca ocorreu, pois não foi possível reunir todos os envolvidos, assim como em minha experiência do manejo de narrativas, demonstrando que essa questão de reunir a coletividade da RS é algo bastante assentado na organização, constituindo-se em um desafio, mesmo para alguém que tem poder instituído para fazê-lo enquanto chefia.

Os limites do trabalho ficaram muito visíveis quando no encerramento formal da pesquisa no campo houve a presença de apenas oito trabalhadores e ausência da diretoria da RS, evidenciando o que denominei de “vazio da demanda”, justamente por ser contundente em mostrar que ela partira de uma oferta da pesquisadora e não de necessidades daquela organização. Pude questionar ainda o quanto um tipo de investigação como essa responde aos anseios dos participantes: como poderiam fazer uso operacional e até mesmo instrumental das informações nela sistematizadas? Esse foi um questionamento feito no encerramento formal de minhas atividades na RS.

Assumindo a sobreimplificada intenção de que o processo de pesquisar e fazer restituições poderia contribuir com mudanças, permaneceram várias dúvidas: o que será mesmo que se modifica? Até que ponto uma pesquisa qualitativa de fato produz mudanças organizacionais profundas? Qual o direito do pesquisador de “detonar” um processo de mudança ou de intervir no que os participantes fazem? Qual o limite do pesquisador-interventor? Quem e até que ponto está autorizado a propor mudanças? Ao entrar em uma organização com o *status* de cientista, gera-se uma expectativa de aceitação dos participantes, de que desejem a pesquisa e a produção de mudança, visualizem sua importância e sintam-se envolvidos, o que não condiz necessariamente com o vivido, até pelo sofrimento causado em coletivamente nomear, ouvir e ver sistematizadas tantas questões delicadas que permeiam sua experiência laboral. A frustração do pesquisador parece ser proporcional à prepotência quanto ao potencial do pesquisar, observado de seu próprio prisma. Percebi que minha pesquisa carregava um jeito idealizado de pensar um serviço regional em saúde, em particular o trabalhador do SUS que o concretiza, algo que Cecilio (2007) denomina do “trabalhador moral na saúde”.

A pesquisa realizada foi um processo de produção conjunta de informações e análises, já que todos os resultados apresentados só foram possíveis em relação, no encontro do pesquisador e dos participantes do campo, na relação que estabeleceram ao longo dos dias compartilhados e, por isso mesmo, configurou-se como algo único. O pesquisador colocou-se no(s) grupo(s), fez parte do seu cotidiano. E justamente por se sentir tão dentro, tão participante do cotidiano da RS, é que me surpreendi com a dimensão e intensidade dos efeitos do manejo das narrativas, os debates resultantes das revisões e as interdições. De outro lado, por mais que fizesse restituições verbais, o estranhamento dos participantes se deu na

concretude do texto, na organização dos dados produzidos e suas impressões que, agora, se tornariam visíveis, cristalizando informações e análises pelas quais nem todos gostariam de se ver reconhecidos ou não compartilhavam inteiramente. A exterioridade e o incômodo estatuto de pesquisadora ficaram explícitos.

Assim como a pesquisa, o manejo das narrativas passa pelos encontros e produções de muitos, pesquisadora/orientador/participantes, todos inventando e fazendo seus manejos de forma singular. Nesse sentido, o caminho metodológico proposto pode ser concebido como uma restituição mais elaborada, “restituição da restituição” que aprofunda ainda mais o objetivo da socioanálise: pensar as questões institucionais e produzir mudanças a partir daqueles que vivem a organização (Lourau, 1993, 1995, 2004a; Baremblytt, 1992). Avança ainda no entendimento de que o pesquisador-analista se torna um daqueles que ali estão, e não apenas o deflagrador de processos. Está ali, e é parte do processo.

O caminho metodológico adotado mostrou-se de manejo delicado, cuidadoso e trabalhoso, requerendo da pesquisadora abertura ao que o campo foi apresentando; disposição em criar e testar instrumentos e ferramentas específicas para cada grupo ou situação; e análise constante de suas implicações e sobreimplicações. O que resultou desse caminho o leitor poderá apreciar nos próximos capítulos.

2 CAPÍTULO – RETRATOS DE UMA REGIONAL DE SAÚDE: UMA PRIMEIRA APROXIMAÇÃO AO OBJETO

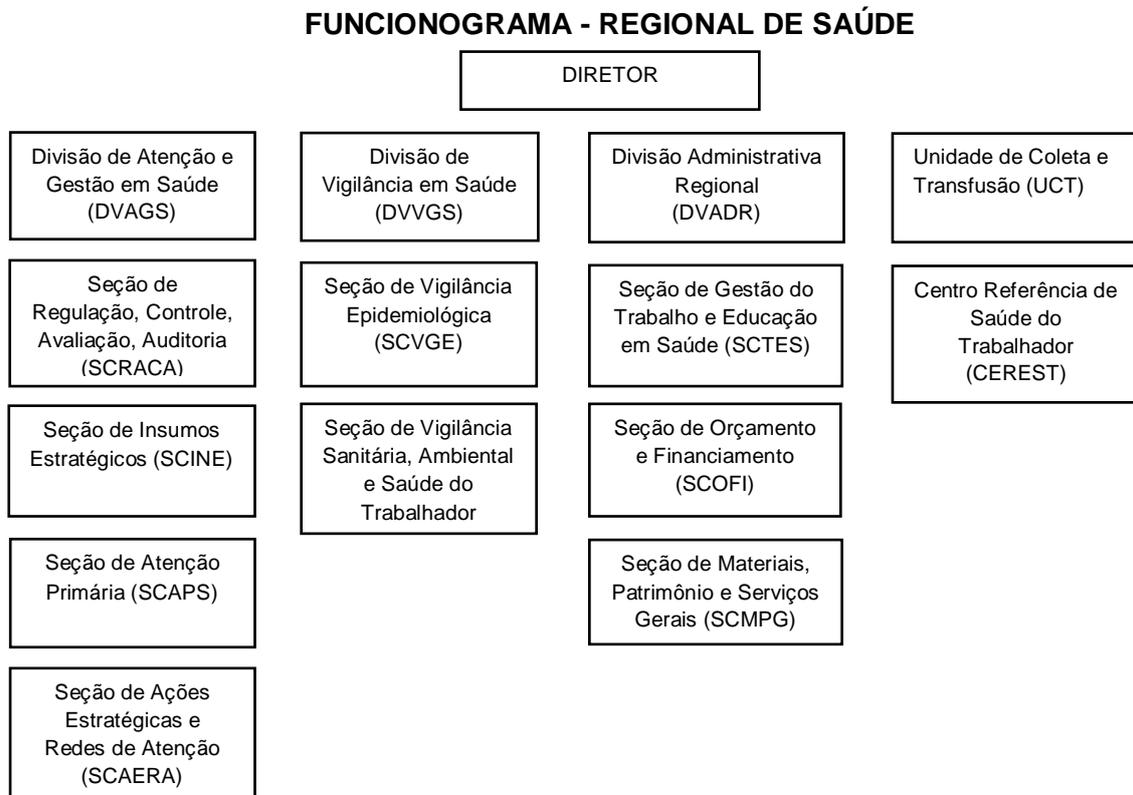
Ao discutir os critérios de cientificidade em pesquisas qualitativas, Laperrière (2008) ressalta a importância de um trabalho minucioso de contextualização que favoreça a compreensão da conexão estabelecida entre as observações empíricas e sua interpretação. Parte dessa contextualização se daria pela descrição a partir do ponto de vista dos sujeitos pesquisados, de sua realidade empírica, inclusive das especificidades da população estudada e da estrutura na qual se passa a pesquisa (Laperrière, 2008). Assim, como uma primeira aproximação aos participantes e ao contexto da pesquisa, dedico o capítulo à apresentação das características dos trabalhadores e da estrutura da RS, assim como as tecnologias e materiais ali utilizados. Tais dados foram produzidos a partir das informações fornecidas por aqueles que responderam o questionário denominado de (re)conhecimento dos trabalhadores da RS e a partir dos vários momentos de observações no local.

Cabe aqui ressaltar que os dados apresentados a seguir possibilitam visualizar características concretas da organização da RS e daqueles que a fazem viva, de forma que o uso de questionário e de dados quantitativos nesta pesquisa permitiu outro tipo de acesso à experiência dos trabalhadores, que, articulada às atividades mais qualitativas da cartografia, mostraram a “multiplicidade do real” como defendem César, Silva e Bicalho (2013, p.369).

2.1 A Regional de Saúde estudada

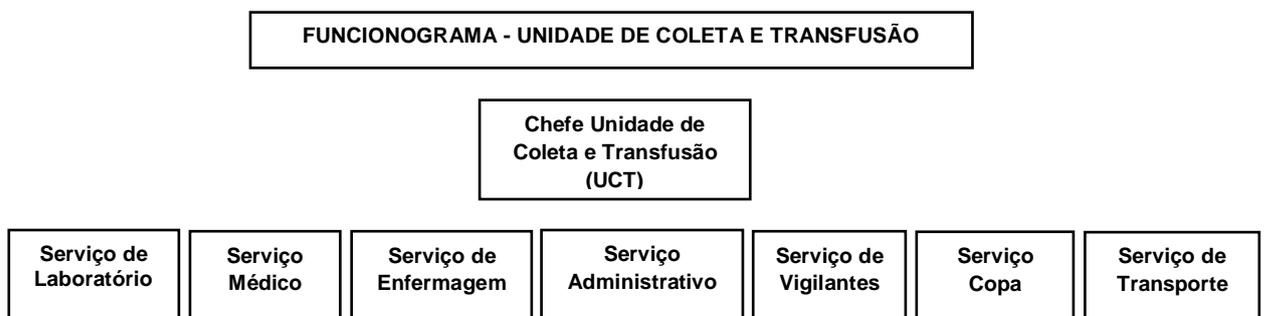
Em sua constituição formal, a RS estudada, assim como as outras 21 RS do estado do Paraná, apresenta um funcionograma (denominação utilizada na SESA-PR ao organograma interno das RS) composto de Direção, três divisões e nove seções a elas ligadas. Há ainda outras três estruturas hierarquicamente ligadas à Direção, como se pode visualizar na Figura 6, sendo que uma delas, a Ouvidoria Regional, não consta na figura oficial.

Figura 6: Funcionograma da RS estudada



A Unidade de Coleta e Transfusão de sangue é a única estrutura ligada hierarquicamente à Direção que possui o próprio funcionograma, como se verifica na Figura 7, provavelmente por se tratar de uma parte da RS com organização e função peculiar e distante das atividades corriqueiras da RS, somado ao fato de estar localizada em espaço específico.

Figura 7: Funcionograma da Unidade de Coleta e Transfusão



2.1.1 A estrutura física

A RS estudada está situada na região central de uma cidade do interior do Paraná, ocupando parte do primeiro piso e parte do segundo piso de um prédio comercial. É um espaço alugado desde 1991, sendo a sede desse órgão regional desde então. Construído em alvenaria, foi sendo remodelado internamente de acordo com as necessidades e modificações organizacionais da RS.

2.1.1.1 Sede da RS

Térreo

Logo em sua entrada, encontra-se uma placa da SESA com a identificação da RS, à frente de um pequeno *hall* onde um vigilante recebe os visitantes para encaminhá-los às seções devidas. Ali estão uma escrivaninha, cadeira e telefone. Ao lado esquerdo, há um corredor que dá acesso ao pátio dos veículos oficiais usados na RS. Por meio dele se chega também a duas salas utilizadas pela SCMPG, equipadas com prateleiras e armários nos quais se armazenam material de expediente e equipamentos, escrivaninha, pequena mesa, cadeiras, computador, impressora e telefone. Ao lado, há a sala de vacinas, que possui prateleiras e geladeiras para o armazenamento dos medicamentos e é climatizada por ar condicionado. À esquerda dessa sala, em outro ambiente, existem *freezers* nos quais se armazenam animais inteiros ou em partes (como morcegos e cabeças de cachorro), para se encaminhar à SESA para realização de exames de contaminação de doenças específicas, como a raiva, por exemplo.

Do outro lado deste pátio, no canto esquerdo, encontra-se a cozinha da RS, um espaço amplo com uma grande mesa, cadeiras, sofás, geladeira, fogão, pia, armários, mesinha e telefone. Nela, preparam-se os cafés consumidos no dia a dia, é também onde os trabalhadores almoçam, fazem seus lanches ou pequenas confraternizações. Em anexo a esse ambiente, existe uma sala onde se guardam em prateleiras e armários os materiais utilizados pelas auxiliares de limpeza, contando ainda com tanque e varal.

Ao lado da cozinha, está organizada a SCINE, a Farmácia do Paraná, composta de um *hall* para os usuários, com cadeiras, bebedouro de água e cartazes informativos; esse *hall* está separado por biombo de uma pequena saleta com escrivaninha e cadeiras, onde permanece um Farmacêutico para atendimento ao usuário. Dali se tem acesso à outra sala maior, na qual permanecem três a quatro

peessoas que também realizam atendimentos. Ali estão dispostas prateleiras e armários com medicamentos especiais, escrivaninhas, mesas, telefones, computadores, impressoras, telefones e cadeiras. Na sequência, por um pequeno corredor, acessa-se um banheiro de um lado e uma pequena sala de outro, que serve ao mesmo tempo para a entrada dos trabalhadores e para pequenos lanches. Ao meio, tem-se a entrada para um grande salão, rodeado de um lado por armários de fichários onde se armazenam os prontuários dos usuários da Farmácia; e, de outro, geladeiras com os medicamentos armazenados que serão entregues aos usuários ou aos farmacêuticos responsáveis pelos municípios de abrangência da RS. Ao meio, ficam vários *palets* nos quais se depositam caixas com *kits* de medicamentos a serem distribuídos para as secretarias municipais de saúde da região, entregues através de uma porta de correr direcionada ao pátio de veículos, para a facilitação do carregamento. Todo ambiente é climatizado por aparelhos de ar condicionado. Este salão é composto ainda de um segundo piso, que toma cerca de metade de seu tamanho total, acessado por uma escada de ferro, em formato de caracol. Nele se armazenam documentos, livros e alguns materiais tanto da Farmácia quanto de toda a RS.

Primeiro piso

Ao subir as escadas que dão acesso à parte superior da RS, encontramos um longo e estreito corredor. À direita, há um pequeno espaço vago entre a escada e a parede, seguido da sala de telefonia composta de uma escrivaninha com telefone PABX, livro de anotações das ligações efetuadas, rascunhos e listas de telefones, cadeiras, uma pequena mesa com computador; a central de telefones; e um armário com computadores e equipamentos aguardando manutenção. Ao lado, há um banheiro feminino, seguido da sala onde funciona o SCTES. Climatizada por ar condicionado, ela é composta de uma mesa redonda onde permanece o livro-ponto dos trabalhadores e informativos e cadeiras, com um mural de informações e datas de aniversário logo acima; há também escrivaninha e mesa, computador, telefone, cadeiras e armários de material de expediente. Essa sala dá acesso à outra menor, que serve de almoxarifado para a seção.

Em frente à porta dessa sala, está a sala do SCOFI, que possui escrivaninhas, cadeiras, mesas, computadores, telefones e armários. Ao lado, está a sala da DVVGS, que contém duas escrivaninhas, uma pequena mesa,

computadores, telefones e dois armários. Em seguida, há a sala do CEREST, maior do que as outras, com uma subdivisão sem portas, mantendo um banheiro masculino, três escrivaninhas, cadeiras, uma mesa e cadeiras para reunião e armários. Logo após, encontra-se a sala da Direção com uma entrada que direciona a um banheiro unissex e a uma sala mais ampla com duas escrivaninhas e duas pequenas mesas, computadores, cadeiras e telefones, compartilhada por duas pessoas. Por esta sala, acessa-se a sala do Diretor, em um degrau acima de nível do que a anterior, separadas por uma porta de correr de vidro. Nela, existem uma escrivaninha, mesa, computador, telefone, cadeiras, frigobar e ar condicionado.

Quase em frente à sala da direção, há uma porta de largo corredor com acesso a quatro ambientes e no qual se encontram murais informativos, bebedouro de água, sofás e a impressora utilizada por todos desse andar da RS. À esquerda, há o Auditório da RS, climatizado com ar condicionado, composto de duas grandes mesas e cerca de 50 cadeiras, aparelho multimídia, som com microfone e aparelhos de vídeo conferência. Conta ainda com um banheiro unissex. Ao seu lado, há a sala da DVAGS e SCAERA, separadas por um degrau de nível. Nelas estão quatro escrivaninhas, uma pequena mesa, cadeiras, armários, computadores e telefones. Por ali se chega a um banheiro masculino, seguido do quarto ambiente, um corredor que dá acesso a outros quatro espaços.

Na entrada do corredor, à esquerda, tem-se uma saleta com pia, torneira e armário, utilizados para o trabalho das auxiliares de limpeza. Seguindo em frente, do mesmo lado, há a sala ocupada pelo SCRACA, dividida por seis a sete pessoas separada em três ambientes, sendo um aberto e dois fechados com portas, um usado por uma trabalhadora e outro que serve como almoxarifado da seção. Neles, as pessoas compartilham de armários, pequenas mesas, escrivaninhas, cadeiras, telefones, computadores e impressoras, sendo o ambiente climatizado com ar condicionado.

À sua frente, há um primeiro ambiente onde funciona a SCVGE, climatizado por ar condicionado e composto de escrivaninhas, ilhas para computadores, pequenas mesas, cadeiras, armários, telefones e computadores. Por esse ambiente se tem acesso à SCVSAT, da qual está separado por uma divisória de madeira. Na SCVSAT, há um banco de espera, armários, uma mesa e cadeira para reuniões, escrivaninhas, cadeiras, computadores e telefones. Dessa primeira sala se tem acesso a outras duas, uma à direita, onde permanecem duas pessoas, e que conta

com armários, escrivaninha, computadores, telefone e cadeiras; e, ao lado, está a sala onde permanecem três pessoas, com escrivaninhas, cadeiras, telefones, computadores e prateleiras. Anexo a ela está uma saleta para almoçar. Todo esse espaço compartilhado é climatizado por ar condicionado.

O último espaço é a sala da SCAPS, separada das salas citadas anteriormente por divisórias em madeira. É um ambiente amplo, frequentado por quatro a cinco pessoas, composto de mesas, escrivaninhas, cadeiras, telefones, computadores, armários, cartazes e materiais informativos para distribuição nas SMS. Dele se tem acesso a um banheiro feminino e a uma pequena sala de almoçar.

A grande maioria dos ambientes possui uma ou duas janelas, sendo que apenas alguns são climatizados com ar condicionado, muito em função de sua localização no prédio ser propícia ao sol e calor da tarde. O forro e o piso são feitos de madeira e as paredes são feitas em alvenaria e outras em divisórias de madeira removíveis para a adaptação do local. A distribuição dos trabalhadores se dá por núcleos de trabalho, geralmente por seções, sendo que as divisões (chefias, trabalhadores e estagiários que as compõem) permanecem quase sempre em separado das suas respectivas seções.

2.1.1.2 Unidade de Coleta e Transfusão

A Unidade de Coleta e Transfusão está situada há cerca de 700 metros da sede da RS estudada, na região central do município, ao lado de outro órgão regional de saúde. Sua constituição atual data do ano de 2000, construída em dois pisos, toda de alvenaria.

Térreo

A entrada da unidade está identificada por uma placa da SESA e do HEMEPAR, com o nome da Unidade, localizada à frente da cobertura de acrílico que cobre o pátio, pelo qual se acessa a entrada do prédio e onde permanecem os dois veículos oficiais da UCT. Todo o térreo está adaptado à movimentação de portadores de deficiências. O *hall* de entrada é composto por escrivaninhas com telefone e computador, cadeiras, bebedouro de água, mural e cartazes informativos. À direita encontram-se dois banheiros para os doadores, enquanto que à esquerda

há uma sala fichário na qual se guardam todos os documentos dos doadores em arquivos de aço, havendo ainda armários e telefone no local.

Do lado esquerdo do *hall* se tem acesso a uma segunda sala de espera com cadeiras, mesa e aparelho de TV, na qual os doadores cadastrados na recepção ficam no aguardo da triagem clínica do médico, o que acontece logo ao lado, em uma sala composta de escrivaninha, computador, telefone, cadeiras, balança, estetoscópio e aparelho de pressão. À direita da sala de espera, fica o espaço de triagem hematológica, que dispõe de escrivaninha, balcão, cadeiras, mesa, computador e impressora com códigos de barra e telefone. Ali se realiza o exame de hemoglobina para saber se o doador está com anemia e também se faz a etiquetagem das pipetas e das bolsas de sangue com códigos de barra que carregam a identificação dos doadores e das bolsas.

Logo à frente, encontra-se a sala de coleta de sangue, ambiente mais amplo do que os outros e com climatização de ar condicionado, composto de três cadeiras de coleta e um balcão no qual são armazenados na parte interna os equipamentos de proteção individual dos trabalhadores como máscaras e luvas; e externamente, as pipetas e as bolsas que serão usadas para a coleta, e um computador com leitor dos códigos de barras. Anexo a esse ambiente, está a sala de recuperação de doadores que possam vir a ter algum mal estar, equipada com uma cadeira de coleta elétrica, uma maca, fluxômetro com cilindro de oxigênio, um ambu (reanimador manual), dois aspiradores de secreção e caixa de emergência com medicamentos para um socorro imediato, caso necessário.

Deste espaço se tem acesso a um jardim externo e à copa, local onde se serve o lanche aos doadores. Ela é composta de mesa com cadeiras, geladeira, fogão, pia, armários e telefone. À sua direita, há uma pequena sala na qual há um tanque de lavar roupas e armários onde se guardam materiais usados para limpeza e há ainda, ao lado, um ambiente aberto e externo para a circulação de pessoas e o uso de um varal para secagem dos panos utilizados para limpeza.

Ao lado esquerdo da copa segue um corredor que dá acesso à saída, à escada para o segundo piso e à sala de fracionamento. Ela é separada do corredor por uma porta de vidro, que permite a entrada em uma antessala, com escrivaninha e cadeira, separada por uma porta sanfonada de outra sala equipada com armário, balcão, balança, computador, caixas de transporte de bolsas de sangue, refrigerador que acondiciona as bolsas e ar condicionado.

Primeiro piso

Da saída da escada, logo em frente, chega-se ao Laboratório, um ambiente amplo, climatizado por ar condicionado e dividido em quatro salas: logo em sua entrada há uma sala com um balcão à direita onde se faz centrifugação dos tubos, no qual há duas centrífugas, uma banquetta, um homogeneizador e quadro de recados. À direita, está a sala em que se faz a filtração das bolsas de sangue, que possui um pia higienizadora e armário, seguida de outra saleta que possui o equipamento denominado de fluxo laminar, no qual se realiza essa filtração.

Ao lado desta sala, encontra-se um espaço denominado de Rede de frios - Estoque liberado, composto de dois refrigeradores com bolsas de sangue, dois *freezers* para gelox e dois aparelhos de ar condicionado. Por fim, à direita, chega-se ao laboratório propriamente dito, equipado com duas bancadas nas quais permanecem todos os equipamentos e materiais necessários para realizar o trabalho de transfusão de sangue, como centrífuga, banho-maria, etiquetadora, computador, impressora, termômetros, dois refrigeradores novos, ar condicionado e extintor.

Saindo do Laboratório, virando-se à esquerda novamente no corredor, chega-se ao almoxarifado número 1, no qual se guardam materiais de consumo administrativo, cozinha e limpeza necessários para o funcionamento geral da UCT, e ainda armários com os quais se faz a gestão documental de todas as pastas de documentos existentes na unidade desde sua abertura. À esquerda do almoxarifado, existe um pequeno corredor que favorece a entrada para os banheiros feminino e masculino para funcionários e, logo após, o almoxarifado de número 2, que contém materiais de enfermagem e de laboratório. Seguindo o corredor, chega-se à sala administrativa onde funcionam os serviços administrativos e a chefia da UCT, dividida por três pessoas que utilizam escrivaninhas, cadeiras, computadores, impressoras, telefones, quadro de recados e armários de materiais administrativos e pastas com arquivos de documentos.

Saindo desse espaço e, virando-se à esquerda do corredor, chega-se ao vestiário, que possui armários em aço para guardar os pertences pessoais dos funcionários. Ao seu lado, fica a sala de esterilização, equipada com uma mesa em que se deposita uma estufa para a esterilização de materiais. A seguir, o último ambiente deste piso é a sala de expurgo, que possui uma pia para a limpeza de

materiais e uma bancada com uma autoclave 30/45. Do lado de fora da UCT, encontra-se o Depósito de resíduos e o gerador de energia.

Os dois prédios mostram cuidados diferentes com os ambientes. O prédio onde se encontra a RS foi alvo de muitas críticas dos trabalhadores, por ser antigo e adaptado com muitas divisórias, apresentar pouco espaço, claridade e ventilação, além de promover a separação física dos núcleos de trabalho, até entre aqueles que atuam na mesma divisão. Com uma ambiência pouco agradável e sem acessibilidade, os trabalhadores nutrem a expectativa de que haja a construção de um prédio que atenda suas necessidades laborais e as da RS, segundo eles, compromisso firmado por vários governadores de estado. Os locais de maior convivência coletiva são a cozinha e o auditório.

A Unidade de Coleta e Transfusão está situada em um prédio mais novo, adequado às exigências sanitárias e técnicas para a coleta de sangue, construção realizada pelo HEMEPAR. Assim, apesar da falta de acessibilidade para o primeiro piso e da separação entre a parte técnica e a administrativa, a ambiência do lugar é agradável e propicia as condições necessárias para um bom desenvolvimento do trabalho. Os encontros entre os trabalhadores ocorrem no *hall* de entrada e na copa da Unidade.

2.2 Quem são os trabalhadores da RS por seus próprios relatos

Quando do início da imersão no campo, havia 89 trabalhadores vinculados à RS estudada, sendo:

- 58 vinculados ao estado ou estatutários (admitidos por concurso público estadual ou cedidos por municípios da região);
- 05 em cargos comissionados (convidados a assumirem cargos sem nenhum tipo de seleção formal);
- 06 concursados pelo Ministério da Saúde (admitidos por concurso público federal e cedidos ao governo estadual),
- 01 cedido por um hospital da região;
- 06 estagiários;

- 13 terceirizados (contratados via CLT por uma empresa terceirizada contratada pelo governo de estado para a realização de vigilância de segurança e auxílio na limpeza).

No início da imersão no campo, em agosto de 2012, três dos trabalhadores estatutários estavam afastados de suas funções por problemas de saúde. Outros 21 não atuavam na RS, pois foram cedidos para cargos ocupados em quatro municípios e um Consórcio Intermunicipal de Saúde da região de sua abrangência.

Como em todas as atividades propostas na pesquisa, os questionários de caracterização dos trabalhadores da RS também poderiam ser preenchidos e devolvidos apenas por aqueles que se disponibilizassem a fazê-lo, em caixas deixadas em locais de fácil acesso, para manter o anonimato dos participantes. Dessa forma, 51 questionários foram respondidos por trabalhadores das três divisões, nove seções e três outras estruturas ligadas hierarquicamente à Direção da RS, terceirizados e estagiários, representando-se todos os tipos de trabalhadores ali atuantes. Os dados apresentados por esses respondentes serão sistematizados a seguir, com especial atenção para os concursados e os comissionados, por se tratarem dos trabalhadores que permanecem mais tempo na RS ou possuem cargos de chefia que interferem substancialmente em sua gestão.

2.2.1 Características pessoais

O maior número de respondentes dos questionários foi de concursados (40 deles), seguidos de comissionados (05), terceirizados (04) e estagiários (02). Como pode ser visto na tabela abaixo, 29 dos respondentes é do sexo feminino e 22 do masculino, possuem idade média de 36,54 anos, sendo o mais novo de 17 anos e o mais velho de 68 anos. Em sua maioria são casados. Note-se que a média de idade dos concursados é bem superior à geral, sendo de 49,8 anos.

Tabela 1: Características de sexo, idade e estado civil dos respondentes

Vínculos do trabalhador	Descritores									
	Sexo		Idade				Estado civil			
	Fem	Mas	N.	Mín	Máx	Média	Sol	Cas	Div	Outro
Concursado	25	15	40	24	68	49,8	07	26	04	03
Comissionado	03	02	05	23	43	33,6	02	02		01
Terceirizado		04	04	28	53	42,75		03		01
Estagiário	01	01	02	17	23	20	01	01		
Média Geral	29	22	51	23	46,75	36,54	10	32	04	05

Fonte: Questionários de (re)conhecimento das características dos trabalhadores da RS

No que se refere à renda, a maior parte dos respondentes relatou receber de 01 a 05 salários mínimos, seguidos de outros que recebem de 05 a 10 salários, sendo visível na tabela a seguir que os concursados possuem os maiores rendimentos, provavelmente devido aos adicionais de tempo de carreira. Também são eles que declararam ser fonte principal da renda da família e possuir, em média, 1,65 dependentes dela. No total, dois terços dos respondentes são responsáveis por suas famílias e possuem em média 1,23 dependentes.

Tabela 2: Renda aproximada e participação familiar dos respondentes

Vínculo do trabalhador	Descritores										
	Faixa em salários mínimos						Renda principal		Dependentes		
	Até 1	1-3	4-5	5-10	11-15	+15	Sim	Não	Sim	Não	Média
Concursado		06	11	18	02	03	29	11	26	14	1,65
Comissionado		02	02			01	03	02	03	02	1,0
Terceirizado		04					03	01	04		1,25
Estagiário	02						01	01	01	01	1,0
Média Geral	02	12	13	18	02	04	36	15	34	17	1,23

Fonte: Questionários de (re)conhecimento das características dos trabalhadores da RS

Quanto ao item escolaridade, os respondentes poderiam escolher e preencher mais de uma alternativa, descrevendo ou não o título da formação que acusaram ter, resultando em dados que ultrapassam o número de respondentes ou não os expõem de forma integral, como no caso de três deles que indicaram apenas a última especialização e não a sua formação de origem. As escolaridades declaradas vão desde o Ensino Fundamental incompleto até o mestrado, sendo que

pelos menos 30 respondentes possuem ensino técnico ou superior, especialmente os concursados e os comissionados.

Tabela 3: Escolaridade dos respondentes

Níveis de Ensino	Vínculo do trabalhador							
	Concursado		Comissionado		Terceirizado		Estagiário	
	Qtde	Média anos	Qtde	Média anos	Qtde	Média anos	Qtde	Média anos
Fun. Inc.	01	s/d						
Médio Inc.	04	s/d			03	s/d	01	atual
Médio Com.	09	s/d			01	s/d		
Técnico	08	22,75						
Sup. Inc.							01	atual
Sup. Com.	15	20,07	05	08				
Pos Esp.	15	09,27	03	08				
Pos Ms.			01	03				

Fonte: Questionários de (re)conhecimento das características dos trabalhadores da RS

Da escolaridade relatada e visível na tabela 3 e quadro 11, visualizamos que, especificamente na área da saúde, quatro pessoas possuem cursos técnicos, outras nove com cursos de nível superior e dez, especialização. Outras áreas mais citadas foram curso Técnico em Contabilidade, cursos superiores em Educação e pós-graduação em Gestão de recursos humanos ou Administração pública. Os concursados encerraram os cursos técnicos e superiores em média há 22,75 anos e 20,07 anos respectivamente, tempo muito maior do que os 08 anos de média dos comissionados, algo condizente com a média de idade dos primeiros.

Os questionários mostraram ainda que os trabalhadores têm buscado na pós-graduação áreas, subáreas ou temáticas que dizem respeito ao trabalho exercido nos últimos anos na RS, podendo indicar uma busca por aprimoramento específica para necessidades laborais atuais, com média de 09,27 anos para os concursados e 08 anos para os comissionados.

Quadro 11: Descrição do tipo de formação dos respondentes

Vínculo do trabalhador	Formação
Concursado	<u>Técnico</u> : quatro técnicos em contabilidade; três em enfermagem; e um em higiene dental. Dois respondentes possuem ensino médio completo com auxiliar de enfermagem, com média de 25,50 anos. Dois declararam possuir formação técnica em contabilidade e enfermagem e outra em vigilância sanitária, anterior ao ensino superior e especialização cursados.
	<u>Ensino Superior</u> : Cinco respondentes se formaram em Farmácia e Bioquímica; Odontologia; Medicina; Ciências; Enfermagem; e Tecnologia Sanitária. Na área da Educação, dois respondentes se formaram em Letras; dois em pedagogia; e um em Normal Superior.
	<u>Pós-graduação</u> : <u>Especialização</u> : dois respondentes são especialistas em Vigilância Sanitária, e outros em Saúde Pública; Ginecologia/Obstetrícia; Farmacologia aplicada à atenção farmacêutica; Farmacologia Clínica; Endodontia e como Sanitarista. Outros três respondentes cursaram Gestão de Recursos Humanos; Gestão de pessoal; Gestão Estratégica de Pessoas. E em Educação: Psicopedagogia Clínica Institucional e Matemática aplicada. OBS: quatro respondentes possuem dupla especialização (somando-se à primeira: Ultrassonografia, Gestão e sistema de saúde, Gestão Estratégica de pessoas, Gestão em assistência farmacêutica); e um com especialização tripla (somada com Implantodontia; e Saúde Pública).
Comissionado	<u>Ensino Superior</u> : Odontologia; Farmácia e bioquímica; Enfermagem; Pedagogia; e Sistema de informação.
	<u>Pósgraduação</u> : <u>Especialização</u> - Implantodontia; Dispensação farmacêutica; Saúde pública. OBS: duas pessoas possuem dupla pós-graduação com Especialização em Gestão e Assistência farmacêutica e <u>Mestrado</u> em Administração e Governo Público.
Terceirizado	Ensino médio incompleto e completo.
Estagiário	Ensino médio incompleto e superior incompleto: Veterinária.

Fonte: Questionários de (re)conhecimento das características dos trabalhadores da RS

2.2.2 Características dos cargos ocupados pelos respondentes

Uma das questões realizadas no questionário era a dos cargos que os respondentes ocupavam ou haviam ocupado na RS. No quadro 12 é possível perceber que a maior mobilidade foi a dos concursados que relataram ter sido chefes de seção, divisão ou mesmo da própria RS, ou cumpriam cargos em outras seções que já foram reorganizadas e atualmente estão sob outra nomenclatura, ou resultado de remanejamentos internos. Entretanto, no cômputo geral, a maioria dos respondentes acusa continuar no mesmo cargo que o atual. Cabe ressaltar que a nomenclatura citada a seguir foi a utilizada pelos trabalhadores, tal qual a mantinham na memória: Diretor; Chefes de divisão e de seção; Coordenação da estratégia da saúde na família e de endemias; Agentes de apoio, motorista e telefonista; Auxiliares administrativo, de saúde pública, de execução, de enfermagem e operacional-copeira; Técnicos de enfermagem, em/de saúde, da visa, e tecnólogo em saneamento; Agente profissional; Odontologista; Farmacêutico/Bioquímico; e Médico triador; Auditoria interna; Terceirizados Vigilantes e segurança patrimonial; Estagiários; Nenhum.

Quadro 12: Outros cargos ocupados pelos respondentes anteriormente

Vínculo do trabalhador	Outros cargos RS		
	Sim	Não	Quais
Concursado	19	21	<p>Chefes das seções de avaliação e monitoramento, tuberculose, hanseníase, vacinas; de epidemiologia; da VISA; do SCRACA; ou substituição em férias da chefia Vigilância em saúde; RH; UCT; SAM; e do administrativo da RS.</p> <p>Diretor da RS.</p> <p>Auditor.</p> <p>Em diversas áreas da RS; planejamento em saúde e regulação, controle avaliação e auditoria; Pedagoga RH; SCRACA, SCAPS; SIPAS; Vigilâncias em saúde e epidemiológica; Auxiliar de laboratório; Farmácia; Seção administrativa (financeiro, transporte e patrimônio); manutenção; e motorista.</p>
Comissionado	01	04	Farmacêutica do SCINE
Terceirizado	00	04	-
Estagiário	01	01	Estagiário protocolo
Média Geral	21	30	51

Fonte: Questionários de (re)conhecimento das características dos trabalhadores da RS

Em geral, a totalidade dos respondentes possui mais de 10 anos de trabalho na área da saúde e da saúde pública, sendo que cerca de 6,73 deles cumpridos no cargo atual, como se observa na tabela abaixo. Os concursados são os que possuem maior média de trabalho na área da saúde, com 24,89 anos, quase idêntico à média de atuação na saúde pública, de 24,11 anos, sendo que a média do cargo atual diminui para 13,61 anos, em função das modificações estruturais e organizacionais da RS ao longo dos anos. Em comparação, os comissionados apresentam média bem menor de tempo de atuação tanto na saúde (6,98 anos), quanto na saúde pública (5,5), baixando ainda mais para o cargo atual que é de 1,9 anos. Isso se deve pela rotatividade sazonal da ocupação desses cargos, ligada ao fato de suas indicações serem frutos de acordos políticos a cada nova eleição ou reconfiguração política regional. Chama atenção, ainda, os 10,4 anos de tempo de atuação dos terceirizados vigilantes nas três categorias, permitindo que, ao longo do tempo, fossem se tornando parte da organização e produtores de cuidado, como veremos no Capítulo 5.

Tabela 4: Tempo de trabalho dos respondentes nas áreas de saúde, saúde pública e no cargo atual

Tempo	Vínculo dos trabalhadores/Anos trabalhados												
	Concursado			Comissionado			Terceirizado			Estagiário			
	Mín	Máx	Méd	Mín	Máx	Méd	Mín	Máx	Méd	Mín	Máx	Méd	Méd
Saúde	3,58	36,5	24,89	1,92	13	6,98	02	17,67	10,40	0,92	1,33	1,13	10,85
Saúde Pública	1,00	33,08	24,11	1,58	13	5,5	02	17,67	10,40	0,92	1,33	1,13	10,29
Atual cargo	1,00	32,08	13,61	1,58	02	1,9	02	17,67	10,40	0,67	1,33	1,0	06,73

Fonte: Questionários de (re)conhecimento das características dos trabalhadores da RS

No mesmo sentido, observa-se abaixo que o maior intervalo de tempo de trabalho na RS também é dos concursados, em especial nas faixas que vão dos 21 a mais de 30 anos, totalizando 26 respondentes. Tal dado aponta para o envelhecimento de um grande percentual de trabalhadores com conhecimento processual e longitudinal da RS, com larga experiência na regionalização do SUS, em contraposição à inexpressiva admissão de outros concursados que possam ser formados em serviço por seus colegas mais experientes.

Tabela 5: Intervalo de tempo de trabalho na RS

Vínculo do trabalhador	Intervalo em anos								
	- 1	1-3	4-5	5-10	11-15	15-20	21-25	26-30	+ 30
Concursado		05	02	03	01	03	15	05	06
Comissionado		04		01					
Terceirizado		01	01		02				
Estagiário	01	01							
Média geral	01	10	03	04	01	05	15	05	06

Fonte: Questionários de (re)conhecimento das características dos trabalhadores da RS

No espaço de dois anos (2013-2014) ocorreram muitas mudanças na ocupação dos cargos da RS, demonstrando que mesmo diante do envelhecimento dos trabalhadores e certa estabilidade nos cargos, também há muita mobilidade funcional na RS estudada. Assim, por término de contrato ou encerramento de atividades letivas, alguns estagiários foram substituídos. Todos os terceirizados vigilantes também saíram da RS porque a empresa que os contratava perdeu a

licitação de prestação de serviços. Concursados saíram de licença prêmio ou especial por três meses; licença por doença ou maternidade; aposentadorias; transferências para outras RS ou para a SESA; remanejamento de cargos para outras seções; entrada de novos trabalhadores e, ainda, um falecimento.

O déficit mais comentado no cotidiano e presente nos questionários é o de profissionais com várias formações na sede da RS e a falta crônica de médicos na Unidade de Coleta e Transfusão, sem que haja a substituição de pessoas que estão cedidas, licenciadas, aposentadas ou falecidas, bem como os inúmeros cargos que não foram sequer preenchidos anteriormente. Atribuem à SESA a responsabilidade por não realizar concursos públicos que permitiriam a programação sistematizada de desligamentos e contratações.

Nesse sentido, alguns trabalhadores com mais tempo de RS e próximos à aposentadoria se ressentem de não poder repassar seus conhecimentos para os outros, pois aprenderam tudo em serviço, foram construindo, criando e refazendo o processo de trabalho. Sentem-se responsáveis pelo seu trabalho, mas sem condições concretas de auxiliar na sua continuidade sem que haja rupturas e/ou longos períodos sem preenchimento do cargo. Nessa direção, não existe na organização um período de preparação dos trabalhadores para aposentadoria ou dos ingressantes na RS.

2.2.3 Sobre tecnologias e formação permanente

A utilização de diferentes e modernas tecnologias e o acesso à formação permanente são dois aspectos do trabalho atual que costumam ser descritoras de possibilidades de constante renovação dos saberes e fazeres profissionais que permitiriam, em tese, modificações e/ou melhorias em sua atuação. No questionário, solicitei respostas a respeito de três tecnologias (computador, internet e telefone), deixando espaço para que os trabalhadores apontassem outras, junto da descrição de como e por quanto tempo fazem uso delas em seu cotidiano. Todo o conteúdo apresentado escrito pelos respondentes foi tematizado e reunido de acordo com suas semelhanças.

O computador e a internet têm sido as tecnologias utilizadas por um maior número de respondentes (40 e 39, respectivamente) e por maior média de horas/dia (3h38 e 2h58). Segue-se o uso do telefone, que, embora citado por um número maior de pessoas (44), tem sido utilizado por menos tempo (1h59). Apenas 10

peças citaram o uso de outras tecnologias (fax, celular, aparelhos multimídia e de vídeo conferência, programas específicos de computador e *scanner*) que utilizam apenas esporadicamente, em situações especiais ou de maior urgência. No caso do computador, as funções mais citadas são administrativas, em relação ao preenchimento, elaboração e controle de documentos, cadastros, relatórios e dados de sistemas, sendo o acesso ao *e-mail* uma das atividades mais apontadas.

Os trabalhadores afirmaram que a *internet* e, especificamente, o *e-mail* institucional, passou a ter espaço central na consecução de suas funções, principalmente no que diz respeito ao contato e atividades com a SESA e com os programas e sistemas federais, havendo menor intensidade em relação aos municípios de sua abrangência, embora seja algo crescente.

Quando do encerramento do campo, ao final de 2013, a Unidade de Coleta e Transfusão passou por um processo de renovação de equipamentos e sistema de trabalho denominado pela HEMEPAR de Hemovida, que consiste na conexão em rede digital de tudo o que ocorre na unidade, desde o cadastramento dos possíveis doadores até todo o controle e acompanhamento das bolsas de sangue coletado, algo visível em todo estado. Para tanto, o HEMEPAR forneceu aos trabalhadores treinamentos, computadores, impressoras e leitores de barras específicos para a utilização desse sistema. Assim, um processo de trabalho que era quase que exclusivamente manual para alguns dos trabalhadores, para posteriormente ser digitalizado por outros, passou a ser integralmente virtual nos aspectos de registro e controle de tudo o que ali se faz. Segundo os relatos dos trabalhadores da Unidade, tais modificações causaram certa insegurança e resistência até que pudessem dominar a nova tecnologia. Dessa forma, se os questionários fossem respondidos nesse período, haveria diferenças substanciais nos resultados, já que praticamente nenhum deles havia relatado o uso de computador ou internet.

Embora a média de tempo diária de uso seja menor do que a das outras tecnologias, o telefone ainda é muito utilizado pela rapidez e resolutibilidade que propicia, pois os trabalhadores relatam que se trata de um meio rápido e efetivo de comunicação e resolução de problemas. Também é a tecnologia mais utilizada com os colegas de trabalho da própria RS, com usuários, prestadores de serviços e secretários municipais de saúde, pois, como relatou um dos respondentes, não se dispensa o contato direto das pessoas pelo telefone, pois “o *email* ainda não é o meio de comunicação mais usado.”.

Durante o período em que estive em campo, observei o uso de vários instrumentos e materiais elaborados, impressos e encaminhados pelo Ministério da Saúde ou pela SESA, de programas e sistemas específicos, assim como materiais, apresentações e conteúdos, por exemplo, que os próprios trabalhadores preparam para a organização de reuniões ou eventos, mas que não são por eles referidos como tecnologias ou ferramentas a que recorrem em seu trabalho, reportando-se apenas a equipamentos, respostas que podem ter sido induzidas pelo próprio questionário em si, diante das questões sobre o computador, internet e telefone.

Tanto no cotidiano quanto nos questionários, os trabalhadores da RS relataram muitas mudanças tecnológicas, com a inclusão massiva de novos equipamentos, computadores, internet e programas (em especial na Unidade de Coleta e Transfusão), que impactaram profundamente o trabalho naquela RS, cada vez mais complexo, interativo, ágil e veloz do que outrora.

Essas modificações exigiram adaptações de conhecimentos e habilidades de cada trabalhador, algo que, segundo relatos, foi se dando gradualmente e em serviço, mesmo que os respondentes não as reconheçam como forma de aprimoramento pessoal ou profissional. O aprimoramento é valorizado quando associado às capacitações e/ou formação continuada demandadas pela SESA ou pelo MS quanto a programas/sistemas da federação (para os quais precisam ser treinados). Entretanto, essas capacitações não existem/acontecem de forma planejada e extensiva a todos os trabalhadores, havendo maior concentração para alguns concursados, notadamente os que possuem cargos de chefia de divisão ou seção ou que são responsáveis por algum programa ainda em formulação ou que demande revisão constante, seguidos dos comissionados, também em cargos de chefias (tabela 6). Das 32 pessoas que responderam ter participado de alguma capacitação durante o ano de 2012, 20 delas o fizeram de uma a três vezes no ano, enquanto que quase 19 dos respondentes não participaram de nenhuma, demonstrando certa discrepância na distribuição de oportunidades de formação, situação que produz críticas, insatisfações e disputas entre os trabalhadores, como veremos no capítulo 3.

Tabela 6: Quantidade de capacitações frequentadas pelos trabalhadores no ano de 2012.

Vínculo do trabalhador	Capacitação por ano								
	Nenhuma	1	2	3	4	5	+5	+10	
Concursado	16	05	04	05	03	02	01	04	
Comissionado		01	01	01		02			
Terceirizado	01	02	01						
Estagiário	02								
Total	19	08	06	06	03	04	01	04	

Fonte: Questionários de (re)conhecimento das características dos trabalhadores da RS

Quando questionados sobre as temáticas das capacitações que frequentaram, os respondentes declararam serem de assuntos relacionados diretamente ao cargo que ocupam e às funções que desempenham, quase sempre de operacionalização e utilização imediata. Entretanto, diferentemente das outras capacitações, os conhecimentos trabalhados nas capacitações que envolvem a criação de redes de atenção em saúde e sistemas foram menos restritivos, pois exigem ações e serviços que transversalizam o trabalho de muitos trabalhadores e poderiam ser, portanto, compartilhadas por diferentes núcleos de trabalho.

Quadro 13: Descrição do tipo de capacitações frequentadas pelos respondentes em 2012

Vínculo do trabalhador	Temas das capacitações
Concursado	<p><u>Atenção básica:</u> geriatria, gerontologia, queda de pessoas idosas, combate à violência, mortalidade materna infantil, fetal e UGIF.</p> <p><u>Redes e sistemas:</u> APSUS; Mãe paranaense; Urgência e emergência; HOSPSUS; COMSUS, SINAN; sistemas de informações de vigilância.</p> <p><u>Planejamento:</u> COAP; planejamento; organizando as redes de atenção, avaliações, pactos,</p> <p><u>Farmácia/medicamentos:</u> novos medicamentos; passagem do medicamento judicial para o programa de dispensação de medicamentos especiais; imunobiológicos.</p> <p><u>Vigilâncias:</u> vigilância em saúde e sanitária; vigilância da AIDS; MH, H1N1, doenças re-emergentes; saúde do trabalhador, estabelecimentos farmacêuticos, processo administrativo sanitário, endemias, dengue; programa de tuberculose e hanseníase; formação de multiplicadores para teste rápido de HIV, sífilis, hepatite B e C;</p> <p><u>UCT:</u> problemas relacionados a transfusão; primeiros socorros em sala de coleta; atualidades na rede HEMEPAR; resolução de discrepância ABO e RH; e auditoria interna.</p> <p><u>Administrativo:</u> contabilidade pública; e RH.</p> <p><u>Atendimento:</u> ouvidoria; atendimento ao público; telefone.</p> <p><u>Outros:</u> atualização em oxigênio terapia; regulação de consulta TFD; manejo DPS; e português instrumental.</p>
Comissionado	Administração e saúde pública; administração financeira; vídeo conferencia; programas governamentais; tuberculose, hanseníase, medicamentos especializados; APSUS; Mãe Paranaense; AIDS; e saúde mental.
Terceirizado	Reciclagem de Vigilante; Código penal e Relações humanas.
Estagiário	-

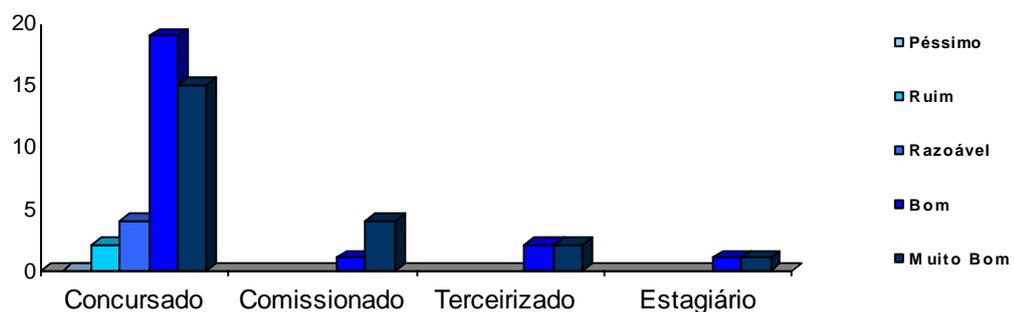
Fonte: Questionários de (re)conhecimento das características dos trabalhadores da RS

Diferentemente do que acontece nas capacitações mais pontuais, a formação continuada demonstrada no Quadro 13 ocorreu, em 2012, apenas para sete dos respondentes, sendo cinco deles chefias de seção ou divisão, com temáticas relacionadas à atuação em seu próprio cargo (curso de pós-graduação; Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde; Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná; Atualização em Diabetes e Técnico em Vigilância em saúde). Tais dados demonstram que essa prática ainda não está instituída na RS estudada e não faz parte dos planejamentos institucionais locais, atendendo demandas da SESA ou por decisão do próprio trabalhador.

2.2.4 A autoavaliação dos trabalhadores

Parte do questionário era dedicada a questões abertas ou fechadas nas quais os respondentes poderiam avaliar seu desempenho e comprometimento no seu trabalho, o conhecimento que possuem de seu setor, dos outros setores e de toda a RS, possibilitando espaços em que os trabalhadores pudessem expressar o que conhecem da organização, o que dela esperam e como nela se posicionam. Na Figura 8 podemos ver que a maioria dos respondentes avalia como muito bom ou bom o seu conhecimento quanto ao trabalho do setor que ocupa. Apenas concursados apontaram que é razoável e ruim.

Figura 8: Avaliação do conhecimento do participante sobre o trabalho de seu setor.

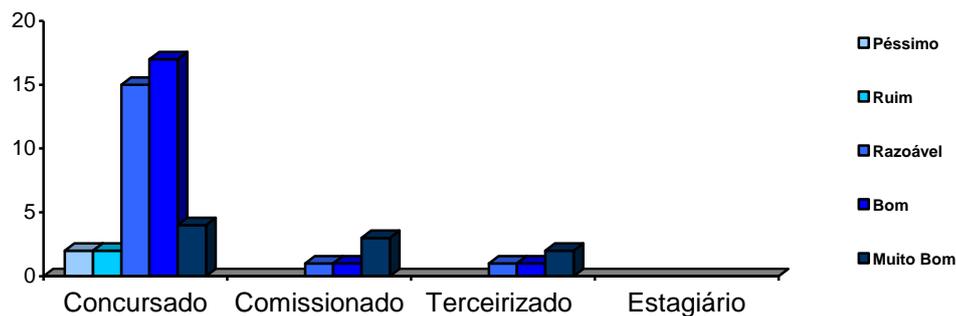


Fonte: Questionários de (re)conhecimento das características dos trabalhadores da RS

Igualmente, apenas os concursados apontaram que seu domínio sobre o que outros setores fazem é péssimo ou ruim. Entretanto, cresceram os índices compartilhados também por comissionados e terceirizados de conhecimento razoável e diminuíram os de bom e muito bom, indicando que a troca de

informações interna se dá com maior dificuldade do que ocorre mais próximo a cada um deles, em seu cotidiano laboral (Figura 9). Já nesse momento podíamos visualizar o funcionamento da RS como um arquipélago de relações e de desenvolvimento do trabalho, como veremos no capítulo 3.

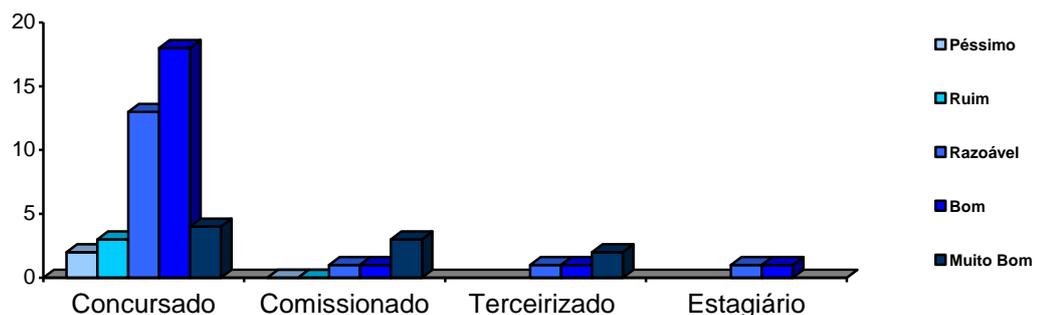
Figura 9: Avaliação do conhecimento do participante sobre o trabalho de outras seções e divisões da RS.



Fonte: Questionários de (re)conhecimento das características dos trabalhadores da RS

Parecida com a avaliação anterior, os respondentes declaram que têm conhecimento bom, muito bom e razoável sobre o que compõe as funções e atuações da RS, evidenciando que ainda há certo desconhecimento do funcionamento total do órgão e que muito se pode melhorar no compartilhamento de informações e atuações. Novamente, apenas os concursados afirmaram ter uma noção ruim ou péssima do que ali se faz, corroborando as outras respostas (Figura 10).

Figura 10: Avaliação do conhecimento do participante sobre o trabalho desenvolvido em toda a RS.



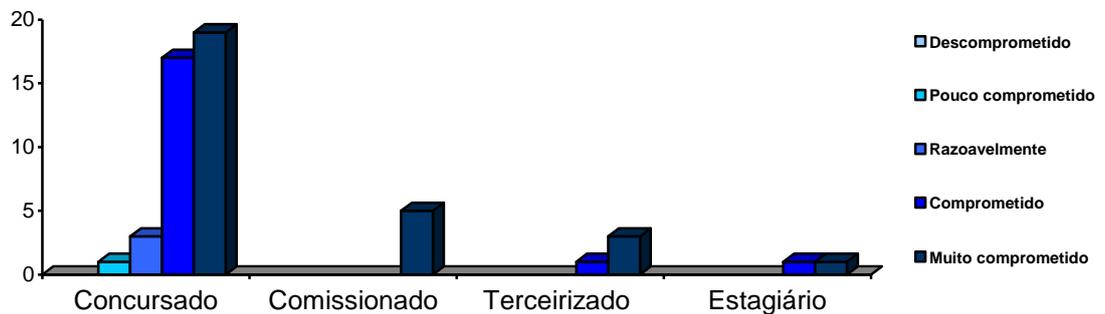
Fonte: Questionários de (re)conhecimento das características dos trabalhadores da RS

Chama a atenção que os trabalhadores reconhecem conhecer mais de seu setor internamente do que os outros setores e a RS, sendo um dos aspectos citados a ser melhorado e foco de atenção e ação dos gestores, especialmente porque a maioria dos respondentes se declarou com um bom nível de comprometimento para com seu trabalho e expectativas de melhoras, como veremos adiante, favorecendo, em tese, a construção coletiva de novas formas de atuação.

Cabe aqui explicitar que 26 pessoas apontaram suas expectativas quando do início de sua atuação na RS e no momento atual. Ao ingressar na RS se esperava colaborar para o atendimento e melhoria da qualidade da saúde pública em geral, no exercício da vigilância sanitária de ambientes ou por meio de novos conceitos em gestão pública regional e programática. Também se almejava crescimento pessoal e profissional, demonstrando competência, qualidade, comprometimento e dedicação no cotidiano. Com as respostas dos trabalhadores sobre suas expectativas iniciais em atuar na RS, pudemos confirmar o pressuposto de que parte deles ingressou no serviço público com alguma expectativa de poder contribuir para um melhor atendimento das necessidades de saúde da população, mas, progressivamente, vê esse ideal de ser “servidor” cada dia mais distante, conforme veremos com mais detalhes nos Capítulos 3 e 4.

Quando questionados sobre o quanto se avaliam comprometidos com o trabalho, a maioria dos respondentes se avalia muito comprometido, sendo que 19 deles se sentem comprometidos e apenas três declararam estar razoavelmente e um pouco comprometidos, respostas advindas dos concursados, como pode ser visto na figura abaixo. De outro lado, os conteúdos das respostas livres dos respondentes (18 deles) também forneceram indicativos de como percebem seu trabalho hoje. Por exemplo, parte deles salienta que estar na RS possibilita: ajudar funcionários e pacientes com suas informações; acreditar que o servidor pode mudar a realidade mesmo com dificuldades e não “*cruzar braços mesmo quando [algo] não depende da RS*”; “*servir ao próximo*”, desejar o melhor para a população e buscar dar resultados para uma saúde de melhor qualidade no atendimento, nas políticas públicas e nos projetos dos gestores. Pessoalmente, é possível aprender e adquirir conhecimentos constantemente, se manter atualizado quanto ao seu trabalho e o dos outros e ensinar. Para outros, é possível ser comprometido, fazer o que se gosta, sentir-se bem, ter prazer e ser feliz com seu trabalho e ainda conhecer pessoas e conviver com pessoas “*maravilhosas*” no setor.

Figura 11: Avaliação do quanto o participante se considera comprometido com seu trabalho atualmente.



Fonte: Questionários de (re)conhecimento das características dos trabalhadores da RS

Atualmente, os respondentes apontam melhorias que atribuem aos próprios trabalhadores e outras aos gestores da RS. No primeiro caso esperam que haja maior *“consideração e amor”* entre si, *“mais humildade e responsabilidade de alguns companheiros de trabalho”*, entrosamento de equipe e integração em toda a RS, bem como ética e maior comprometimento daqueles que não assumem sua função na RS e no SUS. No aspecto organizacional, salientam o desejo de serem mais valorizados em sua atuação, mas também de haver condições concretas de *“progressão na carreira”*, sendo sugerido por um deles que apenas *“funcionários de carreira”* pudessem alçar os cargos de chefia por meio de concurso público. Também se espera continuar a aprender e *“ampliar os horizontes”* e aumentar o conhecimento do trabalho de todas as seções da RS. Para a melhoria do processo de trabalho, considera-se importante definir melhor as responsabilidades de cada função da RS e assim entender suas especificidades, bem como diminuir a influência de interesses particulares de chefias e de políticos, permitindo uma gestão mais técnica do trabalho na RS. Caberia à RS, ainda, divulgar, aprimorar e qualificar a atuação dos *“membros do controle social”*, fortalecendo-os para fiscalizarem o uso correto do dinheiro público investido no SUS, sendo sua meta *“construir SUS em que todos possam usufruir de seus serviços”*.

Por fim, alguns trabalhadores avaliaram que o questionário favoreceu a expressão do que pensam e fazem durante seu tempo de atuação na RS, reavaliando-se pessoal e profissionalmente. Para um deles, os resultados do questionário e de toda a pesquisa servirão para direcionar a contratação de trabalhadores com perfil para atuar em RS, comprometidos com a qualidade dos

serviços de saúde pública para todos. Dessa forma, embora se saiba dos limites do uso de instrumento como um questionário e a probabilidade que capte um discurso mais formal e idealizado dos respondentes, assim como a probabilidade de o preencherem de acordo com o que avaliam ser a expectativa do pesquisador, pode-se dizer que o questionário possibilitou, neste estudo, um espaço inicial de expressão individual dos trabalhadores e a visualização de suas características mais gerais enquanto corpo laboral.

No entanto, a recolha e sistematização de informações sobre as características dos trabalhadores e seus posicionamentos sobre as condições de trabalho delinearão apenas uma aproximação inicial aos resultados de todo o conjunto do estudo que permitiram o mapeamento do trabalho desenvolvido na RS estudada, aprofundada pelo acompanhamento e compartilhamento de seu cotidiano, tal como L'Abbate (2003) salienta ser essencial para entender os processos microsociais e micropolíticos que ali ocorrem, ao vivenciá-los e debatê-los com os trabalhadores e aqueles a quem dirigem seu trabalho. Isso será foco das discussões dos próximos capítulos.

Dessa maneira, veremos a seguir que a consecução do trabalho na RS investigada depende de uma complexa e abrangente rede de relações, com muitos atores internos e externos. Tal configuração está associada às funções específicas de cada cargo e sua definição presente nos documentos que legislam sobre o funcionamento do SUS, bem como aos compromissos firmados entre os gestores. Assim como nos pontos dessa rede, as demandas dela recebidas ou a ela destinadas são também muito variadas, a depender de quais funções e ações cada divisão desempenha e, por consequência, quem são aqueles que fornecem condições para desenvolvê-las e os que se apropriam do que produzem. Para fazer uso de uma terminologia empresarial, poderíamos chamá-los de seus “fornecedores” e “clientes”.

A existência de tais redes é pautada em uma série de petições e compromissos, tal como conceituado por Flores (1986, 1989), citado no Capítulo 1, pressupondo-se comunicações, solicitações e respostas a elas, relação na qual ambas as partes demandam e são demandadas de alguma forma, construindo--se o cotidiano laboral. Como os trabalhadores da RS tecem e manejam essas redes e como essas ações impactam seu trabalho e o sentido que a ele se atribui, serão focos do capítulo 3 e 4.

3 CAPÍTULO – ELEMENTOS DA MICROPOLÍTICA DO TRABALHO EM UMA REGIONAL DE SAÚDE

Depois de apresentar um primeiro mapeamento das características daqueles que trabalham na RS investigada, é chegado o momento de abordar de forma mais profunda o processo de trabalho ali desenvolvido, estudo que revelou não apenas uma, mas muitas regionais. As observações da pesquisadora em campo e a construção das redes de relações e conversações com todos os trabalhadores da RS, mais o cuidadoso e trabalhoso processo de fazer as revisões das narrativas, como vimos no capítulo de metodologia, foram indicando os múltiplos modos de funcionamento da RS, em particular os muitos encontros necessários para a realização do seu trabalho no dia a dia.

A descrição dos trabalhadores e de suas redes de relações mostra uma RS que se organiza predominantemente em “núcleos” isolados de trabalho, como ilhas de um arquipélago, assumindo o desenvolvimento e manutenção dos programas e sistemas previstos em legislação, como focos de sua atenção e esforços. Ilhas de responsabilidades, normas e procedimentos operando segundo padrões próprios, mantendo redes de contatos de diferentes intensidades necessárias ao cumprimento de seu “cardápio” de responsabilidades. Vejamos as principais características micropolíticas da regional observadas durante o estudo.

3.1 A lógica burocrática

A burocracia pode ser entendida como forma de organizar e executar as atividades de ordem pública a partir de decisões de base técnico-científica. Tem como características ser composta por funcionários de carreira, admitidos por seleção que os classifica entre si, e remunerados financeiramente de acordo com a hierarquia de cargos da organização. Eles cumprem exclusivamente as competências fixadas em seu cargo, de acordo com seus conhecimentos técnicos específicos, resolvendo problemas com fins previamente dados, com base em soluções racionais estabelecidas nas normas e disposições que o aparato burocrático designe a seu cargo. Tais prescrições preveem os modos mais adequados e eficientes a serem seguidos para a execução das atividades (Weber, 1972; Saint-Pierre, 2004). Trata-se de um “saber profissional especializado” (Saint-

Pierre, 2004), impessoal, com funções objetivamente determinadas por regulamentações escritas, cumpridas racionalmente e com a neutralidade garantida pelo exercício técnico do trabalho e por uma ética da responsabilidade, embora estejam previstas sanções disciplinares que estabelecem as relações de autoridade. Os fins últimos da organização e todas as decisões que não estejam sob a competência dos funcionários dos vários níveis hierárquicos ficam a cargo de quem ocupa o mais alto cargo da máquina burocrática, do qual espera-se que também pautе suas decisões por parâmetros técnico-científicos (Weber, 1972; Saint-Pierre, 2004). Com base nessa definição, é possível dizer que marcantes elementos da lógica burocrática, tal como na definição clássica de Weber, estão presentes na Regional estudada, como veremos a seguir.

A Divisão Administrativa é composta por sua chefia e uma trabalhadora e coordena três seções: Materiais, Patrimônio e Serviços Gerais; Orçamento e Financiamento; e Gestão do Trabalho e Educação em Saúde, que serão denominadas daqui em diante como Materiais, Patrimônio e Serviços Gerais, Financeiro e RH, a fim de facilitar a identificação de cada uma delas por parte do leitor. A seção com maior número de pessoas e funções distintas é a de Materiais, Patrimônio e Serviços, composta de chefia, almoxarifado, telefonia, protocolo e transporte. Também é a seção responsável pelo contato direto com os vigilantes e auxiliares de serviços gerais, contratados por empresas terceirizadas que prestam serviços para a RS.

A Divisão Administrativa possui contatos mais internos do que externos, essencialmente burocráticos e de apoio às duas outras divisões. *Os processos de trabalho são bastante conhecidos, previsíveis e controláveis, sem apresentar muitas mudanças ao longo dos anos, marcados pela rotina.* Seus trabalhadores atuam independentemente um do outro, sendo demandados por todas as outras divisões e seções da RS, procurando-as apenas para conferir ou providenciar algo solicitado e corresponder ao fluxo de tarefas de sua competência, procedimentos bastante operacionais e corriqueiros que exigem pouca conversação até mesmo entre si. *Um trabalho rotinizado e ritualístico, o típico trabalho burocrático, segundo a definição weberiana (Weber, 1972; Saint-Pierre, 2004).*

Por sua vez, a Divisão de Vigilância em Saúde congrega sua chefia e outro trabalhador, bem como as seções de Vigilância Epidemiológica e de Vigilância Sanitária, Ambiental e de Saúde do Trabalhador. Entretanto, como a RS estudada

possui um Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (estrutura administrativa ligada diretamente à Direção), as atuações voltadas à saúde do trabalhador não são executadas pela última seção, embora o façam esporadicamente, em meio às suas fiscalizações. Ocorrem poucos contatos da Divisão com outras seções, havendo mais intensidade na relação com a Direção e também com alguns colegas por meio dos comitês mistos (como os de mortalidade materno-infantil) e em reuniões com os profissionais das SMSs. Também não têm contato entre si, conduzindo seu cotidiano cada qual com suas atribuições. *Aqui, novamente estamos diante de um “núcleo de trabalho” que opera dentro de um conjunto de normas legais, procedimentos-padrão que conferem também caráter rotineiro e ritualístico aos seus trabalhadores.*

Na Divisão de Vigilância em Saúde, cada seção e a própria chefia da divisão funcionam separadamente, com diferenças nos tempos, ritmos, formas e compreensão de trabalho, cada uma das especialidades operando um conjunto de conhecimentos e práticas em boa medida regidas por normas, diretrizes, fluxos bem estabelecidos, o que confere bastante padronização e previsibilidade ao trabalho. Apresentam graus distintos de governabilidade, cada qual em sua especificidade, ocorrendo de forma esporádica o desenvolvimento de ações conjuntas entre os vários trabalhadores para os necessários compartilhamentos impostos para o desempenho da função.

Com o maior número de subdivisões da RS, a Divisão de Atenção e Gestão em Saúde congrega as seções: Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria; Insumos Estratégicos; Atenção Primária; e Ações Estratégicas e Redes de Atenção, que adiante denominarei de Regulação, Farmácia, Atenção Primária e Ações Estratégicas, respectivamente. É a divisão que possui atribuições e funções mais diferenciadas entre si, se comparadas às das outras divisões, e mais diretamente ligadas à “assistência à saúde”, algo efetivado de forma mais direta pela Farmácia e, em alguma medida, pela própria Regulação. Todas necessitam de relações e contatos internos bastante regulares para o desempenho de suas atribuições, com especial atenção aos trabalhadores da Divisão Administrativa. A Farmácia possui um funcionamento bastante peculiar e isolado. É a divisão que, por suas atribuições, mantém mais contatos diretos com diferentes tipos de contatos externos, e que necessita, para concretizar seu trabalho, estar mais aberta a discussões, negociações e pactuações para acompanhamento do cuidado em saúde na região

de abrangência da RS, o que, em princípio, dá um caráter menos rotineiro, padronizado e fechado em si, como nas divisões citadas anteriormente.

A Ouvidoria Regional, a Unidade de Coleta e Transfusão e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador são núcleos de trabalho que funcionam diretamente ligados à Direção, sem que tenham atividades ou contatos compartilhados ou uma divisão que as coordene, o que também resulta em algumas características do seu trabalho. A estrutura mais independente é a Unidade de Coleta e Transfusão, pelo teor de suas atividades e por ser situada em um prédio distante da sede da RS. Dos três núcleos, o que possui essencialmente contatos internos é a Ouvidoria, que direciona sua ação para as seções da RS, com maior ênfase para a Regulação, Farmácia e Vigilâncias, com ações pontuais e dirigidas pela demanda do usuário, com o objetivo de cumprir o previsto na legislação.

Já a Unidade de Coleta e Transfusão e o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador têm pouca relação com as seções da RS. A Unidade de Coleta e Transfusão é um núcleo de trabalho bastante autônomo, recorrendo e sendo demandado pela Regional apenas em questões pontuais. Está organizada de forma peculiar e distanciada da RS, não sendo percebida como parte integrante dela pela maioria dos seus trabalhadores. Possui uma identidade própria, com preocupações, condições e processo de trabalho diferentes da RS, percebendo-se como um serviço público focado na captação de doações e no bom atendimento ao doador, aumentando as probabilidades de efetivar mais coletas de sangue e garantir maior suporte para os hospitais da região, e não exatamente como parte de um órgão regional de saúde.

A Direção, no geral, demanda mais do que é demandada, solicita informações e ações de cada um dos trabalhadores sobre algo a ser feito pelas suas divisões ou seções, ou mesmo controles e prestações de contas do que fora solicitado ou de programas e sistemas de responsabilidade de cada um. Também se reúne com alguns deles para decidirem em conjunto situações pouco comuns da RS, ou que demandam novos procedimentos, baseando-se em afinidade pessoal ou profissional, que gera confiança em trocar ideias e pautar decisões.

Em resumo, *a especificidade de cumprir tarefas essencialmente burocráticas e de suporte operacional para todos é da Divisão Administrativa. As duas outras divisões, como vimos, trabalham com fluxos, regras, padrões e funções bem definidas, segundo uma lógica burocrática, mas como são acopladas à assistência*

direta ou indireta em saúde, assumem um funcionamento mais flexível e modelizado pelo encontro com os usuários. Também é possível dizer que desenvolvem suas atribuições de ações sem os outros núcleos de trabalho internos, a não ser quando buscam o necessário apoio nas seções da Divisão Administrativa. A racionalidade burocrática permeia, então, todos os núcleos de trabalho, em maior ou menor medida, mesmo os de atendimento ao usuário como a Farmácia e a Unidade de Coleta e Transfusão, pois todos têm controles a realizar, documentos a elaborar, preencher ou verificar, realizar acompanhamento e fiscalização, efetivação e alimentação de programas e softwares, como no caso da Atenção Primária, Regulação e Vigilâncias, por exemplo.

Para finalizar esse ponto, podemos dizer que a regional é atravessada e constituída tanto pela “instituição burocrática” (Baremlitt, 1992; Lourau, 1993; Lourau, 1995) – caracterizada, em particular, pelas regras “universais” de funcionamento do Estado brasileiro-, como pela Política de Saúde, com seu caráter “universalizante”, corporificado em suas diretrizes, programas, modos de ordenamento jurídico e financiamento com pretensão de validade para todo o território nacional, o que resulta em certa “regularidade” de funcionamento, certa “estabilidade” de um órgão regional, independentemente do gestor “de plantão”, e das singularidades locorregionais (uma região de saúde pequena no Paraná, com todas as demais características “locais”), o que há de resultar inapelavelmente em uma configuração singular ou particular para a regional.

De acordo com Dejours (2004, p.28) “Trabalhar é preencher a lacuna entre o prescrito e o real.”, ou seja, o que de fato o trabalhador faz para desenvolver suas tarefas e atender aos objetivos do trabalho. E é nesse espaço entre o prescrito e o real que os trabalhadores criam sua própria forma de atuar, seus saberes e práticas laborais, desenvolvendo inteligência e capacidades singulares- voltadas ao ofício de seu trabalho-, que, por sua vez, favorecem a imaginação, adaptação e criação de maneiras de realizar as atividades para além (ou mesmo subvertendo) do que lhe foi determinado cumprir (Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994; Dejours 2004). Nessa direção, podemos pensar que, mesmo em funções muito rotineiras ou normatizadas, como as próprias da divisão administrativa da RS ou daqueles que cumprem atividades puramente administrativo-burocráticas, ocorrerá algum tipo de intervenção dos trabalhadores para ajustar ou modificar os procedimentos e ações, favorecendo o desenvolvimento de suas atividades com maior eficácia e adaptação

às suas necessidades. Contudo, é necessário reconhecer que o atravessamento da “instituição burocrática” na RS restringe vigorosamente as possibilidades de manejo do espaço entre trabalho prescrito e o real, devido à quantidade de normatizações que os trabalhadores precisam seguir, promovendo a necessidade do uso de estratégias defensivas, como mostraremos adiante.

3.2 O arquipélago

Ao recorrer a uma imagem para representar a RS, poderíamos dizer que ela se parece com um arquipélago, um conjunto de ilhas próximas umas às outras, mas que mantêm vida própria. Cada uma das divisões e seções (ou “núcleos de trabalho” como os temos chamado) maneja seu cotidiano e suas atuações por diferentes lógicas, organização, fluxo e tempo de trabalho, configurando múltiplas formas de “ser uma RS”, sem que haja, necessariamente, conexão entre si. São ilhas que apresentam “pontes” ou “linhas de ligação” quase sempre mais voltadas para “fora”, do que favorecedoras de fortalecimento de relações internas. Os resultados dos questionários apresentados no Capítulo 2 mostram que a maioria dos respondentes considera bom ou muito bom o conhecimento que possuem sobre o que se faz em sua própria seção, mas razoável ou ruim o que se realiza em outras seções e em toda a RS em si, algo mais intenso entre os respondentes comissionados e terceirizados.

Ao longo da pesquisa, detectamos não apenas uma RS, mas uma multiplicidade de regionais, “micromundos” que podem ou não se conectar, e que mantêm um ritmo próprio, principalmente aqueles que atuam com programas ou sistemas específicos e com os quais se pode “viver” e “atuar” solitariamente. É tamanha a situação de fragmentação que, em alguns casos no âmbito da Regulação e das Divisões de Vigilância e de Atenção e Gestão em Saúde, a ausência de algum trabalhador do “núcleo” causa o desgaste de paralisar suas atividades, pois ali os trabalhadores atuam tão isoladamente, a ponto de não se saber trabalhar com os programas uns dos outros. Um exemplo foi relatado por uma das trabalhadoras ao dizer que “apenas recentemente [durante a revisão de narrativas] descobrimos que eu e fulana temos os mesmo índices e temos que trabalhar com a mesma população de gestantes. Agora podemos trabalhar juntas.” Também não parece haver a busca

ativa pelo compartilhamento de informações, experiências e trabalhos conjuntos com núcleos de trabalho.

Um modo de funcionamento isolado, tanto “entre as ilhas”, como “dentro das próprias ilhas”, parece se apresentar como um modo bem característico de funcionamento da RS estudada. Como vimos quando da elaboração dos desenhos das redes de relações e conversações, dependendo das funções, programas ou atividades, os trabalhadores de um mesmo núcleo não precisam de contato frequente entre si. São exemplos o estranho modo como as chefias de Divisão se representam separadas de suas seções; a Atenção Primária que desenha cada um de seus trabalhadores como uma pétala da flor que representa a seção; os médicos auditores ou da Unidade, que desenharam aos outros trabalhadores da seção como seus contatos internos, que propiciam condições para que desenvolva suas ações; os vigilantes e motoristas (provavelmente por atuarem sozinhos e em turnos diferentes); e todos os trabalhadores da Divisão Administrativa que se representam separadamente, pois sequer têm contato entre si. No dia a dia, foi o que observei também no Centro de Referência e nas Vigilâncias Sanitária, Ambiental e Epidemiológica.

Se, por um lado, vários trabalhadores apontam elementos de tensão e desgaste na relação do grupo, bem como falta de fluidez e transparência na conversação entre eles, a ponto de tornar o ambiente de trabalho bastante pesado, pouco prazeroso e produtivo, por outro, sete núcleos de trabalho (Atenção Primária, Ações Estratégicas, Vigilância Sanitária e Ambiental e Farmácia, Divisões de Vigilância e de Atenção e Gestão em Saúde e Unidade de Coleta e Transfusão) ressaltaram que o que mais valorizam e enfatizam é o relacionamento que nutrem internamente, mantendo um bom relacionamento mesmo diante das adversidades e divergências, mostrando que nesse mundo há atores que produzem sentido, frustração, isolamento, compartilhamento e até solidariedade nas ilhas. Essa coexistência de uma avaliação extremamente negativa e pessimista do trabalho, com reconhecimento e valorização de aspectos muito positivos nos relacionamentos, algo como a coexistência de uma “organização do mal”, com uma “organização do bem”, surgiu como uma característica muito marcante da organização, sendo que tal “disjunção” parece ser constitutiva do seu modo de funcionamento.

Essa organização múltipla resulta em um encerramento em si, separações e diferenças que vão no sentido de um distanciamento entre os núcleos de trabalho, favorecendo a invisibilidade das demandas de cada seção ou divisão, que tem que enfrentar suas questões, necessidades e problemáticas de maneira isolada, mesmo que sejam de alguma forma próximas das de outros núcleos. Ou seja, há um desconhecimento das petições e compromissos peculiares a cada cargo, no sentido trabalhado por Flores (1986 e 1989) e apresentado no Capítulo 1, dificultando o diálogo cooperativo entre os trabalhadores do mesmo ou de diferentes núcleos de trabalho.

Embora com divergências entre si, trabalhadores de alguns núcleos afirmam que as relações e conversações formais, institucionalizadas, são menos frequentes e constantes do que avaliavam que seria necessário ou desejável, tanto para o conhecimento e acompanhamento do trabalho do outro, quanto para o compartilhamento e a resolução de problemáticas e a avaliação de estratégias utilizadas. São casos a Divisão e as Seções das Vigilâncias, o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, a Atenção Primária, Ações Estratégicas e Regulação.

Se, por um lado, várias equipes apontam a necessidade e a possibilidade de estreitar laços entre as seções e até mesmo as divisões, com vistas a realizar trabalhos conjuntos, integrando ações, por outro, no correr da pesquisa, foi possível ver como *cada uma das equipes atribuía às outras seções e divisões a dificuldade de aproximação e interação.*

Cabe nesse momento retomar um aspecto apontado por Dejours (2004), de que a inteligência prática utilizada pelos trabalhadores para preencher a lacuna entre o prescrito e o real só assume um sentido prazeroso e criativo diante do coletivo, no reconhecimento dos saberes e contribuições singulares e coletivas para lidar com o cotidiano de trabalho. Tal movimento não só permite como favorece a mobilização subjetiva e intersubjetiva, na medida em que ocorre a visualização do outro e o fortalecimento da sensação de pertencimento a um coletivo (Dejours, 2004), situações que têm sido impedidas ou dificultadas pelo modo de funcionamento da RS como um arquipélago, tal como apresentei acima.

Assim, podemos dizer que na RS estudada não há um plano comum para toda a regional ou que a intenção desse plano comum é efêmera, não se realiza entre as seções, divisões e nem tampouco com a organização em sua integralidade. Não se consegue realizar reuniões em que todos estejam presentes, mesmo diante

de convocatórias formais, seja por faltas, seja por atividades agendadas ou manejadas no horário marcado para o encontro coletivo. Isso acontecia quando da realização dos estágios em psicologia do trabalho que eu supervisionava, e também durante a pesquisa, já que em nenhum momento houve a possibilidade de encontros com todos os trabalhadores. Foi por essa dificuldade de “reunião” que a pesquisa foi realizada em pequenos grupos de trabalho cotidiano (os núcleos de trabalho) e não com todos os trabalhadores de uma divisão ou em *assembléia*, por exemplo, como o esperado em uma intervenção típica da socioanálise (Baremlitt, 1992; Lourau, 1993; Lourau, 1995). Mesmo diante da tentativa de fazer algo parecido, quando do encerramento formal do campo, apenas oito pessoas compareceram, sem ocorrer uma ampla discussão do momento de restituição por mim proposto.

Assim, pelas descrições realizadas acima, observamos que no âmbito interno da RS ocorrem tensões, diferenciações e distanciamentos entre os colegas de seções e divisões. O contato e o diálogo, quando existem, parecem depender mais de proximidades ou afinidades pessoais e, em alguns casos, por parcerias profissionais marcadas pela valorização do saber de determinado colega, e um pouco menos por alguns fluxos internos necessários à realização de tarefas. Tais situações ficaram evidentes nas atividades de redes e das narrativas, nas quais uma parte dos núcleos fez menção a outros citando nomes dos colegas de referência, e não necessariamente seus cargos. Ou seja, *quando há proximidade, ela foi construída pelos trabalhadores em relação, por reconhecer o empenho e a competência do outro, valorizar sua atuação e a relação que mantém entre si, e não necessariamente devido a estratégias institucionais utilizadas pra criar espaços e momentos para que o trabalho se dê em interação coletiva*. Chama a atenção que, da forma como a RS está organizada atualmente, nem sempre há a necessidade ou a disposição de interações entre as seções de uma mesma divisão, ocorrendo apenas em momentos em que são solicitadas para tanto.

No limite, e considerando que a autonomia deva ser entendida como necessariamente relacional, construída e sustentada em uma rede de relações, tanto interpessoais, como nas esferas jurídica, econômica e social que nos envolve (Onocko-Campos e Campos, 2006), poderia ser dito que os trabalhadores da regional gozam de pouca autonomia no exercício de seu trabalho. Trabalhadores isolados, “independentes” na realização de seu trabalho, mas sem autonomia!

3.3 O mundo que fica de fora⁶

A pesquisa revelou um mundo atravessado por tensões, “distâncias” e uma grande dificuldade de composição de um trabalho de caráter cooperativo, fato que escapa totalmente ao gestor, como pude constatar em nossos vários encontros. Esse mundo fragmentado, tenso, não entra na agenda do dirigente, fica fora de sua visibilidade, seja porque ele não poderia “ver” tudo o que acontece com seus “subordinados”, seja porque também ele é parte dessa complexa trama de relações, não conseguindo alcançar um “distanciamento” para analisá-la de modo externo a ela. Para Cecilio (2014), o “mundo-que-fica-de-fora” são todos os processos, situações, posicionamentos e reações que “escapam” dos gestores, aquilo que não é tão visível ou facilmente acessível ao mundo da gestão. Trata-se de como os trabalhadores se movem na organização de outras formas que não as prescritas nas regras formais ou naquelas definidas pela gestão e legislação, pois criam suas próprias regras para lidar com o cotidiano e as demandas que lhes chegam dos municípios, do estado e da federação.

Sob outra perspectiva, Sá (2009) e Sá e Azevedo (2010) afirmam que os processos de trabalho em saúde são constituídos, em parte, por aspectos intersubjetivos e inconscientes que interferem no andamento e qualidade dos serviços de saúde e no cuidado assistencial ao usuário e, por isso, não são completamente manejáveis pelos gestores dos serviços de saúde, que precisam reconhecer que sempre haverá limites em sua intervenção e controle, pois

(...) o modo como está organizado este universo simbólico e imaginário compartilhado pelos sujeitos nos serviços condiciona sua capacidade de escuta e resposta às demandas da população, bem como as possibilidades de mudança das práticas de saúde. (Sá, 2009, p.660).

⁶ Vou fazer uso, aqui, de um conceito apresentado por Cecilio nos seminários de pesquisa que acompanho na Unifesp. E o que é o *mundo-que-fica-fora* para ele? É tudo aquilo que escapa a todas as estratégias de gestão que têm sido pensadas *explicitamente voltadas para o controle e funcionalização do mundo do trabalho*, ou ainda aquelas que se apresentam como contra-hegemônicas, de base dialógica, negociada e processual, pelo menos em certo projeto de cunho emancipatório como tem sido proposto e batalhado, nos últimos anos, por setores do Movimento Sanitário. E o que escapa então? O *cotidiano do trabalho*, os múltiplos encontros trabalhadores-trabalhadores, trabalhadores-usuários, ali onde se realiza o cuidado. O que escapa é a produção micropolítica do cuidado, em toda sua complexidade (notas de pesquisa, 2014).

Para Cecilio (2014), portanto, há um “mundo que fica de fora” do olhar do gerente, em particular relacionado ao modo como os trabalhadores manejam o cotidiano do serviço. E, no caso da RS, podemos ver claramente como, se por um lado a ausência do Diretor não impede o andamento da RS, por outro, suas escolhas - que parecem ser guiadas menos por razões técnicas do que políticas, e os acordos regionais e estaduais consequentes a elas - parecem interferir pouco na consecução do trabalho rotineiro das equipes, guiados por uma lógica própria.

Nessa direção, outro exemplo do que escapa ao gestor são as falas dos Gestores¹ e 2 da RS, ao afirmarem em entrevista que uma das peculiaridades de um diretor de RS é justamente exercer “*liderança*” para criar alternativas e estratégias inovadoras de trabalho regionalizado, modificar ou acelerar algum processo ou projeto, conseguir implementar novos serviços e procedimentos, incentivando os trabalhadores a fazer mais e melhor do que com os gestores anteriores. Contraditoriamente, ambos asseguram saber que essa maleabilidade de suas funções se dá com cerca de “*20% de autonomia*”, pois em 80% do tempo de trabalho “*você não tenha muito o que mudar. É um trabalho engessado.*” Vemos aqui, indiretamente, como o gestor reconhece o funcionamento predominantemente ritualístico, formalizado da Regional, reforçando a lógica burocrática apontada no item anterior.

Os trabalhadores de um núcleo pontuaram que os gestores, quando assumem a RS, apresentam uma forma peculiar de atuar, podendo ela ser mais centralizada, mais política ou mais técnica. Seu modo de conduzir as ações na RS pode potencializar ou restringir a autonomia dos trabalhadores em alguns momentos, provocando incertezas e insegurança em outros. Assim, a cada mudança de governo municipal e estadual, é percebida uma quebra na sequência das atividades, pois elas serão revistas a cada novo gestor, fator que tem exigido constantes adaptações dos trabalhadores da RS e das equipes em seu processo de trabalho. De acordo com o Gestor¹ da RS, sua tarefa inicial na regional é a de direcionar “*à nova visão de Governo*” e à sua “*visão*” e “*velocidade*” de serviço para que os trabalhadores se adaptem. Trata-se de um constante recomeço, em que, a cada novo ciclo de gestão, impõem-se novos posicionamentos e fluxos de tarefas, na tentativa de instaurar inovações que possam deixar marcas personalizadas de sua passagem pelo serviço.

O gestor da Direção vive apenas muito parcialmente a micropolítica da organização, que permanece como um mundo à parte, dedicando-se mais às relações políticas nos níveis regional e estadual, restando pouco tempo para as questões propriamente técnicas ou inerentes ao processo de trabalho. *É como se houvesse pontos nebulosos ou cegos entre o gestor e os trabalhadores: mundos que não se comunicam, estando tão próximos!* Esse talvez tenha sido um dos pontos que mais me impressionaram durante o estudo.

Em pelo menos dois núcleos de trabalho houve queixas em relação ao distanciamento da chefia da própria seção. Os trabalhadores evidenciaram a falta de suporte, fluidez, intensidade e abertura nessas relações, deixando o trabalho menos dialogado e compartilhado. No espaço de escuta propiciado pela pesquisa, os trabalhadores questionavam a escolha dessas chefias, sua competência técnica e a disposição em fazer a gestão de forma mais próxima e comprometida com suas particularidades e dificuldades. Ou seja, os trabalhadores nem sempre reconhecem ou referendam as chefias. E, como pode ser visto nas revisões das narrativas, esse era um dos pontos que os participantes solicitavam retirar do texto a ser publicizado. Poderia ser dito que a pesquisa propiciou alguns momentos fugazes de se “levantar o véu”, deixar passar insatisfações represadas, mas que precisavam ser “abafadas” no momento seguinte.

E mesmo desenvolvendo suas atividades separadamente e sem a presença e participação direta de suas chefias, os trabalhadores nutrem a expectativa de que elas estejam prontas para atender suas demandas, quando existirem, garantindo apoio, segurança e direcionamento em seu trabalho. No decorrer da pesquisa, muitas vezes os trabalhadores expressaram o desejo de mudança das pessoas que estavam nas chefias e na Direção, assim como na forma de recrutá-las para os cargos de gestão, algo *“difícil de acontecer, mas que deveria acontecer pelo bem da RS”*, como afirmou um dos trabalhadores.

Como anotado antes, a Direção e as chefias de divisão acabam por dirigir seus esforços para os contatos externos (em especial os regionais e os da SESA), mais do que em questões operacionais internas, focando-se nas participações em reuniões, eventos e CIBs, nos quais circulam informações, repasses, debates, negociações, pactuações, encaminhamentos e avaliações dos municípios da região de abrangência da RS. Desse modo, existem queixas de alguns núcleos de trabalho de que as chefias das divisões de que fazem parte nem sempre estão presentes nos

momentos de maior necessidade das equipes, nem fornecem suporte para suas demandas, principalmente em situações incomuns, inesperadas ou polêmicas. Solicitações e compromissos marcados à sua revelia e com estreitos prazos para cumprimento incomodam os trabalhadores, os impelem a intensificar, desmarcar e/ou priorizar tarefas, tornando rotineira a inconstância em tais compromissos. Quando as chefias admitiram sua responsabilidade em parte das questões apontadas por seus subordinados, sua justificativa foi a de falta de tempo, devido ao excesso de demandas para dar todas as respostas e o apoio desejado pelas seções no momento em que solicitam.

Nos períodos de ausência do diretor, que ocorreram durante a realização do campo, não observei mudanças na rotina de trabalho, do mesmo modo com as chefias de divisão que viajavam frequentemente, algo admitido pelos Gestores¹ e 2 da RS, que *afirmam haver um trabalho rotineiro na RS que independe de sua presença*. Diante disso, foi-se “produzindo um campo possível”, sendo evidente a dificuldade de se marcar reuniões, como se repetiu no momento de encerramento formal da pesquisa, quando apenas uma chefia de divisão esteve presente, reproduzindo esta dificuldade de “estar juntos”, tão marcante na RS.

Na RS não são comuns espaços institucionalizados e corriqueiros de encontros entre os trabalhadores, nem mesmo dentro da sua própria divisão, e muito menos ainda de toda a organização. No início de 2012, existiam reuniões de chefias a cada 15 dias, que foram extintas paulatinamente, algo defendido por dois trabalhadores da Divisão Administrativa, que as consideravam “*improdutivas*”, “*perda de tempo, não servem para nada, e não levam a nada*”, carregadas de “*muita reclamação*”, pois eram ocupadas para relatos dos problemas que haviam acontecido durante a semana e “*nada era resolvido*”. Percebi uma dificuldade na RS de criar e manter espaços coletivos em que se possa, além de “definir e fazer coisas”, falar sobre o trabalho, compartilhar dificuldades e estratégias utilizadas, tal como Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994); Campos (2003) e Dejours (2004) afirmam ser o movimento salutar de reconhecimento mútuo dos trabalhadores.

Outros esforços de encontros mais coletivos se deram em reuniões com os técnicos das SMS, ou mesmo em CIBs, mas algo de alcance limitado, considerando que nem todos os trabalhadores participam das mesmas atividades. Outra tentativa foi a de realizar momentos de planejamento da agenda e das ações anuais da RS ao final de 2012 e 2013, com a presença de parte dos trabalhadores em um hotel

em uma cidade vizinha. Mais oportunidades “de estarem juntos” tiveram início em 2013, com as capacitações e a organização das redes de atenção à saúde na região, que exigiam esforços conjuntos. A trabalhadora da Seção de Ações Estratégicas relata a histórica dificuldade no envolvimento conjunto das seções, com exceção de momentos fugazes, como diante da necessidade de realizar o diagnóstico regional de saúde em 2013, para subsidiar a elaboração do Contrato Organizativo da Ação Pública, no qual percebeu o início de um movimento de maior mobilização e compromisso nas atividades diagnósticas.

Outra situação bastante polêmica que envolve as chefias é o recebimento não apenas de gratificações extras pelo cargo, mas também pelas diárias de auxílio para participação em reuniões e capacitações em outras cidades, assim como o próprio fato de que, na grande maioria das vezes, são eles mesmos a serem chamados ou se prontificarem a delas participarem, como confirma o Gestor2 da RS. Tal prática gera muito conflitos por ser entendida como privilégio de alguns, em detrimento de outros que também poderiam usufruir dessa condição. Gera, ainda, discordâncias, suspeitas e até mesmo cobiça pelos cargos. Devido a essas atividades, permanecem bastante tempo fora de seus postos e pouco disponíveis ao suporte dos trabalhadores formalmente sob sua coordenação, muitas vezes não conseguindo ser multiplicadores do que aprenderam ou foram orientados a fazer. De outro lado, algumas chefias afirmam que seu cotidiano é invadido por solicitações de diferentes ordens, seja da parte da própria divisão, das seções ou por demandas da SESA, seja por parte da direção ou dos municípios, levando a inúmeras viagens e limitando o controle de seu trabalho ou mesmo a previsão de uma rotina a seguir.

Tal configuração poderia ser vista como possibilidade de formação, crescimento profissional e multiplicação de conhecimento na RS. Entretanto, ela parece ser percebida como algo restrito a poucos que, por estarem em cargos de confiança, que podem ser substituídos a qualquer momento, levam consigo o conhecimento que acumulam, colocando a necessidade de novas capacitações e formações para o ingressante no cargo. É um constante reinício de capacitação das chefias para a gestão da RS, assim como para os trabalhadores que lá permanecem ao longo do tempo, aguardando o processo de formação e/ou aprimoramento de seus gestores. Os dados do Capítulo 2 mostram, ainda, uma movimentação individual em busca de qualificação individual por meio de pós-graduações condizentes com os cargos de cada trabalhador, tentando, de alguma forma, suprir

um projeto de formação de um “trabalhador coletivo” mais qualificado. Contudo, ao longo da pesquisa pude observar um crescimento da oferta de eventos técnicos, videoconferências e até mesmo um curso em saúde do trabalhador, favorecendo o aprimoramento extensivo a outros trabalhadores da RS.

3.4 Entre a defesa e o ataque, o trabalhador reflete sobre o mundo do trabalho

O modo como os trabalhadores se movem na máquina da RS diz muito respeito a como eles lidam com as várias institucionalidades ali presentes, e as ligações e relações que mantêm com as pessoas que delas fazem parte. Essa mobilidade é mantida com mais ou menos sofrimento, prazer, desgaste, criatividade, saúde e doença, de acordo com as ferramentas e defesas que vão construindo individual ou coletivamente.

No estudo, pude perceber que há uma maquinação no serviço público da RS que transmite a sensação de que nele se vive sem atores, justamente porque o trabalho é normatizado e extremamente ritualístico, de modo que, mesmo que se dependa da presença de trabalhadores e/ou gestores específicos em algum momento, tudo continuará a funcionar independentemente de quem exerce determinado cargo. Sempre há uma rotina de atividades a desenvolver. Isso se dá em parte pela burocracia e normatização (em muitos casos definidas em legislação), que favorecem a despersonalização do trabalho. Essa maquinaria, de certa forma, desmonta paulatinamente a capacidade criativa e construtiva dos trabalhadores nos ambientes do serviço público e, ao mesmo tempo em que os produz, os enfraquece e dispersa devido às castrações da instituição burocrática e a ritualização dos procedimentos. Encontrei na RS um “universal” da máquina pública que se faz presente em todos os órgãos do SUS e do serviço público em geral.

Complementarmente, tem-se a ideia de que o planejamento e a definição de metas e formas de controle da produtividade, de acordo com o que tem sido chamado da Nova Gestão Pública (Galvão, 1997; Bresser Pereira, Spink, 1998), cumpriram a promessa de melhoria da eficiência na máquina estatal brasileira. As entrevistas do Gestor1RS e do Gestor Estadual, corroboram com essa constatação, já que apresentam a necessidade de condução em um estilo mais “gerencialista”^{7,8}

⁷ O movimento gerencialista do setor público é baseado na cultura do empreendedorismo, reflexo do capitalismo flexibilizado consolidado nas últimas décadas através da criação de um código de valores

da RS, por nutrirem a ideia de que ao se fazer rígido controle sobre o cumprimento das determinações estaduais, será possível obter maior produtividade, domínio dos resultados, de tal forma que se alcançaria, conseqüentemente, qualificação do trabalho e melhoria do setor de saúde na região e no estado.

É interessante contrastar a *lógica burocrática* que prevalece na regional, como vimos antes com o discurso gerencialista apresentado por seu dirigente, de modo bastante descolado do funcionamento real da organização. Para Carvalho (2009, p.45),

(...) o managerialismo⁹ pode ser definido como uma ideologia tecnoburocrática, que representa as ferramentas de gestão, destinadas a auxiliar os gestores na tomada de decisões, como um fim em si. Esta superioridade da gestão e das suas técnicas traduz-se na superioridade moral da cooperação humana. Ou seja, aos gestores é-lhes permitido utilizar uma variedade de meios para promover os valores apropriados nos trabalhadores, sendo esses identificados com os que facilitam a cooperação para atingir objetivos organizacionais (...)

Ainda, para a mesma autora, “o managerialismo constitui, simultaneamente, uma ideologia criada pelos gestores e para os gestores (Carvalho, 2009, p.44). Em boa revisão da literatura anglo-saxônica, Correia (2012, p.70) afirma que

(...) a nova gestão pública tem como característica fundamental a reconfiguração dos serviços públicos, introduzindo instrumentos e mecanismos de gestão outrora circunscritos ao setor empresarial privado. À gestão, enquanto área científica, é atribuída uma neutralidade – para não dizer superioridade – na condução das atividades em contexto de mercado (...) De mudanças pontuais e

e condutas que orientam a organização das atividades de forma a garantir o controle, a competitividade e a eficácia nos mais elevados níveis. No Brasil este movimento ganhou força nos anos 90 com debates promovidos pelo governo brasileiro sobre a reforma gerencial do Estado e o desenvolvimento da administração pública gerencial (Bresser Pereira, 1998; Felisberto, 2012).

⁸ O autor referênciava para a discussão do conceito é Pollitt, C, com sua obra já considerada clássica quando se trata de discutir o tema, “Managerialism and the public services”, Cambridge, Blackwell, 1993.

⁹ Autores portugueses usam o termo “managerialismo” no lugar de “gerencialismo” como usado na literatura brasileira.

restritas a setores ou subsetores da sociedade, os fundamentos do managerialismo estendem-se hoje às estruturas e cultura das instituições públicas.

Na convivência mantida na RS, pude observar que os trabalhadores ora se mostravam mais defensivos, ora mais estrategistas e ora mais reflexivos. Faziam uso, portanto, do que Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994); e Dejours (2004) denominam de estratégias defensivas, entendidas como recursos e meios para lidar ou atenuar o sofrimento gerado pelo conflito e defasagem existentes entre a organização do trabalho e o funcionamento psíquico dos trabalhadores. Construídos e gerenciados coletivamente, servem para proteger a saúde mental dos trabalhadores, enquanto continuam a desenvolver seu trabalho sem sucumbir inteiramente às pressões organizacionais.

Em muitos momentos, vi os trabalhadores da RS com certa apatia ou resignação em relação ao estrito cumprimento do que lhes era determinado, mesmo na sua relação com as SMSs. Poucas vezes percebi uma real condição de questionamento ou problematização de situações que afirmavam lhes incomodar. Tais incômodos frequentemente eram expressos apenas para mim, ou em pequeno grupo de confiança. Em outros, percebia o que inicialmente denominei de passividade e/ou conformismo diante de incoerências vividas em seu dia a dia, e comecei a me perguntar sobre as razões de tal conformismo.

Dessa forma, foi possível entender que, ao mesmo tempo em que a RS se apresenta como um arquipélago de ilhas isoladas, no sentido de fragmentação e distanciamento entre as pessoas e seus processos de trabalho, essa configuração também parece permitir que as pessoas subsistam, sobrevivam e achem um reduto para si. Ali, quieto, o trabalhador pode esperar por novos tempos, outras possibilidades, rever contatos e caminhos e não sofrer tanto com as modificações do momento. É o trabalhador defensivo. Assim, a apatia, falta de compromisso ou empenho poderiam ser sintomas do longo tempo de trabalho na RS, falta de perspectiva ou boicote às atividades ali desenvolvidas, mas também formas de resistência, estratégias de sobrevivência pela pequena visibilidade para determinado cargo e seu ocupante, ou ainda ser visto como forma de passar o tempo enquanto se aguarda um futuro próximo no qual tudo pode se modificar na organização, beneficiando-o.

Sob outra perspectiva, poderíamos dizer que muitos na RS são exímios jogadores. Trata-se de um trabalhador estrategista que busca maneiras de viver e/ou sobreviver ali; de passar o tempo de trabalho; de voltar a fazer o que gosta e usar seus conhecimentos; e continuar ou ascender a um cargo de chefia ou de confiança. A busca por alianças políticas que permitam cargos de chefia ou mudança de funções ou seções pode ser vista apenas como um comportamento oportuno para melhoria de rendimentos, de *status* e poder; de rechaço e contraposição a colegas e chefias de posição contrária, mas também pode ser vista como busca por reconhecimento, valorização e possibilidade de voltar a cargos e funções condizentes com sua formação e experiência, que lhe agradam e estimulam; ou ainda a possibilidade de atuar em algo com maior utilidade, ou, enfim, conseguir um espaço no qual que teria força e poder para fazer o que tanto almeja e entende ser o melhor para aquela área. Nesse sentido, dificilmente a escolha para os cargos de maior visibilidade será tranquila e uníssona na RS, tampouco unânime e eletiva.

Para além dos posicionamentos defensivos ou estrategistas, em vários episódios encontrei na RS um trabalhador reflexivo, que questiona a crescente intervenção política e judiciária em seu trabalho e na organização interna da RS; que relata escolher ficar onde está por entender que tem muito mais a contribuir do que uma pessoa sem experiência e representando interesses outros; que se pergunta sobre as razões de tantos remanejamentos ou contratações que retiram os trabalhadores de seus cargos, bem como os privilégios de alguns; que assume e mantém sua fala na revisão das narrativas com críticas e proposições à gestão ou a trabalhadores da RS, dos municípios, Estado, prestadores de serviço e parceiros, por entender que tem condições para fazer avaliações e proposições construtivas; que reflete sobre as constantes interferências político-partidárias que geram acordos locais que nem sempre favorecem o SUS e os usuários. Como disse um trabalhador: *“me sinto indignado pelas coisas que vejo em nosso trabalho. Deveria ter cadeia para essas pessoas e governantes que não cumprem seu papel de cuidar da saúde da população”*.

Nessa direção, alvo de questionamentos é a disputa que ocorre para a ocupação de cargos (notadamente os de chefia e aqueles com capacidade de remanejamento), por nem sempre seguirem critérios claros e acessíveis a todos, já que depende, em alguma medida, dos acordos políticos estaduais e locais.

ou ainda de afinidade com os gestores da RS. Muitas foram as queixas dos trabalhadores a esse respeito, tanto por não se sentirem contemplados pelas mesmas possibilidades de ascensão profissional, por nem sempre reconhecerem a autoridade de sua chefia para realizar avaliações de desempenho, quanto por perceberem a crescente interferência político-partidária em seu cotidiano laboral, resultando em escolhas para cargos que, além de possuírem um adicional salarial, têm a possibilidade de aumento de rendimentos devido às diárias das constantes viagens a eles atribuídas. Essa luta por ascensão e visibilidade provoca situações de muito desgaste para os trabalhadores e parece interditar a possibilidade de construção de uma organização mais solidária.

Um dado a ser salientado é que, durante a pesquisa, oito pessoas foram remanejadas de seus cargos para outras seções, retiradas ou colocadas em cargos de chefia, cedidas para a SESA, SMSs ou prestadores de serviços (ou ao inverso, trabalhadores cedidos para a RS), e também algumas pessoas foram aposentadas. Algumas já estavam nesse processo de mobilidade de cargos quando ingressei no campo e outras estavam prestes a fazê-lo. Essa mobilidade funcional repercute na dificuldade de criar, manter e desenvolver as equipes e, conseqüentemente, na construção de um processo de trabalho mais elaborado e adaptado às suas necessidades e às da região. Também pode representar uma forma de exercer o poder de um cargo de gestão para realocar, diminuir ou paralisar as possibilidades de desenvolvimento técnico, relacional ou político de um trabalhador, servindo, em alguns casos, como punição por algo realizado, como alguns dos trabalhadores afirmaram: *“fomos colocados de lado”* e um deles chega a dizer *“agora estou me tocando: todos nós fomos expulsos de onde viemos. Não nos queriam por lá”*. Mas ela pode, muitas vezes, representar oportunidades: para a renovação e melhoria das equipes e suas chefias; para crescimento, renovação ou mudança para o próprio trabalhador; de permanecer ou voltar a se sentir engajado em um cargo ou função; de se manter distante de conflitos com outros colegas e chefias; ou mesmo de não pactuar com situações delicadas com as quais não concorda.

Porém, a aposentadoria nem sempre se apresenta como opção, mas uma decisão, segundo relato dos trabalhadores, por não se sentirem valorizados e não terem sua competência, experiência e história respeitada na RS, por terem sido *“esquecidas, deixadas de lado”* (trabalhadoras de duas seções), *“subutilizadas ou aproveitadas com má fé”* (trabalhadora de uma divisão), pois acontece ainda de se

utilizar do conhecimento, contatos e comprometimento de um trabalhador, sem dedicar-lhe um cargo condizente com sua trajetória. Assim, alguns trabalhadores aceitam a aposentadoria por *“cansaço”* e *“falta de estímulo”*. Há setores que perderam três pessoas em um prazo de seis meses. Decide-se pelo rompimento com esse mundo de trabalho que no momento causa sofrimento.

Perante a constatação coletiva dos desafios que enfrentam, o depoimento de um trabalhador mostra que, mesmo investindo e acreditando na importância do trabalho na vigilância, ele os desgasta e os deixa sem forças: *“eu já trabalhei muito, fiz e faço muitas coisas, vejo que andou um tanto, conseguimos coisas... sabemos que tem outro tanto a caminhar... vejo saída e tenho esperança, mas não tenho mais tanto ânimo, tanto gás quanto fulana [uma das trabalhadoras da seção].”*. Relata se sentir cansado e interessado em se aposentar, pois pensa que deva dar espaço *“para outras pessoas como a fulana, que têm ânimo e gás para fazer o que já fizemos e continuar trabalhando.”*

Tomada a decisão da aposentadoria, os trabalhadores apresentam a preocupação com o repasse de seus conhecimentos para os mais novos, algo apontado na Farmácia e na Unidade de Coleta e Transfusão, por entender que suas funções são aprendidas em serviço, ou seja, eles guardam a preocupação em capacitar aqueles que viriam a ocupar seus cargos. Embora com maior intensidade na seção e na estrutura citadas, a falta de concursos e reposição de vagas foi algo referido como grande desafio por todos os núcleos de trabalho, sendo que alguns trabalhadores acumulam cargos ou então funções, situação que acresce a sensação de defasagem e inércia organizacional, compartilhada, inclusive, por poucos trabalhadores recém chegados na RS, por ingresso em concurso público. A pior situação nesse caso é a da Unidade de Coleta e Transfusão, com a inexistência de concursos para médicos triadores, o que em muitos momentos os deixa sem esse profissional, impedindo-os de efetuar a coleta das doações de sangue.

De outro lado, segundo os relatos dos trabalhadores, existe a situação do acúmulo de funções ou de tarefas. Os motivos alegados são de que a pessoa é polivalente; gosta de realizar várias atividades (ou aquela em particular); tem formação, experiência ou comprometimento; ou ainda porque ninguém se interessa pela atividade, considerando-a pouco importante ou sem visibilidade; ou ainda porque não fora designada a ninguém especificamente, sendo assumida por um trabalhador preocupado em deixar a atividade sem realização. São exemplos a

chefe da Divisão de Vigilância em Saúde, que permanece com o programa HIV/AIDS; a chefe da Divisão de Atenção e Gestão em Saúde, que se encarrega de toda parte de formação da região e dos Conselhos e Conferências Municipais; e a trabalhadora que acumula o RH e a Ouvidoria.

Além do comprometimento com determinada causa, esse esforço “extra” não seria uma forma de obter satisfação, visibilidade e valorização no trabalho? Nas palavras de uma trabalhadora “*é o que eu gosto de fazer e faria mesmo se estivesse em outra função*”. Nessa direção, os relatos das trabalhadoras expõem um cotidiano marcado por uma governabilidade do trabalho que se apresenta muitas vezes ambígua: permite o manejo de suas necessidades e interesses, mas também as pressiona, tolhe e fadiga diante da ausência de rotina ou de sua definição autonomamente.

A RS seria uma composição de trabalho ritualístico e de criação. Vale lembrar que nem todos os núcleos de trabalho possuem a mesma possibilidade instituinte, pois, por exemplo, a Divisão Administrativa tem rotina e objetivos de trabalho muito mais fixos e rígidos do que as outras divisões, enquanto que a Divisão de Atenção e Gestão em Saúde e as Seções de Ações Estratégicas e Atenção Primária possuem tarefas que são potencialmente mais abertas e maleáveis, podendo, em princípio, adquirir novas versões, mais regionalizadas e peculiares, promovendo situações mais adaptadas e resolutivas para a região. Durante o período no campo, não foi possível perceber se discutem essa possibilidade, e se é algo que se tenta propositadamente alcançar. Assim, embora o processo de trabalho das divisões e seções citadas seja, em grande medida, burocrático, guarda a potencialidade de ser transformado, pelo menos em parte, em espaço de construção de formas e soluções para aprimoramento de suas ações.

Nesse quesito, presenciei falas e atos que mostraram engajamento e preocupação com o andamento do trabalho com as funções, ações e programas; com a criação de formas de trabalho compartilhado na regional como um sistema de circulação e repasse de informações dos indicadores de que cada seção cuida; com as SMS e seus trabalhadores; com as verbas para as diferentes ações dos municípios; e com possíveis melhorias no atendimento das necessidades e na saúde dos usuários da região. Tem-se a certeza de que o SUS possibilita muito mais do que outrora, atendendo toda a população de diferentes formas e tendo uma abrangência importante para pessoas com poucas condições de acesso a

procedimentos, serviços e medicamentos. As Divisões de Vigilância e Atenção e Gestão em Saúde e suas respectivas seções se sentem participantes e corresponsáveis pelas conquistas regionais.

O dia a dia com as seções me mostrou que esses trabalhadores têm buscado realizar ou participar de eventos, campanhas e parcerias com prestadores de serviço, escolas, universidades, entidades, profissionais, etc, a fim de promover modificações ou melhorias em seu trabalho, impactando o entorno. Porém, ficou visível o quanto isso ainda está vinculado à disposição, à intenção e à fala dos trabalhadores, de modo que isso tem se concretizado individualmente ou em pequenos grupos, mostrando-se um difícil exercício na coletividade da RS, tal como exemplificado anteriormente.

4 CAPÍTULO – AS COMPLEXAS REDES INSTITUCIONAIS

As redes institucionais que tecem a trama de relações relatadas pelos trabalhadores da RS foram sendo construídas, em boa medida, a partir da legislação que rege o SUS, destacando-se as que se relacionam aos princípios de descentralização e regionalização do sistema: as Leis Orgânicas da Saúde: LOAs N.º 8.080/90 e N.º 8.142/90; Normas Operacionais Básicas: NOB 01/93 e NOB 01/96; Normas Operacionais de Assistência à Saúde: NOAS 01/2001 e NOAS 01/2002; as Portarias N.º 399/2006 e N.º 699/2006; e, recentemente, o Decreto 7.508/2011 (Brasil, 1988; 1990 a e b; 1993; 1997; 2001; 2002; 2006; e 2011, respectivamente). Cabe ressaltar que o papel das RS na construção do SUS teve sua importância reafirmada pelo Pacto pela Saúde (Brasil, 2006) e, mais recentemente, pelo Decreto 7.508/2011 (Brasil, 2011).

A despeito da existência de tantos documentos oficiais que estabelecem a regionalização como importante estratégia do SUS, verifiquei escassa literatura a respeito, algo já apontado por Lima et al (2010). Também há pouca produção sobre o trabalho desenvolvido em regionais de saúde, tendo sido encontrado apenas a referência de Moysés et al (2010) que relatam como tem funcionado a gestão do trabalho e a educação em saúde em regionais no estado do Rio de Janeiro, destacando os avanços, desafios e descontinuidades com a qualificação de seus trabalhadores, a existência de serviços de referência, a instituição de mesas de negociação, ao mesmo tempo em que há a intensa precarização do trabalho em saúde com a falta ou perda de trabalhadores, queixas quanto ao atendimento prestado e constantes descontinuidades da gestão.

Lima e Rivera (2006) realizaram um estudo na 6ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do Rio Grande do Sul, em Passo Fundo, responsável por 58 municípios de pequeno porte, analisando os percalços do sistema organizacional que estava sendo implantado. Encontraram dificuldades de limitação e consecução da missão, objetivos e controle dos resultados da organização, tanto da parte dos coordenadores quanto dos funcionários, que a consideram burocrática e voltada mais para questões emergenciais e rotineiras, do que para temas estratégicos. Porém, ressaltam a conquista de proximidade e cooperação técnica e financeira da CRS com os municípios de abrangência, bem como a cobrança por transparência e planejamento em saúde.

As investigações sobre a regionalização da Saúde no Brasil citam com maior frequência a importância da relação, pactuação, solidariedade e comprometimento entre os gestores dos âmbitos federal, estadual e municipal, bem como aspectos relativos a recursos e financiamento, organização, regulação e regulamentação de acesso a ações e serviços de saúde, em particular a de que forma podem ser manejados a fim de garantir a equidade na atenção à saúde em diferentes regiões (Mendes, Almeida, 2005; Lima, Rivera, 2006; Cecilio, 2007; Assis, 2009; Machado, 2009; Lima et al, 2010; Lavras, 2011; Ferreira et al, 2011; Ribeiro, 2015; Viana et al, 2015; Contel, 2015; Santos, Campos, 2015). Outras investigações relacionadas ao tema referem-se ao histórico do seu desenvolvimento em relação aos serviços de atenção básica (Mello, Ibañez e Viana, 2011); construção de gestão regional (Mendes et al, 2015); regionalização intramunicipal (Spedo, Pinto, Tanaka, 2010); procedimentos e serviços ofertados ou em déficit nas regiões de abrangência das regionais de saúde, ou indicadores de um determinado público por elas atendidos, pesquisas em que a circunscrição geográfica das RSs é utilizada como critério para a delimitação do contexto ou população a ser investigada. São exemplos Souza e Costa (2011), Silva, Aidar e Mathias (2011) e Barreto Junior (2015).

Nesse sentido, se no capítulo anterior analisei elementos da micropolítica da regional, neste, buscarei caracterizar como o trabalho da regional se insere em complexa trama de relações, com destaque para os seguintes pontos: Poder e ingerência política na vida da organização; As relações com os municípios: parceria ou tutela?; O cotidiano definido desde fora: as pautas estaduais; A regional e o Ministério da Saúde: o ator invisível.

4.1 Poder e ingerência política na vida da organização.

O relato quase unânime dos trabalhadores foi o de que seu cotidiano tem sido afetado por interferências políticas na escolha de cargos, de vagas a serem preenchidas e por quais trabalhadores, quem ficará em cargos de chefia, a cessão de profissionais de outros locais para a RS ou dela para SMS e parceiros, prejudicando tanto o desenvolvimento das atividades quanto o clima de trabalho dos grupos.

Segundo o núcleo de trabalho da Vigilância Sanitária, Ambiental e de Saúde do Trabalhador, algumas ações são estimuladas e/ou embargadas, considerando-se as ingerências políticas que atravessam muitas das decisões que conduzem o

cotidiano da RS, afetando a coerência no cumprimento da legislação em saúde e possibilitando atravessamentos político-partidários ocorridos nos diversos níveis de gestão do SUS. Os trabalhadores avaliam que sofrem constantes desmandos, problematizando que essa *“ingerência política”* se configura como *“irresponsabilidade dos governantes que não pensam na população, e sim em seus próprios interesses”*. Para os trabalhadores, essa tem se tornado a forma predominante de se fazer política no país, afetando diretamente o que é ou não ofertado para a população, como os serviços são geridos e como os trabalhadores são tratados, situação da qual a própria RS não tem sido poupada, com o ingresso cada vez mais frequente de trabalhadores por indicação político-partidária. Para uma trabalhadora da Unidade de Coleta e Transfusão de sangue, a política não deixa trabalhar, *“cansa de parar”*.

Já o Representante do Conselho de Saúde associa essa interferência ao modo como a RS conduz decisões e processos produzidos no Conselho contra prestadores de serviço, em solicitações de melhorias no município (como em projetos ou aumento de financiamento), ou no Consórcio Intermunicipal de Saúde, pois afirma que, em alguns momentos, parece haver certo protecionismo na região, como no caso de um prestador de serviço que, mesmo diante de irregularidades apresentadas junto ao Ministério Público e à Ouvidoria Estadual, segundo ele, não sofreu punições: *“(...) porque existe(sic) os acertos deles e dão cobertura, às vezes a pessoa tem influência, às vezes até na política, porque hoje um cargo de chefe da Regional é um cargo político, é comissionado, é uma promessa de campanha que o cara tem que estar lá.”*. Para o representante, a RS mandaria respostas que *“não convencem”* por não atender às dúvidas e necessidades do Conselho ou por não confirmarem as várias denúncias encaminhadas para a Vigilância Sanitária, situação que não é questionada de forma mais insistente, porque o Conselho *“vai arrumar uma briga”* e esse não seria seu papel.

Dessa forma, pelo menos a cada dois anos, no advento das eleições estaduais e municipais, e a cada renovação de cargos-chave em secretarias municipais ou prestadores de serviços, formam-se novas configurações que impactam a atuação dos trabalhadores da RS, até mesmo na definição de chefias e cargos dentro da organização. Tais dados confirmam contundentemente um dos pressupostos iniciais do estudo, de que os trabalhadores percebem seu cotidiano atravessado por práticas político-partidárias que resultam em descontinuidades e

rupturas a cada nova eleição ou acordos políticos loco-regionais, o que resulta na sensação de distanciamento e descompromisso com os resultados finais de seu trabalho.

Isso é vivenciado também pela Direção, pois segundo o Gestor2 da RS: *“Aí começa o stress [na ocasião em que ocorreram mudanças organizacionais no estado, em que cargos de chefia foram retirados e outros adicionados], você começa a ter que tentar organizar a situação, sem que você seja pressionado de fora... por prefeitos e por deputados, e também que você não seja pressionado dentro, internamente, por amigos teus, trabalhadores que você convive há algum tempo. O trabalho para, porque a briga pelos cargos é tão intensa que não dá continuidade ao que você está fazendo.”*

Interferências ocorrem ainda do estado e da RS para com o município, no apoio e/ou indicação de prefeitos, secretários de saúde, cargos de confiança nos municípios e até mesmo de direção ou presidência de prestadores de serviço, situação relatada por vários trabalhadores, inclusive da Direção. Aponta-se uma relação direta entre regionalização e a política partidária, tida como referência para a definição de apoios e conquistas eleitorais e materiais: *“ele não é do governo” “ele não é do lado do governador”, “fulano e beltrano ficaram na SMS porque são aliados”*. Esse desafio da frequente mudança de gestores da RS e das SMS configura um processo de trabalho em constante porvir! A espera por dias melhores ou por alguém mais competente e comprometido parece nunca acabar, e pode provocar como efeitos colaterais não apenas insegurança, angústia e desesperança, mas também paralisação, desresponsabilização e descomprometimento dos trabalhadores para com seu trabalho, a organização e a instituição Saúde.

Nessa mesma direção, os trabalhadores com mais tempo na organização afirmaram que, ao longo de dez anos, a RS foi perdendo sua característica de autoridade técnica em saúde, passando a ter um papel de controle de atividades das SMSs, perdendo importância, autonomia e resolutibilidade, diminuídas pela entrada de indicados políticos, pois desde então há mais cargos de chefia na RS e os *“políticos [começaram a] olhar para a RS”,* aumentando o *“jogo interno de conseguir chefias”*. Haveria um saudosismo e/ou uma supervalorização do passado? Contraditoriamente a esse discurso, uma trabalhadora afirmou que muitas coisas não são feitas pelos municípios, pois *“não tem mais medo de nós como antes”,* denotando que, em sua opinião, a RS tinha um papel mais fiscalizatório outrora. No

Capítulo 2 pudemos ver que os trabalhadores esperam que a RS ocupe um papel tecnicamente mais potente e atuante na região, reavivando certa liderança que consideravam existir no passado. Entretanto, não presenciei discussões sobre tais questões ou sobre como pensam em realizar essa retomada.

Esse discurso é compartilhado pelo Gestor1 da RS, que entende que o uso do *“conhecimento técnico”* dos funcionários da RS propiciaria o *“fortalecimento para que os municípios tenham novamente esse respeito pela Regional de Saúde.”* Em outra passagem, porém, assume que, em alguns momentos, *“tem que ser político pra poder induzir ou conduzir da maneira como que você deseja. Então você não pode ser apenas técnico, porque se você for apenas técnico a parte política te engole e você acaba assumindo a questão. Então você tem que ter esse jogo de cintura político pra resolver.”*

Para sete secretários de saúde da região que responderam a um questionário (dois encerrando mandato e cinco iniciando a gestão), a RS tem três papéis: 1) Assessorar as SMS em suas dúvidas; orientar planos de gestão, projetos e uso de recursos; apontar pontos positivos e negativos da SMS; e responder às necessidades e todo o *“necessário no que for preciso para o bom andamento da saúde nos municípios”*; 2) Mediar a relação entre município e estado e interceder diante das necessidades e dificuldades regionais, principalmente na média e alta complexidade; 3) Intervir junto aos serviços de saúde como os hospitais da região e os de referência e o Consórcio Intermunicipal de saúde quanto às necessidades municipais. Além de estarem presentes nos questionários, tais respostas eram recorrentes também nas CIBs, eventos e reuniões de que participei, sendo referendadas pelos técnicos das SMSs. Estes, por sua vez, reclamam o direito de serem consultados, chamados e terem voz nos momentos decisórios dos rumos da região, pois nem sempre estão ou podem estar presentes, delegando-se a participação quase exclusiva do secretário de saúde.

De outro lado, em muitos momentos o que os auxilia nesse processo são as relações pessoais ou profissionais que nutrem e mantêm nos contatos externos, entendidas como promotoras de compartilhamentos de afetos e afinidades; da condição de permanecer no trabalho fazendo algo que lhes permita algum manejo de suas atividades e expectativas; do acesso a informações, resolução de problemas e viabilização de ações, programas e serviços; e da facilitação de algo para o usuário do SUS. Percebemos isso nas falas: *“Quando não consigo ter retorno*

dos técnicos, ligo direto para o secretário de saúde tal que logo responde". "Minha referência lá é o fulano". "Porque no município X fulano é quem acaba sendo nosso contato mais resolutivo e o ciclano o mais acessível." Os constantes remanejamentos nos cargos públicos foram queixas recorrentes entre os trabalhadores da RS e da SMS, como sinônimo de perda de referência nas duas organizações, *"agora não sei como será, porque é fulana que responderá por essa seção"* afirmou um trabalhador da SMS.

Porém, o aspecto relacional também é apontado como impeditivo quando não favorece tais conquistas, atalhos ou concessões, especialmente quando se dá com gestores ou pessoas de referência nos setores e serviços, emperrando ou atrasando as atividades que envolvem as competências daquele cargo ou mesmo causando mal estar interpessoal. De outro lado, a personificação de cargos nem sempre é bem vinda, na medida em que funções, tarefas e informações acabam permanecendo restritas a um trabalhador que as maneja como lhe convém, conforme se constatou no capítulo 3. Assim, mesmo com toda a burocracia e hierarquia presentes nas organizações, as relações se mostram importantes meios para fazer o trabalho acontecer.

A interferência político-partidária na vida da regional é um fato na medida em que muitos técnicos do estado também podem ser remanejados de seus cargos a cada nova gestão estadual ou da SESA, momento que causa intensa modificação na configuração organizacional da secretaria e no cotidiano dos trabalhadores. Nas palavras do Gestor² da RS *"Aí depois muda o governo, as coisas começam tudo de novo. Param."* Ele narra uma situação de tamanha mudança na SESA, que, em determinado momento, até ele enquanto gestor não sabia a quem se dirigir. Passa por essa questão ainda a queixa de trabalhadores e chefias de quase todos os núcleos de trabalho sobre a demora do governo estadual na liberação de concursos públicos para o aumento ou reposição do número de vagas necessárias para o bom desenvolvimento das atividades da RS.

Os trabalhadores atuam em um campo de tensas e complexas disputas, interesses e poderes que, ora lhes possibilitam mais espaço e autonomia e ora menos, deixando-os muitas vezes incertos de como agir em determinadas situações. É um processo de trabalho calcado em muitas ambiguidades institucionais. As ações dos trabalhadores interferem nos contatos que estabelecem, mas eles também são afetados por seus contatos, na medida em que seu trabalho é atravessado a todo o

momento por uma cobrança de cumprir suas funções, ao mesmo tempo em que sofrem interferências de apoio ou orientação, de denúncia, adiamento ou embargo de suas ações, dados por diversos motivos.

4.2 As relações com os municípios: parceria ou tutela?

Um órgão regional de uma Secretaria Estadual de Saúde tem como função, em princípio, e como uma das suas razões de existir, facilitar uma aproximação da instância estadual dos municípios que compõem sua área de atuação. Poderíamos pensar a RS tanto como uma “correia de transmissão” ou “tradutora” de princípios de política de saúde definidas pelo MS e/ou pela SESA, quanto como uma parceira dos gestores municipais para a execução de tal política. O estudo mostrou como tais relações não são nada simples, comportando elementos de tensão e disputa, em particular quando há uma acentuada visão de que a regional deve funcionar como uma espécie de guardião dos princípios do SUS, devido ao suposto despreparo dos gestores municipais para o exercício de suas funções. Tal visão dos municípios como subordinados a definições políticas das instâncias “superiores” do SUS aparece também nas entrevistas com os gestores da SESA, de algum modo contrariando as diretrizes de descentralização no processo de implementação do Sistema Único de Saúde no nosso país¹⁰.

Por exemplo, para o núcleo de trabalho de Ações Estratégicas, bem como para o Gestor1 da RS, parte das problemáticas municipais **advém da falta de preparo e profissionalismo de muitos dos gestores municipais e de serviços**, que, embora “*bastante esforçados*”, não possuem conhecimento formal sobre o setor saúde e apenas um dos que conhecem tem a “*vivência prática... limitada a um setor do SUS*”, desfavorecendo uma gestão eficaz. A técnica estaria associada, assim, à gestão adequada em saúde nos municípios: “*gestão em saúde (...) tem que ser mais profissional, (...) uma administração empresarial. (...) Seria mais fácil pra ele administrar: o secretário não levaria tantos problemas para o prefeito resolver ou levaria os problemas com uma solução já encaminhada*”. Por isso, o gestor avalia

¹⁰ O tema da capacidade de gestão dos municípios no processo de municipalização tem sido problematizado por autores como Arretche e Marques (2002, p. 478), que destacam que “*A expansão da capacidade de os municípios brasileiros prestarem diretamente serviços ambulatoriais não pode ser explicada pela dinâmica político-partidária, nem pela natureza das relações entre o executivo e o legislativo municipais. Esta depende muito mais fortemente dos incentivos derivados da estratégia de descentralização do Ministério da Saúde, mais particularmente as regras de operação do SUS, assim como da capacidade de investimento do município*”.

que, em sua gestão, em muitos momentos faz *“adaptação da parte técnica”*, intermediando situações polêmicas como o fechamento de um estabelecimento ou de um hospital, por exemplo, com prefeitos e secretários, de forma a lhes dar tempo para adequarem o ambiente às normas sanitárias vigentes, o que, a seu ver, manteria os conceitos e padrões acadêmico-profissionais-técnicos necessários para a condução da situação.

Para o Gestor Estadual, é necessário que o gestor municipal tenha qualificação técnica, política e gerencial. Precisa *“entender de gestão de saúde, tem que entender de políticas públicas.”* Porque hoje *“O secretário de saúde é uma pessoa indicada pelo prefeito ou pelo governador ou pelo presidente da república.”* De acordo com ele, sem essa qualificação e entendimento citados, o gestor dirigirá seus esforços apenas para angariar mais procedimentos, consultas e medicamentos. No entanto, devido à rotatividade de secretários de saúde, a qualificação deve ser estendida à parte da equipe que compõe o quadro permanente de técnicos da SMS, que são os trabalhadores que lá permanecem ao longo dos anos, algo defendido também pelo Gestor¹ da RS. Tal pensamento corrobora as conclusões de um estudo de Cecilio et al (2007), realizado em 20 municípios do Estado de São Paulo, avaliando a atuação de gestores municipais. No estudo, destaca-se que a gestão municipal pode ser pensada sob as dimensões política e transitória, representada pelo Secretário Municipal de Saúde; e a tecno-burocrática, de caráter técnico e permanente, mais estável, própria dos técnicos de carreira que possuem concurso pelas secretarias municipais de saúde, responsáveis, em grande medida, pela continuidade dos trabalhos, mesmo diante da substituição dos primeiros.

Uma das queixas dos núcleos que atuam com prevenção e promoção, como as Vigilâncias, a Atenção Primária e Ações Estratégicas é a de que nos vários níveis do SUS se dedica pouco cuidado, investimento e comprometimento com a atenção primária, em detrimento da média e alta complexidade, afirmando ser necessário mais empenho dos profissionais e gestores, tanto para a atenção primária, quanto para a organização das redes de atenção, para que se tornem concretas e funcionem bem. Para uma das trabalhadoras da Divisão de Atenção e Gestão em Saúde, o cotidiano de trabalho na região ainda é pensado de forma imediatista ou em curto prazo, o que, a seu ver, impede os avanços regionais necessários no SUS. Tal situação também se repete quanto aos treinamentos, capacitações ou

orientações que têm realizado frequentemente, nos quais não verifica uma efetivação no cotidiano das SMSs daquilo que fora aprendido, desenvolvido ou debatido coletivamente. Já o Gestor2 da RS cita o exemplo de ouvidoria municipal, quando muitos profissionais que atuam nos municípios são chamados a qualificações e não comparecem, continuando a incorrerem em erros em suas funções, devido ao desconhecimento do fluxo de procedimentos a cumprir e de sequência dos processos em toda a estrutura do SUS.

O Gestor Estadual afirma que *“A Regional é o Estado na região. Eu uso o termo ‘ela é sócia do empreendimento’. Então como sócio eu tenho direito a voto na hora de decidir o que é para ser feito com o recurso(...)”,* compreensão compartilhada pelo Representante do Controle Social, que adiciona ainda a necessidade de supervisão de projetos e fiscalização de possíveis irregularidades dos prestadores de serviço. Para o Gestor1 da RS, compete à regional criar estratégias de ação adequadas à sua região, desde *“que não fujam muito do que a Política Estadual e Nacional preconizam, porque nós não podemos inventar muita coisa, porém nós fazemos as estratégias e todos os meios para os municípios aplicarem essas estratégias. (...) nós seríamos a questão pensante da história e os municípios a questão braçal. Nós criamos as estratégias, damos as condições e eles vão aplicar naquela população.”* Cabe a ela também certa *“negociação com os municípios”* e até mesmo *“indução”* para aceitarem ideias do que denominou de *“os programas grandes do governo”*.

A relação da regional com os municípios é, em grande parte, intermediada por um consórcio municipal no que diz respeito a consultas e procedimentos de média complexidade. O Gestor Estadual salienta que se espera desse tipo de parceria o cumprimento efetivo do cuidado nas diferentes linhas que dele se ocupariam *“Os Consórcios são muito importantes, são parceiros importantíssimos para nós, mas eles têm que fazer aquilo que a gente tem como política estadual de saúde, fortalecer as Redes de Atenção à Saúde. Os Consórcios vão sempre trabalhar na perspectiva na linha. Porque não adianta eu oferecer a consulta só.(...) porque senão a gente fortalece a fragmentação do sistema e nós queremos sair do sistema fragmentado.”*

No caso da Farmácia, há ainda a relação com o Consórcio Paraná Saúde, composto por 388 municípios do Paraná que adquirem conjuntamente os Medicamentos Básicos utilizados nas SMSs, distribuídos pela RS na sua região de

abrangência. Nessas relações com os prestadores, as trabalhadoras do núcleo de trabalho da regulação ressaltam a necessidade de maior organização dos municípios e também do Consórcio Intermunicipal de Saúde, tendo em vista encaminhamentos desnecessários ou mal feitos. Ponderam, ainda, a necessidade do aumento do número de vagas para consultas eletivas, considerado insuficiente.

Por ser uma regional composta por municípios pequenos, são frequentes os pedidos, pelos gestores municipais, de acompanhamento na investigação, fiscalização e atuação de organizações, a fim de resguardarem a segurança dos técnicos e a efetividade das ações nos municípios, por se tratarem de trabalhadores de âmbito estadual, menos ligados à gestão municipal e ao poder político-partidário local, pelo qual poderiam sofrer represálias por suas ações ou receberem ordens de não executá-las. Por essa mesma característica, ocorre a execução de ações de competência municipal pelos trabalhadores da RS, como no caso da distribuição das vagas de Tratamento Fora do Domicílio que ficam para a Regulação e atuações em Vigilância, já que, de acordo com o Gestor¹ da RS, *“Nós criamos a estratégia e em aproximadamente metade dos casos nós temos que aplicar nos municípios”*, pois os municípios *“não tem capacidade técnica”* para aplicá-la.

Por outro lado, ao falarem das expectativas na relação com a RS, seis secretários de saúde se referiram ao relacionamento com os trabalhadores, esperando uma relação de proximidade, diálogo, companheirismo e abertura de ambas as partes, de forma a manter um bom contato, com troca de ideias, contribuições e profissionalismo. Um deles citou o desejo de que todos tenham o objetivo de trabalhar pela saúde pública. Tal posicionamento também foi expresso pelos técnicos das SMSs, que esperam uma RS que lute com e pelos municípios, em que haja mais espaço para suporte e apoio, pois em vários momentos percebem muitas cobranças quanto a procedimentos e prazos, mas falhas na resolução das dificuldades com os prestadores de serviço, como a Santa Casa do município sede e o Consórcio Intermunicipal de Saúde e, ainda, no envio e conquista de projetos.

4.3 O cotidiano definido desde fora: as pautas estaduais

Nesse item, ressalto o plano institucional em que se dão as relações e conversações da RS com a Secretaria de Estado que a coordena, a SESA, que por sua vez, segundo o Gestor Estadual, é responsável por *“fazer a articulação*

interfederativa, ou seja, fazer a articulação entre o Ministério da Saúde, a Secretaria Estadual da Saúde e as Secretarias Municipais de Saúde.”. Há que se salientar que os âmbitos estadual e federal do SUS se encontram imbricados no que se refere à legislação, programas, sistemas e financiamentos, que demandam contrapartidas de ambos. Nesse sentido, a RS cumpre tarefas para responder aos dois, pois além de corresponder ou cumprir o determinado na federação, o estado também cria suas próprias legislações e serviços (ou mesmo adaptações ao implantado oficialmente pelo MS), como no caso da criação e manutenção das redes temáticas de atenção à saúde, no exemplo da Rede Cegonha do MS, que foi configurada como Rede Mãe Paranaense no estado do Paraná. Os trabalhadores alimentam e supervisionam ações, programas e sistemas, de forma a corresponder às exigências de ambos.

Oficialmente, um dos objetivos da gestão da SESA foi definido como *“Promover a descentralização e o desenvolvimento regional da saúde, articulado com outros setores governamentais e não governamentais”* (Paraná, 2014), sendo as RSs as responsáveis pelo nível de atuação regional. Segundo o Gestor Estadual entrevistado, a RS tem responsabilidade de fomentar a ligação do estado com os municípios, configurando *“espaços regionais de atuação da Secretaria Estadual de Saúde”*, focando suas atividades atuais em organizar e implantar as *“Redes Municipais de Saúde”*, articulando e regulando como essas redes se darão e se conectarão entre si. Seria a responsável ainda por, em nome do estado, *“induzir”* o aumento da Atenção Primária com ações de promoção e prevenção. Ela *“é quem ancora esse processo lá [no município].”*

Depois das SMSs da região, os contatos da SESA foram os mais citados pela maioria dos núcleos de trabalho em termos de frequência e intensidade, justamente por se tratar de referência e suporte do trabalho da RS, mantendo relações predominantemente com o departamento, divisão ou superintendência dos quais as divisões ou seções são subalternas. Se, com as SMSs da região, a RS é quem realiza demandas, com o estado ela é quem as recebe, repassando-as aos municípios, particularmente no que se refere à consecução das legislações em saúde.

De acordo com os dois gestores da RS entrevistados, é a regional que define o que é prioridade em sua região, apontando-a para a SESA. Esse processo tem início, de acordo com o Gestor¹ da RS, com a reunião das solicitações dos municípios, que posteriormente são levadas como proposta de estratégia regional de

atuação. Caso seja algo compartilhado por outras regiões, passa a ser pensado como uma problemática e estratégia estadual. A situação não é a mesma relatada pelo Gestor2 da RS, que afirma que, primeiramente, as questões regionais são levadas *“ao nível central”* da SESA, em sua expressão técnica, com argumentos e números que a justificam, mas sua efetiva solução se dá com o que chama de *“rede”* de prefeitos e deputados, que intercedem pela RS junto ao Secretário de Estado. Nessa direção, afirma que as conquistas são dificultadas porque *“você esbarra na burocracia do serviço público, esbarra na falta de dinheiro do Estado, esbarra no interesse de algum deputado... Então você acaba não conseguindo tudo aquilo que você quer.”*

Contraditoriamente, segundo o Gestor Estadual, são análises estaduais que permitem definir o que será priorizado ou não na SESA, que encaminha pautas para as RS que, por sua vez, as repassa para os municípios. Para ele, é por essa função que as RS estão vivendo um período de fortalecimento, já que se configuram como *“espaço privilegiado de discussão e pactuação.”*

Com trabalhadores de referência para as RS na SESA debatem ainda a organização das pautas regionais de reuniões, dúvidas sobre o que fora nela decidido, bem como quanto à descentralização do SUS, pois orientam técnicos das RS quanto ao HOSPSUS (Programa de Apoio e Qualificação de Hospitais Públicos e Filantrópicos do SUS Paraná) e o COMSUS (Programa Estadual de Apoio aos Consórcios Intermunicipais de Saúde). Também são discutidas as ações necessárias para o desenvolvimento do plano de governo estadual quanto à assistência e às redes de atenção em saúde no cotidiano das SMS da região de abrangência. Os fóruns em que se transmitem as solicitações das SMSs estão atrelados aos núcleos de trabalho que lidam com o planejamento e gestão e a Direção e, em alguns momentos, com secretários municipais de saúde. De acordo com o Gestor Estadual e o Gestor1 da RS, esses secretários *“deixam muito a desejar”*, pois pouco comparecem às reuniões, não possuem qualificação técnica e política para a gestão em saúde e ainda *“não têm essa experiência, essa desenvoltura, essa capacidade de aglutinação”*. Segundo o Gestor1 da RS, frequentemente a Direção acaba tendo a responsabilidade de *“fazer em nome dos secretários”* e transmitir as demandas de cada um dos municípios.

Aliás, essa é uma peculiaridade apontada pelos três gestores regionais e estaduais, a de que RSs de municípios pequenos têm a característica de baixa

representatividade política e técnica, marcada pela ausência de secretários municipais de saúde, prefeitos e deputados nos momentos decisórios promovidos pela SESA e, assim, têm mais dificuldades em acessar recursos e pactuar ações. Dessa forma, a discussão política *“não tem a potência que tem a discussão nas outras regiões.”* que possuem população mais numerosa, nas quais o interesse do Estado em atender as demandas seria maior, segundo o Gestor2 da RS. Por essa questão, de acordo com o Gestor Estadual, quando a discussão chega no município está *“requentada”*, ou seja, outras localidades já se adiantaram e conseguiram o que precisavam no momento em que a notícia foi exposta, deixando os faltantes em desvantagem.

No dia a dia da RS, porém, todos os núcleos de trabalho da RS se dirigem às diretorias e superintendências específicas correspondentes às suas funções, cada qual a seu tempo e necessidade. Segundo os trabalhadores, as subdivisões da SESA são ainda mais especializadas e parciais do que na RS, havendo a necessidade de entrarem em contato com vários departamentos para cumprir suas atividades. Ou seja, nela, o trabalho em saúde se apresenta ainda mais seccionado do que regionalmente, queixa dos trabalhadores da SMSs para com a RS. Os núcleos de trabalho da Atenção Primária e da Vigilância Epidemiológica ainda reivindicam de suas superintendências maior diálogo, valorização, suporte e condições para que seu trabalho aconteça a contento.

As demandas também são condizentes com as tarefas de cada núcleo de trabalho e compostas de questões burocrático-administrativas, de logística, de manutenção ou conserto de equipamentos, distribuição de medicamentos, vacinas, materiais, equipamentos, estruturas e serviços (como vários tipos de exame, por exemplo), até orientações, esclarecimentos, solicitações, negociações, planejamento, monitoramento, análise e avaliação de ações, projetos, programas, desenvolvimento e concretização de legislações. São realizadas diversas capacitações e treinamentos ao longo do ano, mas, como vimos no Capítulo 2, elas ficam mais restritas às chefias da RS ou a pessoas específicas. Dessa forma, são poucos os trabalhadores que têm contato presencial na SESA, enquanto que a maioria é conhecida ou conhece seus colegas de trabalho através do telefone e e-mail, formas de comunicação predominantes no local conforme disposto no Capítulo 2. Menos intenso ainda é o contato de trabalhadores das SMSs com a SESA, que

acontece em esporádicos momentos de encontro com técnicos ou profissionais de referência, para eventos de repasse ou de treinamento.

Os trabalhadores do núcleo da Vigilância Sanitária expõem sua preocupação de que as várias instâncias do SUS, inclusive estadual, não se dedicam à prevenção, investindo mais na média e alta complexidade na assistência e, assim, fazem “o SUS da doença e não da saúde”. Dizem ainda que “*Enquanto nós trabalharmos para o SUS da doença e não da saúde, não haverá melhoras.*”, o que, segundo os trabalhadores, dificulta a efetivação do SUS na amplitude da promoção e prevenção em saúde. Entretanto, mesmo na média e alta complexidade, o núcleo de trabalho da Regulação percebe certa desigualdade de distribuição de vagas e procedimentos em todo o estado, o que contribui para que a região não alcance maior acesso aos serviços de saúde para sua população.

Interessante perceber que as RSs pouco conversam entre si, havendo relações esporádicas entre a RS estudada com outras três para trocas de experiências sobre o andamento da RS, procedimentos, processos e legislação nas suas regiões; sobre necessidades de “pacientes” ou trabalhadores específicos (no caso do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador); dificuldades na média complexidade; ou em investigações, fiscalizações e autuações para as quais as vigilâncias precisam do suporte técnico especializado que não possuem na sua RS ou que ofertam às outras; reuniões, debates, eventos e capacitações específicas e compartilhadas; e, ainda, troca de bolsas de sangue ou hemocomponentes. Com a Direção, esse contato se dá com duas RS nos encontros na própria SESA, nas reuniões de diretores, com trocas de experiências sobre questões políticas das macrorregiões, processos financeiros ou de RH.

Os núcleos de trabalho como o Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, a Divisão de Vigilância em Saúde e as suas seções e, ainda, a Farmácia e a Unidade de Coleta e Transfusão apontam conseguir maior interação, governabilidade e satisfação nas ações efetivadas na relação e conversação com os atores da SESA do que com os internos, pois buscam e obtêm maior ressonância e suporte de experiências, conhecimentos e ações conjuntas, ganhando maior expressão e visibilidade.

Três características presentes nos pontos apresentados anteriormente constituem também o plano de relacionamentos dos trabalhadores da RS com a SESA: a parcialização do trabalho, as relações de referência e as interferências

político-partidárias. Os trabalhadores da RS apontam que cada um deles acumula mais funções e tarefas do que os colegas da SESA, responsáveis pelo controle de apenas um projeto, programa ou área, havendo, assim, uma superespecialização de funções. Trata-se de um arquipélago ainda mais numeroso do que na RS. Mas mesmo diante dessa condição, também é pelo aspecto relacional que problemáticas e emperramentos são resolvidos por trabalhadores considerados de referência, mesmo deslocados de seu cargo de origem. Essas pessoas costumam se mostrar solícitas e resolutivas para com seus colegas da RS, utilizando seus contatos e experiência para auxiliá-los, como conta uma trabalhadora: *“Quando não consigo ter resposta de um processo na SESA, ligo para tal pessoa que ela sim resolve”*.

4.4 A Regional e o Ministério da Saúde: o ator invisível

Exploro nesse item, como a RS se posiciona frente à legislação que dispõe sobre a organização do SUS, em particular todo o ordenamento normatizado pelo Ministério da Saúde. A relação com MS foi o aspecto menos citado por todos os atores que participaram da pesquisa, com certeza por ser uma relação distante, mediada pela SESA, sem contatos diretos.

Na atividade de redes de relações e conversações, apenas dois núcleos de trabalho registraram o MS, citando-o de maneira indireta, ou seja, lembrando sua existência como norteador das ações do SUS, sem representar um contato direto com trabalhadores dessa instância. Assim, a Vigilância Sanitária se remete à Agência Nacional de Vigilância Sanitária, pela necessidade de pautar seu trabalho a partir das regulamentações e determinações desta agência, ligada diretamente ao MS, embora seja algo esporádico. O Ministério também é lembrado pela Vigilância Epidemiológica como responsável por organizar e reger todas as relações internas e externas que mantém para realizar seu trabalho, e *“por fazer o SUS acontecer”* em cada uma de suas instâncias, *“porque tudo isso é SUS”*.

Uma das indagações iniciais do estudo era a de compreender como os trabalhadores da RS se percebem na longa cadeia que vai da formulação da “grande política” do SUS aos espaços em que acontece o contato direto com os usuários do sistema. Desde a Lei 8080/1990 que cria o SUS, regulamentou-se a atribuição e responsabilidade do MS brasileiro em formular e normatizar as políticas públicas de saúde para todo o território nacional, definindo de forma padronizada

diretrizes, normas, procedimentos, índices e formas de financiamento para efetivá-las. Em todo o estudo, foi o Gestor Estadual quem apresentou o discurso mais alinhado ao MS e toda a legislação do SUS, citando Leis, Decretos, Normativas e estratégias de ação do SUS, exemplificando o que tem sido nele oferecido e a necessidade de definir as competências, responsabilidades e contrapartidas de cada ente, dispondo-os no Contrato Organizativo da Ação Pública, em constante negociação entre Estado, município e a Federação. Os outros gestores, o representante do controle social e os trabalhadores da RS e dos municípios, citaram uma ou outra legislação específica, exemplificando alguma ação, sem grandes debates, questionamentos ou proposições a partir dela.

A produção desta pesquisa me permite dizer que os trabalhadores percebem a RS como transmissora da legislação e das estratégias definidas pelo MS e pela SESA para concretizar as normatizações por eles engendradas. Parecem entender que possuem um papel de fazer cumprir a legislação, repassando-a aos municípios e cobrando sua efetivação, a partir de uma pauta encaminhada pela SESA, que, por sua vez, realizou uma “leitura” da legislação enviada pela federação e definiu encaminhamentos desde então. Eles conhecem, citam e tentam cumprir a legislação como algo dado, definitivo e delimitador das ações de um SUS pensado por outros, longe de seus domínios territoriais.

Apenas uma trabalhadora questionou as nomenclaturas usadas no SUS, que para ela são “*chavões, apenas trocas de palavras*”, com as quais os governantes querem transmitir uma sensação de evolução que, no fundo, representam a mesma situação ou programa existente, sem efetivar de fato as mudanças esperadas ou necessárias para a saúde da população. No cotidiano da RS e nas atividades de redes e narrativas, o que eu percebia era o uso misto de nomenclaturas atuais e defasadas, tanto de áreas, quanto de projetos e programas. Por exemplo, ora se usava a terminologia oficial do MS ou da SESA, ora a que estavam acostumados ao longo dos anos, como ao se referir à Atenção Básica e não à Atenção Primária. Parecia haver um movimento de simplificação do cotidiano em relação ao que é oficial e o corriqueiro, sem o uso de termos técnicos a todo momento, mostrando certo distanciamento em relação às discussões teórico-conceituais e ético-políticas que provocaram as modificações nominais na legislação. Tal movimento pode ser pensado, ainda, como uma opção que permite conviver com as constantes mudanças de denominações promovidas nas diferentes gestões, sem que,

necessariamente, registrem-se ou se utilizem novos termos que logo podem sofrer alterações e cair em desuso, assim como a nova proposta de gestão.

Os posicionamentos dos trabalhadores quanto à Política de Saúde variam de uma ideia de obrigação em reproduzir o previsto por se tratar de um órgão público de saúde; de defesa da necessidade de se efetivar a lei com *“a cara da região”*, negociando regionalmente estratégias a realizar; e, ainda, de questionamento de que o que está disposto nos documentos é muito generalista para todo o país, deslocado da realidade regional, algo concebido como um problema que inviabiliza peculiaridades no cuidado junto ao usuário do sistema.

A referência dos técnicos das SMSs ao MS, SESA e mesmo às RS e o que elas representam em termos de normativas é que possuem uma melhor infraestrutura e maior quantidade de pessoal do que as SMSs, cada qual atendendo a uma demanda ou um programa específico, ao contrário deles, que precisam acumular funções e responsabilidades, sendo cobrados por todas as instâncias ao mesmo tempo e sendo responsáveis pelo atendimento assistencial ao usuário. O núcleo de trabalho da Atenção Primária lembra o quanto se espera dos Agentes Comunitários de Saúde, sobrecarregando-os com demandas que deveriam ser compartilhadas com toda a equipe das Unidades Básicas de Saúde. O próprio Gestor Estadual admite que *“é no território municipal onde o SUS de fato acontece.”* E por isso é necessário *“fortalecer esses espaços onde efetivamente onde são executadas as ações do Sistema Único de Saúde.”*

Nessa direção, o Gestor Estadual afirma que se deve trabalhar em *“consonância com o projeto nacional,”* enquanto que Gestor1 da RS diz que até se tem certa maleabilidade para realizar ações, desde que sejam pautadas por aquilo que é designado nas outras instâncias: temos *“autonomia pra criar algumas estratégias”*, desde que *“não fuja das estratégias nem nacional, nem estadual.”*, demonstrando que as ações estaduais e regionais estão coadunadas num primeiro momento com as políticas nacionais, para depois serem pensadas de forma mais singular. Um exemplo da interferência da SESA na definição de como um projeto federal deve ser conduzido nas RSs é o caso dos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador, que no estado possui menos financiamento e autonomia para conduzir as atividades do que em outros estados, algo que os trabalhadores avaliam que seja próprio dos meandros do jogo político estadual, que, em muitos momentos,

determinam algumas decisões tanto do governo de Estado quanto da RS, inclusive a alocação do Centro em sua sede.

O Gestor² da RS apresenta uma visão bem diretiva da situação ao citar o exemplo das Unidades de Pronto Atendimento: *“o Ministério da Saúde está distribuindo pelo país inteiro, mas quem vai mais rápido pega. Assim que funciona.”*, apresentando sua visão sobre a captação de recursos do MS. Tal posicionamento não se diferencia do apontado pelo Gestor Estadual, quando ressalta que deputados, prefeitos e secretários de saúde que são bastante envolvidos politicamente *“sabem toda a discussão nacional. (...) Sabem onde tem o dinheiro. Então eles vão lá e, que nem o pessoal diz: ‘toma água limpa’.”*, referindo-se ao acompanhamento que realizam junto ao MS do que está sendo disponibilizado para os municípios, de forma a serem os primeiros a negociarem as condições para captar recursos.

A menção por parte da maioria dos núcleos de trabalho ao nível federal em saúde passa pelo reconhecimento dos avanços do SUS na quantidade e qualidade do que se oferta de serviços e procedimentos, do que se fiscaliza e se desenvolve na área. Entretanto, expõe também críticas a como ele tem sido gestado. Para trabalhadores que estão há mais tempo na RS, há um movimento em todo o setor da Saúde no Brasil de aumento da influência política na escolha de cargos de gestão, em detrimento da autonomia dos órgãos de saúde, substituindo um período em que as necessidades regionais e questões técnicas prevaleciam ao jogo partidário, garantindo a qualidade e coerência de suas ações. Salientam ainda que *“Embora se fale muito na atenção primária, ainda está muito longe da gente fazer ela acontecer. Olha só o quanto gastam com os hospitais.”*. Dessa forma, justificam várias das dificuldades de financiamento das atividades do SUS, mas também da pouca importância e relevância que se dá à atuação e aos trabalhadores que, como eles, trabalham para favorecer a saúde em sua integralidade, dificultando a efetivação do SUS na amplitude da promoção e prevenção em saúde.

Enfim...

Neste capítulo foi possível ver como a regional de saúde estudada é atravessada e constituída por múltiplas instâncias ou “campos” institucionais que, com seus vetores de força, apresentam capacidades diferenciadas de influenciar, modelar e, de algum modo, produzir seu cotidiano. Poderia dizer que a regional

estudada é um campo movente, em produção, permanentemente instituinte, embora opere na moldura ou nos interstícios de uma grade estabelecida por certos “instituídos” ou “instituições” que lhe permitem alguma aparência de estabilidade e permanência no tempo. Como instituídos poderiam ser lembrados a Política Nacional de Saúde e toda a regulamentação emanada pelo SUS e a própria “instituição burocrática” com suas normas, regras e rituais. É nos limites delimitados por tal “moldura” ou “grade” mais “fixa” e estável que foi possível caracterizar, no correr do estudo, *um campo em permanente tensão e disputa, por natureza instável e instituinte*¹¹.

A micropolítica da regional, na sua molecularidade, e os sentidos que lhes dão os trabalhadores, como apresentada no capítulo anterior, não poderia ser compreendida fora das múltiplas conexões que se estabelecem, o tempo todo, entre as rotinas de trabalho, o cotidiano de cada núcleo de trabalho, a “operação da máquina” com esses vários “campos de força” mais molares, seja com o gestor estadual com sua pretensão de tutela, normalização, direcionamento, seja com os gestores municipais, com suas demandas, suas carências e “fragilidades”. Se o Ministério da Saúde foi considerado o “autor ausente”, isto é, apareceu pouco em meu prolongado contato com os trabalhadores, é porque há um Gestor Estadual de Saúde que advoga para si todo o processo de mediação da Grande Política para sua realização na singularidade daquela regional. Assim, é possível dizer que este capítulo 4, de algum modo, lança luzes, ou deixa mais contrastado um conjunto de questões levantadas no capítulo anterior. Os trabalhadores operam seu cotidiano em um campo atravessado por vetores de força (e relações de poder e violência) que eles, no exercício de construção da rede de relações e nas conversas informais que aconteceram durante a pesquisa, demonstram ter uma surpreendente capacidade de reconhecimento e análise. O que talvez me permita expressar, aqui, uma das questões que me acompanharam no desenrolar da investigação: o quanto o “saber”

¹¹ Afirmo isso no mesmo sentido de Feuerwerker (2014, p.22): “Como outro exemplo, vale o caso da burocracia. Não basta que ela seja definida como uma segmentaridade dura, com divisão entre repartições contíguas, chefes de repartição em cada segmento e a centralização correspondente. Pois, ao mesmo tempo em que esses elementos operam, há toda uma segmentação burocrática, uma flexibilidade e uma comunicação entre repartições, uma perversidade e uma inventividade permanentes que se exercem inclusive contra os regulamentos da própria burocracia. As duas segmentaridades - molar e molecular- distinguem-se porque não tem os mesmos termos, as mesmas correlações e a mesma natureza, nem o mesmo tipo de multiplicidade. Mas não se distinguem pelas dimensões (uma grande a outra pequena), nem se pode pensar que o molecular pertença ao domínio da imaginação ou que remeta somente ao individual ou interindividual (...)”

é suficiente para “mudar”, para produzir mudanças para melhor nas relações cotidianas. E, mais do que isso, o quanto minha presença, no correr da investigação, pode ter contribuído para mudanças, mesmo que micromudanças na vida organizacional...

5 CAPÍTULO – O TRABALHADOR E OS USUÁRIOS: OS MÚLTIPLOS SENTIDOS DO CUIDADO EM SAÚDE

Uma das indagações que trouxe para o meu doutoramento era o de saber o quanto os trabalhadores da RS pesquisada se percebiam, ou não, como trabalhadores da saúde, pressupondo que a presença ou ausência do usuário em seu cotidiano, ou *o contato direto com usuário*, determinaria sua percepção de serem ou não trabalhadores da saúde. Eu e meu orientador tínhamos como pressuposto que os trabalhadores da RS não se veriam como trabalhadores de saúde, mas, sim, como *funcionários públicos*, exercendo uma função que seria, acima de tudo, administrativa e burocrática, ou seja, eles se identificariam muito mais com outros funcionários públicos em mesma posição na estrutura administrativa do Estado, do que como as equipes de saúde que prestam diretamente o cuidado. A investigação, no entanto, revelou uma complexa composição de vários sentidos dados ao trabalho em saúde, se tomado como referência o que seria a “relação com os usuários”. Estava em jogo um conceito de “cuidado em saúde” que, por nossa definição inicial, era restrito ao cuidado assistencial direto.

Nesse sentido, o estudo traz indicações para dizermos que não há o usuário como se pensava inicialmente, mas que seria possível e necessário fazer um *matizamento* da leitura do que seja “usuário”, mesmo que os próprios trabalhadores não façam, conscientemente, ou explicitamente, tal diferenciação. Trata, portanto, de fazermos, neste capítulo, uma leitura mais analítica do material produzido no campo, quando o tema é “a relação com os usuários”.

A novidade que o avanço na análise do material empírico provocou foi permitir perceber que não se tratava apenas do cuidado ao “usuário da assistência” (o cuidado direto) - claramente um viés na formulação do pressuposto inicial (*os trabalhadores da RS não se veem como trabalhadores da saúde*) -, mas que era preciso caracterizar a complexidade do trabalho em saúde desenvolvido em uma RS. O que resultou disso foi perceber como esse trabalho é heterogêneo e múltiplo, em particular como comporta diferentes modos de se pensar o cuidado em saúde, como veremos adiante.

5.1 O trabalhador no encontro com o usuário

Durante as atividades de redes de relações e conversações, os trabalhadores foram instados a falar e representar a frequência e intensidade de seu contato com o usuário do SUS, assim como as atividades que desenvolvem a partir dessa convivência. O que se apresentou foi uma gradação de contatos que vai desde o contato diário, direto e indireto, até sua inexistência, tomando como ponto de partida uma visão de *usuário-paciente*¹², *aquela a quem os trabalhadores ofertariam um serviço direto, de cuidado tipicamente assistencial*. Assim, a depender da seção em que atuam, os trabalhadores da RS visualizam os usuários de seus serviços de modos bastante diferenciados: há o usuário que retira diretamente medicamentos na farmácia, ou faz uso da regulação para resolver problemas dramáticos de necessidade de acesso a determinado cuidado, mas há também aquele que, em princípio e de modo indireto, se beneficiaria das ações de apoio e qualificação desenvolvidas pela RS junto às equipes das SMS. E há contato direto, por exemplo, com pessoas que fazem uma doação de sangue, ou com trabalhadores via Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, mas também pessoas e/ou empresas que necessitam de seus serviços ou passam por controles e fiscalizações da Vigilância Sanitária e assim por diante. Podemos ver então, até aqui, como o “ser trabalhador de saúde” pode ir assumindo conotações diferentes conforme o “núcleo de trabalho”. E é isso que exploramos na sequência.

5.1.1 O usuário-ausente?

Em razão da natureza de suas atividades, os trabalhadores da Divisão Administrativa em geral e os terceirizados, como era de se esperar, parecem estar tão distantes dessa concepção assistencial em saúde, que concebem sua atuação como suporte para o funcionamento da RS, apoiando as divisões e seções que realmente estariam dirigidas aos usuários, não se nominando como trabalhadores da saúde. Com semelhanças, há, por outro lado, trabalhadores que cumprem funções e tarefas predominantemente administrativas nas Divisões de Atenção e Gestão e Vigilância em Saúde e suas respectivas seções, que parecem assumir quase que de forma exclusiva os aspectos burocráticos e procedimentais de suas

¹² O uso do conceito de usuário-paciente é feito em referência ao nome mais comumente usado na Medicina, qual seja, o paciente. Embora não seja da tradição da Saúde Pública o termo “paciente” e, sim “usuário”, a adoção do conceito de “usuário-paciente” foi feita por referência explícita à Clínica.

tarefas, mesmo acompanhado de um discurso de controle dos índices de qualidade de vida da população por meio do acompanhamento dos programas e sistemas. Em minhas observações não presenciei relatos em que esses trabalhadores se questionassem sobre a possibilidade de estarem mais próximos aos usuários, ou mesmo de se perceberem como profissionais que produzem saúde. Cumprem com o que lhes é determinado.

Quando se trata da relação da Divisão Administrativa da RS com os usuários do SUS, com boa vontade, mas sempre de modo muito indireto, reconhecemos algum contato com usuários: o Financeiro tem contato direto (embora esporádico) para pagamento de diárias de Tratamento Fora do Domicílio; os Vigilantes (seguranças) fazem a recepção dos usuários e os encaminham para as seções que necessitam visitar, denominando-os de *“pacientes”*¹³, *“paciente da farmácia”* ou *“usuários da região”*, sendo mais frequente a busca pela Farmácia, a Regulação e a Ouvidoria; e, ainda, as telefonistas que os avisam sobre medicamentos, consultas e procedimentos da Ouvidoria. O restante não possui qualquer relação com o usuário, ou o faz de maneira indireta, por meio de indicadores da saúde da região, pelas histórias, documentos e casos a resolver quanto a medicamentos ou de regulação do acesso aos serviços de sua competência. Trata-se, assim, de uma relação bastante superficial ou esporádica para poucos de seus trabalhadores.

A formação em saúde também parece fazer parte da definição do que seja “trabalhador da saúde”, pois possuir um curso técnico, uma graduação ou pós-graduação na área da saúde, em princípio, o diferenciaria dos que não possuem habilitação formal para tanto e, por isso, comumente não é visto como alguém “capacitado” a produzir saúde. Pude verificar isso em vários momentos, quando alguns trabalhadores se referiam a outros como “administrativos”, do mesmo modo que outros com formações em educação ou ciências sociais aplicadas se diziam não ser da área de saúde. Entretanto, o que se viu foi que, mesmo vigilantes, auxiliares de serviços gerais e motoristas, supostamente os profissionais com mais distanciamento da área, possuem conhecimentos sobre o SUS e atuam junto ao usuário, fazendo intervenções que facilitam o acesso à resolução de suas necessidades.

¹³ Aqui é interessante notar que o conceito de “paciente” é usado de forma corriqueira por vários trabalhadores, o que reforça o uso que farei do conceito de “usuário-paciente”.

O mesmo acontece com os vigilantes da Unidade de Coleta e Transfusão, ao relatarem ser importante manter uma boa convivência com todos, prezando pela “*gentileza em servir bem*” aos doadores, fornecendo informações sobre o funcionamento da unidade e de como ocorre a doação, acalmando os doadores diante de seus medos e acolhendo doadores que são parentes de pessoas que precisam de doações por estarem hospitalizadas. Assim como eles, os vigilantes da RS e as auxiliares de serviços gerais da RS e da Unidade sabem quem é o usuário e o auxiliam a entender o espaço físico da RS e da Unidade, bem como a quem podem recorrer diante de um problema e para a obtenção de medicamentos especiais e setores para orientações e reclamações. São trabalhadores que, em princípio, não possuem contato direto com o cuidado, mas fazem parte dele, sim, na medida em que muitas vezes são os primeiros que acolhem o usuário, com quem ele se identifica ou pode contar.

De qualquer forma, o que podemos dizer é que para os trabalhadores dessas seções mais administrativas parece haver dificuldade de reconhecimento de que eles também cuidam! Se qualquer ação em saúde tem a capacidade de “produzir o ato de cuidar” como afirma Merhy (2007a e 2007b), ao salientar que até mesmo os administradores e gestores produzem o cuidado, porque na RS o cuidado foi atribuído apenas ao trabalhador da assistência? Essa dificuldade de visualizar o cuidado como resultado final de seu trabalho estaria associada à alienação real no trabalho em saúde (Campos, 2007), dada pela retirada ou diminuição da autonomia, vontade e potência para gerir o processo de trabalho de acordo com suas necessidades e características peculiares? As condições para esse tolhimento de autonomia foram alvo das discussões dos capítulos 3 e 4, assim como a ausência de espaços coletivos para se pensar o trabalho e reconhecer os saberes e contribuições dos trabalhadores entre si, fator de compreensão e diminuição da alienação.

5.1.2 O usuário-paciente

Os núcleos de trabalho que possuem uma visão mais assistencial de cuidado com o usuário são os que de fato atuam diretamente com ele, promovendo *ações claramente individuais* e ofertando *serviços comandados por demandas oriundas da assistência médica individual*. São ações que ocorrem nas dependências da RS: a Ouvidoria Regional, a Regulação e a Farmácia.

Na Ouvidoria Regional, o usuário entra em contato pessoalmente, por telefone ou por carta, algo que fica registrado no Sistema Integrado de Ouvidorias; ou ao utilizar o espaço virtual do Ouvidor SUS no site da SESA, no qual faz sua denúncia por e-mail. Esse e-mail é recebido por trabalhadores da Central das Ouvidorias do Estado, que o encaminha à Ouvidoria Regional para a continuidade dos procedimentos. Assim, a trabalhadora que atua na Ouvidoria Regional convive frequentemente com a presença de usuários ou mesmo com suas histórias presentes nas correspondências, conhecendo suas vivências, problemáticas e argumentos, sendo a responsável não só por acolhê-los, mas também por acompanhar o que acontece com sua manifestação e informá-los por carta, telefone ou e-mail sobre o desfecho da ação que iniciaram na Ouvidoria.

As manifestações dos usuários mais recorrentes na Ouvidoria Regional são quanto à falta ou qualidade dos atendimentos e funcionamento nas/das UBS; a falta de medicamentos específicos na rede básica e/ou na relação de medicamentos autorizados pela RENAME (Relação Nacional de Medicamentos Essenciais); atraso na busca e entrega de medicamentos por parte dos Farmacêuticos dos municípios; demora no acesso a exames, procedimentos, consultas especializadas e cirurgias fora de domicílio; mau atendimento e cobranças indevidas de procedimentos por parte de profissionais de saúde que atuam no SUS, ou seja, um conjunto de questões ligadas à assistência individual.

A trabalhadora da Ouvidoria entende seu trabalho como importante para o sistema, fazendo parte da efetivação do SUS e do cuidado dos usuários, seja no acolhimento e escuta de suas histórias e problemáticas, seja na garantia de efetivação da assistência à saúde ou ainda como instrumento de gestão, por possibilitar uma visão do que está acontecendo no sistema, o que está falhando e o que é necessário melhorar a partir do olhar do usuário. O que dá a dimensão do seu “trabalho clínico” é quando declara nem sempre “*passar bem*” e às vezes “*ficar carregada*” com o que escuta ou presencia por parte do usuário, uma vivência muitas vezes pesada e triste. Essa trabalhadora reconhece a dificuldade de conviver com o sofrimento alheio quando não consegue sucesso em algumas das ações que realiza, sem que haja efetivamente a garantia de atender o que é de direito e/ou está sendo exigido ou solicitado pelo usuário. Nesse sentido, admite que nem sempre se tem esperança de que o processo de trabalho da assistência venha a ser melhorado e de que muitas necessidades dos usuários ainda não serão contempladas. Sua

“angústia” é a de querer *“ver resolvida a situação antes que algo de pior aconteça com o paciente/usuário”*, o que nem sempre ocorre devido a impedimentos legais, burocráticos e de comprometimento dos profissionais, dos serviços e instituições de saúde. Relata: *“às vezes não tenho boas notícias e tenho que repassar [ao usuário]”*, tais como a impossibilidade de conseguir determinado procedimento, medicamento ou serviço ou ainda no formato, sequência e tempo esperado pelo usuário: uma trabalhadora da RS envolvida diretamente com a assistência individual.

Aqui, poderiam ser feitas duas observações: a primeira, é que nessas situações o trabalhador da RS se aproxima muito das vivências cotidianas dos trabalhadores da saúde que atuam diretamente nos vários serviços, muitas vezes sem condições de atender as demandas trazidas pelos usuários; a segunda é reconhecer que o que está “operando” em tais situações, são demandas *comandadas pela Medicina*, focadas em procedimentos, internações e medicamentos. É o que se pode observar também na Regulação e na Farmácia, como veremos a seguir.

Tal relação com usuários individuais é bastante marcante nas seções de Regulação e da Farmácia. No caso da Regulação, os usuários estão presentes direta ou indiretamente no cotidiano dos trabalhadores, pois em alguns casos chegam a encontrá-los em sua sala pedindo informações, ou o fazem conduzidos pela Ouvidoria, solicitando esclarecimentos e posicionamentos da RS quanto ao cumprimento da Política Nacional de Saúde. Outros lhes telefonam, enquanto alguns são visitados em suas casas mensalmente, como no caso daqueles que fazem uso da Oxigenioterapia Domiciliar Prolongada. Porém, o mais corriqueiro é que suas solicitações ou necessidades sejam conhecidas por meio de papéis, documentos, laudos, exames, processos, etc, que passam pelas mãos dos trabalhadores para intermediar o procedimento ou serviço a respeito do qual os usuários aguardam resposta. Três trabalhadoras em especial se mostraram emocionadas com a proximidade que possuem das histórias, problemáticas e necessidades dos usuários e seus familiares. Para uma delas, o contato com o usuário é tão intenso, que os cuidados se estendem à busca por Assistentes Sociais das SMS, para a efetivação de ações que não são de sua competência. Já para o auditor, o contato se dá indiretamente, por meio da documentação por ele avaliada.

Parece haver grande preocupação e esforços da Regulação em encontrar formas de garantir o que o usuário necessita, desenvolvendo angústia nos seus

trabalhadores por não conseguir tal intento e não visualizar melhoras no sistema regulatório em curto prazo, de forma a aumentar e facilitar o acesso. Nesse sentido, uma das grandes inquietações da equipe é não haver possibilidade de acolher e atender a todas as demandas e necessidades dos usuários, no tempo, espaço e tecnologias por eles desejados (ou pelos profissionais que fazem seu cuidado), quase sempre em momentos delicados de suas vidas. Sentem-se angustiados e impotentes quando não encontram saídas ou formas de abreviar a espera de usuários seriamente adoentados em fila de espera.

Contudo, a centralidade do usuário se faz presente de forma expressiva na rotina cotidiana do trabalho da Farmácia, voltada para a entrega de medicamentos considerados de “alto custo”, dos antirretrovirais, ou aqueles advindos de ordem judicial. Foi visível a emoção de três trabalhadoras ao relatarem que ouvem as histórias, problemas e conquistas dos usuários a cada vez que buscam medicamentos. Elas compartilham dificuldades e frustrações, recebem elogios, agradecimentos e reclamações, que nem sempre têm relação com suas funções, mas, sim, com todo o sistema e seus emperramentos, como expõe um trabalhador, ao dizer que o usuário “*mistura*” coisas que não estão no alcance local, com o tipo de atendimento que recebem. Avalia que há aspectos a melhorar, e que às vezes falham em algo, mas que muitos problemas não são de manejo deles.

Os relatos apresentados pelos trabalhadores da Farmácia eram enfáticos em demonstrar a satisfação em trabalharem em uma RS, mas, diferentemente de outras seções, por poderem estar em contato direto com usuários, orientá-los, nutrir uma relação de afeto com eles e buscar servi-los em suas necessidades e urgências. E mais, de sentirem seu trabalho recompensado quando da melhora ou manutenção da qualidade de vida do usuário ou de seus parentes, estimulando-os a continuar ali e acreditar no que fazem. Contudo, mostraram-se preocupados com a interferência judicial, e o pequeno acesso à autoridade local, que não tem sido sensível e aberta ao diálogo para o entendimento do SUS, nem tampouco das reais necessidades dos usuários. Nesse sentido, incorrem-se a gastos financeiros e de tempo, somados a desgastes desnecessários, já que muitos dos materiais e medicamentos solicitados pelos juízes e promotores existem na SMS, sua compra não é permitida no SUS, ou não estão adequados ao caso e, mesmo assim, instauram processos que precisam ser analisados e respondidos pela Assistência Jurídica Estadual.

Por fim, diante do aumento de solicitações judiciais de medicamentos por parte dos usuários, denominada pelos trabalhadores de “*judicialização dos medicamentos*”,¹⁴ eles destacam a necessidade de que serviços de ponta possam ser mais ativos e atuantes com os profissionais de saúde, na apresentação e negociação de outros medicamentos que possam substituir aqueles propostos inicialmente, e que sejam de fácil acesso no SUS, agilizando o processo de acesso do usuário ao que necessita. Para eles, esses profissionais deveriam ter “*maior cuidado nas orientações para o usuário*” sobre os medicamentos disponíveis no SUS e a necessidade ou não de sua substituição, diminuindo os pedidos judiciais desnecessários.

Tudo isso nos permite afirmar que foi possível encontrar um trabalhador reflexivo que, a partir de seu contato com o “usuário-paciente”, é capaz de entrever com bastante clareza muitas das contradições, limitações e desafios vividos por quem está envolvido com o cuidado hoje no SUS. Nesse sentido, é também um trabalhador que sente de modo afetivo os efeitos de se confrontar com uma realidade limitante, entrando em sofrimento, que na concepção de Dejours (Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994; Dejours, 2004) surge justamente diante da discrepância entre o que é prescrito pela organização (e no caso da RS pelas várias legislações e instâncias do SUS) e o real, ou seja, a resolução de problemas com o atendimento às diferentes necessidades do usuário ou mesmo dos trabalhadores. O sofrimento dos trabalhadores diante das restrições cotidianas os impele a buscarem adaptações no modo de desenvolver suas atividades e alcançar maior liberdade de gestão e aperfeiçoamento na organização do trabalho em coletividade, encontrando brechas nos inúmeros protocolos de atendimentos, normas e regulamentos de acesso aos serviços ou medicamentos ou mesmo de atalhos nos fluxos de regulação desses acessos. Neste item, vimos que essa é uma luta constante dos trabalhadores dos núcleos de trabalho da Ouvidoria, da Regulação e da Farmácia, nem sempre com resultados satisfatórios.

¹⁴ A judicialização dos medicamentos tem sido apontada por vários autores como, por exemplo, Chieffi e Barata (2009) e também de outros serviços por parte do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (Brasil, 2015).

5.1.3 O usuário-população

Os diferentes encontros que o estudo foi propiciando provocaram reflexões de que havia algo além do que os trabalhadores expressavam verbalmente sobre sua relação com o usuário, baseada em contato direto e de oferta-acesso a serviços de cunho assistencial. Existia ali uma profunda preocupação e um extenso trabalho com a “população”, composta pelo que poderíamos denominar de usuário anônimo ou ainda de usuário-matematizado¹⁵, por ser conhecido pelos trabalhadores através de indicadores, números e estatísticas, um usuário sem rosto, distanciado do cotidiano dos trabalhadores da RS, se comparado ao usuário-paciente de que tratamos acima. É o que vou denominar de “enquadramento populacional” do usuário, em contraste com o “enquadramento clínico assistencial” e, como veremos, é o traço mais marcante da regional estudada¹⁶. A matematização como componente essencial do “enquadramento populacional” é explicitamente apresentada pelo Gestor1 da RS, quando afirma que em sua função deve-se agir mais friamente e com a razão baseada em números e não na relação com usuários com rostos, nomes e histórias, situação que permite decisões com bases epidemiológicas ou diagnósticos por evidência e com urgência. *“Você vai agir mais friamente porque você vai agir por números. Você vai ver os números de como que estão e como que você vai atuar pra diminuir ou aumentar aqueles números. Aumentar o número de vacinação ou diminuir o numero de mortalidade, aumentar o número de exames, de consultas, ou diminuir a quantidade de consultas porque está meio demais uma consulta, por exemplo, com cardiologista. (...). Porém, tem a vantagem de ser frio, você se torna menos passional. Você vai mais pela razão de analisar, como eu comentei com você, de analisar números, de analisar dados e ver qual o caminho. (...)”*

Do mesmo modo, o foco populacional de atuação da RS é compartilhado pelos três gestores entrevistados, em que se parte de um referencial coletivo de

¹⁵ Uso o conceito de “usuário matematizado” em sentido próximo ao de “matematização da vida” como utilizado por Antunes, Silva e Baptista (2013).

¹⁶ O que estou chamando de “enquadramento populacional” guarda relação com a noção de biopoder, tal como desenvolvido por Michel Foucault, para quem o biopoder, ao contrário do poder disciplinar, dirigido ao corpo, se ocupa dos fenômenos ligados à população, à espécie humana vista como conjunto. O intuito desse cuidado é dirigido para questões como nascimento, mortalidade, duração de vida das populações e todos os fenômenos coletivos relevantes para a manutenção da saúde do corpo social. Foucault valoriza a questão do Estado e as práticas de gestão ou de governo, denominada por ele governamentalidade, que têm como objeto de conhecimento a população como saber mais relevante (Foucault, 2008).

análise e atuação e não clínico-assistencial, como no trabalho com o usuário-paciente. O Gestor1 da RS afirma: *“Nós atuamos diretamente com pessoas, com população, porém nós não colocamos a mão nessa população. (...) Então **você faz as tuas ações sem ver pra quem que você está agindo. (...) é uma visão de saúde um pouco mais fria, porque você não tem esse contato humano. E a visão aqui nossa é mais gerencial.**”*. Para o Gestor2 da RS, estar na gestão da RS permitiu ampliar horizontes *“**a diferença grande de você estar num cargo de gestor é que uma atitude sua não atinge somente um paciente, você atinge a várias pessoas, a uma comunidade grande.**”*, enquanto que, para o Gestor Estadual, a preocupação central das ações estadual e regional é *“**que o importante em todo esse processo é o que a gente espera com isso tudo: consolidar o SUS enquanto uma política pública de amplo impacto na sociedade.**”*.

O contato dos núcleos de trabalho da Divisão de Vigilância em Saúde com o usuário do SUS é predominantemente indireto, através de dados, índices e indicadores de agravos ou patologias referentes aos municípios de abrangência da RS; em campanhas de combate a AIDS ou teste rápido para HIV (no caso da chefia de Divisão); nas ações de Vigilância Sanitária e Ambiental, de documentos, processos, denúncias e investigações solicitadas e formalizadas por meio das Ouvidorias regional ou estadual, pelo Ministério Público, por algum órgão ou entidade específica, ou ainda no cumprimento de uma legislação em particular; e participação em comitês mistos nos quais conhecem casos de usuários em situações peculiares. Tais expressões numéricas e gráficas são a maior parte dos materiais para sua análise e atuação, que, por sua vez, são repassados aos técnicos dos municípios que entrarão em contato direto com o usuário.

Esporadicamente ocorrem encontros diretos com o usuário por telefone ou pessoalmente, em função de dúvidas sobre a assistência que deverão ser respondidas e/ou encaminhadas para as seções competentes; em campanhas educativas e vacinações; e durante vistorias das Vigilâncias Sanitária e Ambiental. Entretanto, as duas vigilâncias têm como foco principal a visualização de condições ambientais e de espaço físico, procedimentos, profissionais e produtos, com o acompanhamento ou não dos técnicos municipais, configurando ações de cuidado indireto para com as condições de vida do usuário.

O usuário aparece, então, como “cidadão de direitos”, alguém por quem lutar em sua ação cotidiana. As Vigilâncias Sanitária e Ambiental se referem a ele em

suas redes de relações como “*Setor regulado e usuários*” e “*Povo*”, ao afirmarem que todo seu trabalho é dirigido a ações que possibilitem um resultado de melhoria e manutenção da qualidade do meio ambiente, produtos e serviços para o consumo, saúde e vida dos usuários, impactando na vida de todos os munícipes em diferentes níveis. Mesmo aqueles que não utilizam algum serviço de assistência no SUS, estão inseridos no conceito de “povo”, que é um modo interessante de se pensar um usuário coletivo, “recortado” ou produzido pelo saber operatório da Epidemiologia. Daqui para frente, vou usar o conceito de usuário-população.

As expressões “*população*” e “*o povo para quem se trabalha*” foram usados pela Vigilância Epidemiológica para se referirem ao seu trabalho e a todos os serviços (internos e externos) com os quais se relacionam, e que têm como foco o atendimento ao usuário. Contudo, salientam que tanto os serviços precisam cumprir melhor seu papel e atender à necessidade dessa população, quanto a população deve realizar as devidas cobranças para com os serviços. Para eles, caberia aos Conselhos Municipais a representação dos interesses da “população” diante dos serviços de saúde (inclusive a RS), mas percebem que não são desenvolvidas estratégias para um envolvimento efetivo da “população” com seu trabalho, o que seria muito importante. Afirmam, ainda, que a distância entre eles aumenta, porque a própria população não participa mais dos conselhos, não busca informações sobre seu papel e funcionamento, ou exige ações mais frequentes e resolutivas de seus representantes. A trabalhadora das Ações Estratégicas destaca ainda a falta de cobrança da população junto aos secretários municipais de saúde e prefeitos do cumprimento das promessas realizadas no período eleitoral e de ações e serviços que deveriam ser ofertados, na quantidade e qualidade esperadas.

Os trabalhadores das Vigilâncias Sanitária ou Ambiental valorizam atuar nessas seções, e o tipo de ações que nelas desenvolvem, seja técnica ou administrativamente, acreditando que sua atuação, mesmo quando restrita diante dos vários impeditivos institucionais e políticos, contribui para a manutenção e/ou garantia da qualidade de vida da **população** da região. Isso os move a continuar, mesmo com todas as contradições presentes em seu cotidiano laboral. Nesse sentido, debateram que trabalhar na vigilância é estar sensível às injustiças, pois “*sem indignação não se trabalha*”, segundo uma das trabalhadoras, e outro que relata: “*me sinto indignado pelas coisas que vejo em nosso trabalho. Deveria ter*

*cadeia para essas pessoas e governantes que não cumprem seu papel de **cuidar da saúde da população.***”

Os mesmos trabalhadores ressaltam, porém, que um dos problemas de seu trabalho é que a “população não quer” participar mais ativamente do que é necessário para o cuidado com o ambiente e com a sua própria saúde, já que “*não colabora com os cuidados como no caso das zoonoses e endemias*”. Para os trabalhadores, ela também é corresponsável por aquilo que se passa no município, não observando muitas mudanças nesse sentido. Citam exemplos de que são chamados por vizinhos para resolver situações de esgoto e do manejo de lixo alheio, sem que haja a tentativa de acordos anteriores entre as partes, e a conscientização de toda a população de suas responsabilidades na manutenção de condições saudáveis de vida. Relatam que, às vezes, se sentem incompreendidos tanto por aqueles a quem fiscalizam, quanto pelo “povo” e os governantes, ao mesmo tempo em que são pressionados por cada um deles para fazer o que desejam. Um dos trabalhadores diz “*é ruim conosco, mas é pior sem nós. Fazemos o que podemos...*”.

Os trabalhadores do Núcleo de trabalho de Vigilância Sanitária e Ambiental avaliam que sua atuação faz diferença na vida do usuário e demonstraram isso por meio de sua fala e pela imagem de uma balança. Para eles, um dos lados da balança representa a si próprios *que se dedicam cotidianamente à garantia da saúde pública*. Consideram que ora a balança pende para seu lado, quando se garante o acesso a condições de qualidade de vida e da saúde da população; mas em outros momentos ela se eleva, quando se dá espaço a outras questões como interesses e acordos político-partidários ou econômicos, por exemplo, competindo com o que é coletivo.

Os trabalhadores da Vigilância Epidemiológica exprimem o respeito, atenção e empenho que nutrem pelo “povo”, pela “população” ou “usuário”, no sentido de buscarem estar atentos e preocupados em desempenhar suas funções para que se tenha um amplo conhecimento da realidade do estado de saúde populacional da região, e que o *controle, assistência, educação e prevenção em saúde sejam realizados para a diminuição de doenças e óbitos regionais*. Desta forma, valorizam trabalhar nesse setor e reconhecem claramente o papel que possuem na área de saúde. Seu desenho de representação foi inicialmente de “**uma máquina funcionando para o povo**”, mas depois utilizaram a metáfora de uma “célula”, ao se referirem à RS como uma célula, intitulado seu desenho de redes como o “*Olhar da*

SCVGE sobre sua inserção no SUS”. Do lado de fora da célula, representaram ainda a “População” e os “Conselhos Municipais”, o “Ministério da Saúde” e o “SUS”, ao compreenderem que o que fora apontado no esquema “é no fim de tudo: SUS”, salientando a importância de todos os seus contatos explorados no esquema para a construção da Saúde populacional.

No Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, o usuário é chamado de “trabalhador”. Sem ele “*nada disso [as relações e contatos do Centro] existiria*”, “*nós não estaríamos aqui, nosso trabalho não teria razão*”. Segundo os trabalhadores do Centro, é por ele que se dão todas as ações de prevenção, fiscalização ou preparação dos outros profissionais para fazê-lo, sendo apontado como núcleo da atenção e atuação de seu trabalho. No cotidiano, o contato direto com o usuário ocorre em investigações, fiscalizações ou perícias em organizações, ou mesmo em reuniões nos Sindicatos e com a Comissão Intersetorial em Saúde do Trabalhador, por exemplo. Em outros momentos, sabe-se da condição destes trabalhadores por meio dos técnicos de vigilância dos municípios ou dos dados e indicadores presentes no Sistema de Informação de Agravos de Notificações, que mostram as doenças e agravos da saúde do trabalhador da região de abrangência do Centro de Referência, que atua em uma grande região, já que agrega outras três regionais.

Embora os núcleos de trabalho das Divisões de Vigilância e Atenção e Gestão em Saúde, da Atenção Primária e das Ações Estratégicas não tenham como atribuição o *contato direto com os usuários*, conhecem suas histórias, problemáticas e necessidades indiretamente, seja através dos indicadores de saúde, seja pelas notícias de dificuldades no acesso a serviços na região, principalmente com as informações advindas da Ouvidoria Regional e da Regulação, mas, também, dos relatos de profissionais e gestores municipais e estaduais, nos vários espaços de reuniões, capacitações e pactuações.

Nessa mesma lógica, na Atenção Primária tem-se acesso a histórias de usuários por meio do Comitê de Mortalidade Materno-Infantil; de procedimentos ocorridos no Centro de Especialidades Odontológicas; dos eventos promovidos e o monitoramento de ações em saúde (como vacinação, por exemplo); ou com a população, com os ACS ou outros trabalhadores, nos encontros que ocorrem em suas visitas à UBSs. Porém, *o material de maior manejo desses trabalhadores são os índices fornecidos pelas SMS, que servem de base para seus controles e análises da qualidade de saúde populacional*. Poderíamos dizer que temos aqui um

“usuário mediado”, isto é, o contato do trabalhador da RS se faz com a mediação de gestores e equipes assistenciais locais.

Assim como nos núcleos das vigilâncias, os núcleos acima citados lidam com demandas de medida mais coletiva, com as vacinações, controle de mortalidade materna, etc, mas quase sempre desenvolvidas de forma indireta, dependente da mediação de gestores municipais para o contato entre trabalhadores da RS com os usuários.

Mesmo possuindo graus diferentes de proximidade com o usuário, os trabalhadores dos núcleos das Divisões de Vigilância e Atenção e Gestão em Saúde, da Atenção Primária e das Ações Estratégicas se percebem como importantes elos entre o MS, a SESA e as SMSs dos municípios de sua abrangência e prestadores de serviços. Favorecem a assistência em saúde ao propiciarem condições para a condução e consecução de ações, programas, sistemas, redes de atenção e pactuações nos municípios, por meio de suas orientações, articulações e negociações, controles, fiscalizações e também pelo cumprimento de tarefas burocrático-administrativas. Entendem seu papel na área da saúde, embora não atuem na assistência. Muitos deles expõem seus conflitos e sofrimentos de não conseguirem auxiliar os usuários em suas dificuldades, no momento e forma desejadas e/ou necessárias.

Podemos reconhecer um enquadramento populacional mesmo na Unidade de Coleta e Transfusão, haja vista que toda sua logística e processo de trabalho são voltados a produzir sangue e seus hemoderivados *para a coletividade que dele precisar*, assim como as doações de medula óssea. Assim, os trabalhadores da Unidade de Coleta e Transfusão afirmaram que se dedicam “*de coração*” para o seu trabalho de atendimento ao “*Doador*”, a quem denominam ainda de “*População*”, principalmente quando associado às ações educativas. Aquele a quem conhecem e atendem, não é o usuário e, sim, o doador, “*quem doa*”. É alguém que “*não está doente*” e *nem “procurando os serviços do SUS”* ali.

Outra forma de aproximação dos trabalhadores da Unidade com os usuários se dá por intermédio dos agentes comunitários e secretários municipais de saúde, médicos, enfermeiros e bioquímicos dos municípios da região de abrangência da RS, responsáveis por *conscientizar e estimular a população* para fazer a doação de sangue e de medula óssea, organizar o fluxo de captação e transporte de doadores de seu município para a Unidade e realizar pedidos de bolsas de sangue e

hemocomponentes. A Unidade, por sua vez, solicita aos Hospitais o contato com pacientes e familiares para a reposição voluntária do sangue por eles utilizado. Em outros momentos ocorre a troca de informações sobre os resultados de exames realizados com o sangue de um doador e os procedimentos a serem efetivados junto a ele, diante de diagnósticos positivos para algumas patologias, como no caso de Hepatites e HIV, por exemplo. Também se conhecem dados daqueles que se cadastram como doadores e receptores de medula óssea, acessando-se o banco de dados do REDOME - Registro Nacional de Doadores de Medula Óssea e o REREME - Registro Nacional de Receptores de Medula Óssea.

Os trabalhadores da Unidade de Coleta e Transfusão *se sentem satisfeitos e orgulhosos de saber que seus esforços e empenho salvam vidas, produzindo resultados sociais importantes*. Por exemplo, preocupam-se em fazer plantões em várias cidades para enfrentar a falta de doações nas festas de final de ano e nas férias, justamente o período em que ocorrem muitos acidentes e o consequente aumento da necessidade de reposição dos estoques de sangue e hemocomponentes. As duas formas de representação da Unidade no desenho de redes também valorizaram o trabalho com os usuários, ao utilizarem *“gotas de sangue”* para representar aquilo com o que trabalham e *“coração”*, já que, segundo uma trabalhadora, *“aqui fazemos tudo com o coração e de coração”*, seguida por outra que o desenhou e afirmou: *“olhem, fiz um coração que é ao mesmo tempo uma junção de duas gotas... vejam aqui: dá para entender como coração e também como duas gotas de sangue.”*

Os trabalhadores da Unidade parecem demonstrar bastante clareza de quais são os resultados finais de seu trabalho, tendo como foco *“Vidas”* (título que deram ao desenho de redes), pois trabalham *“para salvar vidas, não apenas para manter uma vida, pois ajudamos a salvar muitas vidas.”* Inclui-se aqui o cuidado que estendem aos doadores e possíveis receptores de medula óssea e, ainda, de comunicar a presença de doenças como Hepatite e HIV/AIDS no sangue dos doadores para eles próprios no caso do município sede ou para as SMS que repassam aos doadores de seu município.

Enfim...

A análise mais detalhada da relação dos trabalhadores com os usuários possibilitou reconhecer que existem duas maneiras de pensar e organizar o cuidado

operando na RS estudada, uma de enquadramento clínico-assistencial e outra populacional. Contudo, embora seja inegável que predomina o enquadramento populacional na RS, podemos dizer que essa separação não é tão nítida ou mesmo rígida, havendo uma gradação de proximidade/distanciamento do usuário e também dos modos de lidar com ele, matizando os dois enquadramentos. São bons exemplos o núcleo de trabalho da Regulação que atua de forma clínico-assistencial, mas é, em tese, uma seção que pode se valer do que chamamos de “matematização” de sua atuação para a definição de ações e estratégias regionais; e a própria Unidade de Coleta e Transfusão, que, além de possuir todo um trabalho de ordem populacional, realiza um cuidado clínico com as pessoas que lhes procuram para doar sangue, de forma a garantir condições físicas e emocionais para realizar sua doação e sair bem do local. E assim, o usuário se faz presente no cotidiano de trabalho da RS de vários modos e intensidades, definindo múltiplos sentidos do cuidado em saúde, mesmo que os trabalhadores não tenham feito essa reflexão quando da construção das redes de relações, reportando novamente ao conceito de alienação no trabalho em saúde, conforme definido por Campos (2007).

Utilizando conceitos de Dejours (Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994; Dejours, 2004), essa contradição em trabalhar em um órgão de saúde e não se reconhecer realizando o cuidado poderia ser pensada como uma estratégia defensiva que atenua o sofrimento causado pela rigidez das prescrições impostas pela organização de como se constitui o trabalho em uma RS, presente com maior intensidade nos núcleos que se ocupam do usuário-população. Como apresentei nos Capítulos 3 e 4, parece haver na RS muito mais espaço para as prescrições do que para a criatividade e mobilidade do trabalhador. Entretanto, essa mesma condição que permite lidar com o sofrimento e proteger a saúde mental dos trabalhadores pode produzir certa dessensibilização, endurecimento e até mesmo “desumanização” (Dejours, 2004, Dejours, 2007), já que, no limite, impede a emancipação na medida em que é necessário o enfrentamento da situação que provoca o sofrimento para que ocorram mudanças no trabalho. Tal situação desfavorece ainda mais a atuação integrada em Saúde, pois o que se espera enquanto resultado último das ações dos trabalhadores da RS diz respeito ao cuidado de indivíduos ou populações, e, como demonstrei acima, poucos deles se percebem participantes da longa cadeia de trabalhadores que organizam esse cuidado.

O que foi se impondo ao se avançar na análise do material foi a necessidade de se ampliar o conceito de “cuidado em saúde” para além desse enquadramento clínico-assistencial, que, aliás, parece definir o quanto os trabalhadores se qualificam como sendo da área da saúde ou não. Foi possível perceber que a grande maioria dos participantes da pesquisa pensa o trabalho em saúde pelo prisma da assistência, ou seja, aquele que se daria pela via dos serviços de atenção em saúde, pelo contato direto com o usuário. Assim, para muitos deles, o cuidado caberia aos serviços de “ponta” do SUS, sob a responsabilidade dos profissionais e técnicos das SMS, seja na atenção básica, seja nos serviços de maior complexidade.

Interessante foi observar a contradição entre esse enquadramento clínico-assistencial, que parece prevalecer entre os trabalhadores, e as respostas que deram, ao serem perguntados, no questionário individual, se eram usuários do SUS, e quais serviços utilizavam atualmente. Entre 51 respondentes, dos 34 que responderam positivamente, 25 declararam utilizar atendimento médico em consultas ou pronto socorro, exames, tratamento de câncer, monitoramento da pressão arterial e peso e medicamentos básicos e especiais, mas, *também* se consideram usuários do SUS ao usufruírem de tudo o que é ofertado “à população direta e indiretamente”, citando especificamente ações das Vigilâncias Sanitária e Epidemiológica como fiscalizações e produtos e estabelecimentos vistoriados, qualidade da água e de alimentos e vacinações.

Aqui quero destacar o quanto esse enquadramento clínico-assistencial que predomina nos discursos dos trabalhadores era também um “viés”, quando de minha elaboração dos pressupostos iniciais do trabalho. De fato, ao me interrogar sobre o quanto eles se percebiam ou não como trabalhadores de saúde, eu tinha em mente, com certeza, o enquadramento clínico-assistencial, viés compartilhado com o orientador.

Perguntei-me mais uma vez se não seria produto de minha sobreimplicação esperar desses trabalhadores uma maior correspondência ou coerência entre suas práticas cotidianas e certa compreensão *a priori* do que seria “o cuidado em saúde”, como se só fosse possível realizar seu trabalho a partir de determinados marcos teórico-conceituais, ou, no mínimo, precedidos de alguma reflexão mais conceitual. Ao mesmo tempo, também questionei o quanto negligenciar tal debate como pauta institucional poderia representar um descuido ou insuficiência da própria

organização ao não *estabelecer parâmetros explícitos do que se pretende e espera da RS* e, assim, discutir o quanto conseguem que seu trabalho promova ou não os resultados desejados internamente, na região ou mesmo aqueles estabelecidos em legislação. Mas, reitero, reconheço que tal reflexão pode apenas estar indicando como até então vinha trabalhando com uma RS “abstrata”, idealizada, que a investigação me permitiu compreender melhor. De fato, a análise de implicação numa investigação não termina nunca...

A investigação permitiu compreender que esse enquadramento populacional do trabalho em saúde é algo próprio da atuação das RSs, haja vista a natureza do que se realiza nesse ambiente de trabalho, predominantemente para o coletivo. O usuário-população é, em essência, alvo das estratégias de educação e vigilância em saúde, visando a promoção da proteção e prevenção da qualidade de vida e dos modos de produzir a vida desta população, algo muito próximo ao pensado por Michel Foucault com seu conceito de biopoder (Foucault, 2008). Os trabalhadores seriam, assim, agentes de múltiplos modos de se produzir o cuidado, múltiplas e heterogêneas formas de saberes e práticas de trabalhadores em diálogo, nas diferentes instâncias de desenvolvimento do SUS. O que destaco aqui é o quanto impôs-se, no correr do estudo, uma ampliação do conceito de “cuidado” a partir de outros referenciais que não apenas o da clínica-assistencial e individual - um viés presente nos pressupostos iniciais do estudo - valorizando e dando visibilidade aos diversos sentidos e sujeitos da produção do cuidado que, afinal, faz uma Regional de Saúde ser o que é.

NARRATIVA DA INTIMIDADE RELACIONAL: A DEPOSITÁRIA DE SEGREDOS ORGANIZACIONAIS

Comparada à complexidade de narrar o início do doutoramento e os caminhos nele percorridos, a tentativa de colocar um limite na escritura da tese guarda o desafio de encontrar formas de expressar uma síntese possível do que foi sendo produzido no decorrer do estudo e seus efeitos nos conhecimentos e práticas sobre a situação investigada, o modo de se pensar e fazer pesquisa e, sobretudo, de ser pesquisador. Trata-se de buscar formas de expressar a intensidade do vivido em relação com outros atores, no caminhar coletivo da pesquisa.

A RS se constitui em uma multiplicidade de regionais, um arquipélago no qual as várias ilhas possuem diferentes níveis e intensidades de relação e estabelecem diálogos movidos pela necessidade de efetivar parte de suas funções, quase sempre conduzidos por alguma afinidade pessoal, mais do que por funções ou papéis organizacionais bem definidos. A interação é pouco estimulada entre as diferentes seções, sendo o trabalho parcelado e quase sempre focado na execução das pautas burocrático-operacionais demandadas pela Secretaria de Estado e pelo Ministério da Saúde. A Política de Saúde acaba sendo percebida como algo distante do cotidiano dos trabalhadores, mas que deve seguida e “transmitida” às secretarias municipais de saúde, devidamente mediadas pela Secretaria Estadual da Saúde. Assim, a regional é vista por seus trabalhadores como um “lugar de passagem” da Política de Saúde, sendo eles meros “transmissores” de definições que parecem ser sempre elaboradas em outros lugares.

O estudo mostrou que a RS está constituída, em parte, por mundo instituído desde fora, que lhe confere a continuidade de sua existência, ou seja, o trabalho morto em forma de leis, normativas, regras e fluxos de atividades que determinam, em grande medida, o que se faz ali e como se faz, de modo que o trabalho vivo, quer dizer, alguma inventividade e criação, parece sempre se dar dentro de uma moldura bastante rígida de certos instituídos: os ritos e procedimentos da burocracia estatal, a complexa e detalhada legislação das vigilâncias, as normativas do SUS, as normativas da Secretaria Estadual de Saúde, estão entre os mais caracterizados no estudo. Assim, se o desejo e os sentidos dados pelos sujeitos parecem nunca poder se realizar plenamente, ao mesmo tempo, nunca são completamente eliminados, embora seja possível dizer que, desse embate de forças, resulta, em

boa medida, um campo de impotência, territórios em que parecem não existir sujeitos, nos quais ninguém é responsável pelos acontecimentos e seus resultados: todos sofrem e todos produzem certa inércia no trabalho. O que constatei é que esses trabalhadores que se encontram em sofrimento não estão completamente anestesiados, ou seja, há movimentos, sim, mas muito mais pela sobrevivência pessoal e de defesa de seus singulares espaços de trabalho, do que propriamente um engajamento pela mudança ou por “objetivos organizacionais” mais amplos.

Na pesquisa, percebi que o campo está em constante construção e é sempre movediço, pois se mostrava mais e mais a cada nova atividade ou aprofundamento da relação de pesquisa. As próprias perguntas iniciais já não assumiam o mesmo peso e sentido que tinham inicialmente e foram diminuindo sua importância com o tempo, diante da complexidade do universo que fui adentrando. Minha observação cotidiana e os instrumentais elaborados, em especial o manejo de narrativas, foram me conduzindo a outras questões, abrindo caminhos para os diferentes espaços institucionais.

Ao observarmos os efeitos da convivência dos trabalhadores da RS na complexa trama de relações institucionais nas quais atuam, ficou evidente a insuficiência de uma abordagem mais instrumental e funcionalista do planejamento e da gestão como expresso por seu dirigente. O estudo revelou que o funcionamento da “máquina da saúde” no espaço regional é da ordem da multiplicidade, sendo impossível seu “enquadramento” na perspectiva estrutural-funcionalista predominante nas práticas de gestão. Nesse sentido, sempre haverá um *mundo-que-fica-de-fora* da visão do gestor, que precisa se mover na complexa relação que se estabelece entre as ações ou diretrizes governamentais e as transformações efetivas e sustentáveis nos processos micropolíticos. Parece, então, ocorrer um eterno recomeço dos dirigentes, pois a cada nova gestão há um compromisso de criar novidades e deixar sua “marca” para ser lembrado, enfrentando ainda o desafio de ser “promovido” da condição de profissional altamente especializado em saúde, reconhecido por sua competência, ao de um dirigente público “generalista”, tendo que enfrentar um conjunto de questões que quase sempre não consegue alcançar.

Elementos que a investigação permitiu apontar: 1) toda organização convive com “não ditos” ou com um recalcado que a presença da pesquisadora (ou de um “outro” externo) permite emergir; 2) nenhuma organização suporta viver com a transparência ou visibilidade plena, mantendo sempre seus segredos ou áreas

obscuras; 3) trazidas para espaço de maior visibilidade e formalização, como nas narrativas, as críticas, insatisfações e desconfortos precisarão passar por um processo de “amaciamento” na formulação, pela “busca de uma delicadeza perdida” ao se saber que o “outro” terá contato com as críticas. Sem dúvida, as atividades propostas envolveram um exercício delicado e intenso de dar visibilidade e dizibilidade ao complexo cotidiano que os trabalhadores vivem, e esse duplo movimento (*iluminar e dizer*) foi fonte de muito desconforto ao ser praticado pelos trabalhadores no correr da pesquisa.

Diante da tarefa de atuar em um sistema tão amplo e complexo como o SUS, as redes de relações desenhadas pelos núcleos de trabalho revelam relações com o usuário e com uma rede de atores institucionais internos e externos à RS, na qual cada trabalhador é um dos responsáveis em desatar os nós, desenrolando mais ou menos o novelo de problemáticas de acordo com suas possibilidades. Nesse sentido, embora o processo de trabalho possua uma aparência puramente administrativa e burocrática, em boa parte ritualístico e padronizado, em alguns momentos sendo necessário dar alguma resposta às demandas mais urgentes de usuários com maior dependência dos serviços públicos de saúde, foi possível identificar um trabalhador que maneja seus recursos de trabalho no limite de sua governabilidade.

É bastante marcante uma sensação de precariedade e contingência dos arranjos organizacionais, agravados tanto pelas dificuldades inerentes ao trabalho cotidiano nas instituições (afetos, disputas de poder, conflitos, interesses, etc.), como por interferências político-partidárias, em boa medida fruto de acordos estaduais e locais. Assim, foi possível caracterizar como o “micro” é intensamente modelado pela “macropolítica”, embora nem sempre na intensidade desejada pelos gestores e políticos.

Diante dos vários posicionamentos dos trabalhadores da RS, cabe questionar o quanto os pesquisadores militantes da área da Saúde Coletiva, categoria em que me incluo, cultivam certa idealização do trabalhador do SUS. Eu também estive sobreimplicada na expectativa de um tipo de trabalhador da RS e de um serviço comprometido com um ideário de SUS, preocupado com o cuidado em saúde, com a facilitação do acesso e regionalização dos serviços, que, junto de trabalhadores de outras instâncias do SUS, estariam todos trabalhando em uma mesma direção. Inicialmente, pensava ser possível tal intento em uma organização tão complexa

como quanto a RS, mas isso se mostrou incompatível com o cotidiano institucional tão dinâmico, marcado pela multiplicidade, pelas diferenças e pelos muitos sentidos dados ao trabalho por seus atores. Nessa direção, talvez possa ser possível dizer que temos sobrecarregado e onerado o trabalhador com o excesso de exigências sobre o modo “correto de pensar e fazer Saúde”, com todas as diretrizes, “orientações” de ações, projetos e programas que vão configurando a Política de Saúde. Tal “sobrecarga normativa” poderia estar resultando na restrição e tolhimento da criatividade e especificidade vivida em cada organização de saúde, já que nenhuma oferta de modelo alcança as nuances da realidade em sua totalidade, não resolve ou responde a todas as contradições do que seja trabalhar na “máquina” da Saúde. De qualquer modo, é possível dizer que o enquadramento populacional que prevalece na maior parte dos núcleos de trabalho, com seu “usuário-população”, deixa bem menos espaço de liberdade para o trabalho vivo nos núcleos que trabalham com um enquadramento mais clínico, que atendem ao “usuário-paciente”, como vimos.

A investigação mostrou que o funcionamento de uma RS guarda complexidade e multiplicidade ainda pouco conhecidas e problematizadas, principalmente em seus efeitos na gestão regionalizada do SUS e na produção do cuidado em saúde. O que pude perceber é que, em regiões formadas por municípios de pequeno porte, a RS é requisitada e assume o papel de “canal de mediação” entre o gestor estadual e as secretarias municipais de saúde e prestadores de serviços, embora suas ações sejam perpassadas por inúmeros interesses e usos de poder, que nem sempre favorecem a potência técnica de assessoramento regional, como desejam muitos de seus trabalhadores. É, sem dúvida, uma instância do SUS a ser olhada com maior cuidado, observando sua potência em agregar debates, decisões e ações coletivas, em particular em regiões que agregam municípios pequenos, como a estudada, com baixa governança para operacionalizar seus sistemas locais de saúde.

Um dos resultados produzidos na pesquisa que ganhou centralidade foi a mudança de compreensão de que não havia necessariamente uma ausência do usuário na RS, mas, sim, diferentes formas de convivência com ele e, ainda, da forma como se atua em saúde para produzir o cuidado. Tendo partido de um enquadramento clínico-assistencial para pensar o trabalho em saúde, o estudo permitiu entender que na RS se produz um enquadramento do cuidado que é

predominantemente populacional, dirigido ao usuário-população, ao usuário “matematizado”, como é da tradição da Saúde Pública. Esses achados me permitem dizer que a RS pode ser considerada como parte do que se denomina de linhas de cuidado em saúde, colaborando, a seu modo, com o cuidado direto ou indireto aos usuários do SUS, algo que precisa ser melhor compreendido e problematizado pela área da Saúde Coletiva, reconhecendo a diversidade e complexidade dos modos de operar das várias instâncias do SUS e os resultados de seu trabalho na constituição da área da Saúde no país.

O estudo propiciou que eu adentrasse o universo de homens e mulheres reais, em seu cotidiano, que foram se abrindo de modo surpreendente a um diálogo de muitas confidências e revelações, de uma intimidade consentida individualmente ou em pequenos grupos de confiança, sempre em espaços protegidos. Assim, fui me tornando depositária de “segredos institucionais”, que poderiam ser ouvidos, conhecidos, debatidos ou mesmo manejados por mim, mas não revelados. Quem sabe pelo meu “estatuto” de psicóloga, ao final, e olhando o caminho que percorri, percebo que, de algum modo, reproduzi um “divã”, um lugar de se revelar segredos, dificuldades, frustrações.

E o que fazer com tantos segredos? O que se faz quando você se torna uma depositária de confidências e informações tão importantes de um mundo organizacional tão complexo e delicado, que tem tanta potência, mas que, ao mesmo tempo, parece preso a tantas amarras? Eis a questão que talvez tenha sido a mais intensa e frustrante para mim: mesmo tendo conseguido me inserir tão profundamente naquela organização, a ponto de entender vários aspectos que envolvem o cotidiano de seus trabalhadores, não fui “autorizada” ou não tive a “competência” de desencadear ou produzir uma conversa mais ampla dentro da organização. Em nenhum momento os trabalhadores demandaram ou me autorizaram atividades de intervenção que não fossem as de debate a portas fechadas dos núcleos de trabalho, e também não endossaram minhas tentativas de coletivizar a produção desta pesquisa-intervenção. Não há espaço institucional para analisar as possíveis demandas que ali existem. O campo impôs um limite à pesquisa: o arquipélago queria permanecer como tal. E com esse contraponto dos trabalhadores da RS, eu e meu orientador mais uma vez nos perguntamos: para quem, afinal, se produz o conhecimento institucional e o quanto nós pesquisadores estamos autorizados (ou solicitamos autorização) para invadir e interferir nas

institucionalidades de uma organização? A relação demanda-oferta, elemento fundamental nos processos de análise institucional ou de intervenção institucional, permaneceu como um elemento mal equacionado durante toda a investigação. Como já aponte antes, meu trabalho partiu de uma oferta, e não de uma demanda, tanto do dirigente, como de um grupo de trabalhadores, o que de algum modo explica esses limites da pesquisa.

Mesmo reconhecendo tais limitações, evidentemente não tenho a pretensão de negar o quanto a minha presença e ação como pesquisadora em alguma medida possa ter produzido efeitos no cotidiano dos núcleos de trabalho pesquisados. Entretanto, trata-se de se perguntar qual(is) efeitos ocorreram? Com que intensidade? Tais questionamentos me conduzem a outros: Qual o nível de potência para mudanças organizacionais efetivas as pesquisas qualitativas possuem? O que permanecerá na RS após a conclusão da imersão no campo? São perguntas para as quais ainda não tenho respostas. O que posso dizer até o momento é que o estudo possa contribuir com o campo da Saúde Coletiva ao conhecer, problematizar e sistematizar conhecimentos sobre uma parte do SUS pouco explorada e valorizada, as regionais de saúde, construídas por muitos trabalhadores quase “invisíveis” ao sistema, ou seja, aqueles que atuam sem ter um contato direto com os usuários para realizar seu trabalho.

Se a metodologia do estudo propiciou uma cartografia das relações que os trabalhadores da RS mantêm entre si, com o mundo externo à RS e com os usuários do SUS, também foi *uma cartografia dos meus encontros comigo mesma* no processo da pesquisa, pois a observação, a produção do conhecimento e os “mapeamentos” que iam sendo produzidos foram mútuos, isto é, eu e os trabalhadores em análise, misturados, produzindo uma dinâmica singular. A pesquisa foi sendo produzida contingente aos encontros que iam ocorrendo no campo: o que lá se produzia e se analisava, em relação, naquele determinado contexto e momento, era algo compartilhado apenas por aqueles viveram cada encontro. E esse “movimento cartográfico” só foi possível porque a metodologia encontrou aceitação e ressonância junto aos trabalhadores, que aderiram à proposta de pensar e falar sobre si e seu trabalho. A metodologia adotada se mostrou inovadora, potente, mas de manejo delicado e complexo. Em alguns momentos produziu certa tensão, desconforto e conflito compartilhados pelos trabalhadores e pesquisadora, principalmente nos episódios de leitura e revisão das narrativas.

Nesse sentido, eu e meu orientador tínhamos clareza de que não seria possível ter controle de tudo o que ocorria na pesquisa, e foram justamente as dúvidas e crises diante dos momentos conflituosos que faziam a intervenção mais cartográfica, pois além de vários percalços, favoreceu o vínculo e o aprofundamento da intimidade institucional.

Para mim, a convivência em profundidade alcançada com os trabalhadores da RS foi importante para promover reposicionamentos de sentidos do ser pesquisadora, docente e supervisora de estágio. Ao realizar uma cartografia das relações, acompanhada de um exercício intenso de análise implicação, no qual eu e meu orientador nos colocamos o tempo todo, foi possível reconhecer minhas posições e sobreimplicações na dinâmica dessas relações e seus efeitos na pesquisa. O doutoramento cumpre, assim, outro papel que não apenas acadêmico-científico, na medida em que possibilitou rever o próprio processo pedagógico que me levou ao estudo e repensar aspectos assentados até então, mesmo em intervenção sob o prisma institucional, pensar a formação e também a relação universidade-serviço. Terminei o doutorado com a clareza de que, em uma pesquisa comprometida, não há como cartografar apenas o que diz respeito ao(s) outro(s), sem que o pesquisador faça parte desse desenho, como um dos atores que produz caminhos no mapa de relações que vai sendo construído e retratado. Iniciei minha caminhada buscando entender e retratar o trabalho em saúde, encontrei muito mais do que procedimentos e fluxos, acessei relações, significados e sentidos de vários atores, que constituem os caminhos pelos quais se constrói uma RS e o SUS e, nesse cartografar, cheguei a um desenho de nós, da coletividade em relação, da qual resultou esta tese!

REFERÊNCIAS

Antunes, PC; Silva, NA; Baptista, TJR. A matematização da vida: uma análise das produções científicas do campo da educação física acerca de pessoas de meia idade. *Pensar a Prática*, Goiânia, v. 16, n. 3, p. 619-655, jul./set. 2013. (fonte: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fe/article/viewFile/25352/15259>).

Arretche, M e Marques, E. Municipalização da saúde no Brasil: diferenças regionais, poder de voto e estratégia de governo. *Ciência & Saúde Coletiva*, 7(3):455-479, 2002.

Assis, E. Regionalização e Novos Rumos para o SUS: a experiência de um colegiado regional. *Rev. Saúde e Sociedade*, 2009, v.18, supl.1.

Baremlitt, GF. *Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1992.

Barreto Junior, I.F. Regionalização do atendimento hospitalar público na Região Metropolitana da Grande Vitória, ES. *Saúde Soc.*, São Paulo, 2015, v.24, n.2, p.461-471.

Barros, L.P.de e Kastrup, V. Cartografar é acompanhar processos. In: Passos, E.; Kastrup, V.; Escóssia, L. da. (Orgs) *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Sulina, 2009.

Brasil. *Lei nº 8.080/90, de 19 de Setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Publicada no D.O.U. de 20.9.1990. a

Brasil. *Lei N.º 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Publicada no D.O.U. de 31.12.1990. b

Brasil. Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde NOB-SUS-93. Brasília: Ministério da Saúde: 1993.

Brasil. *Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde/ NOB-SUS 96*. Gestão Plena com Responsabilidade pela Saúde do Cidadão. Brasília: Ministério da Saúde: 1997.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM N.º 95, de 26 de janeiro de 2001*. Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2001. Publicada no DOU de 29/01/2001.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria MS/GM N.º 373, de 27 de fevereiro de 2002*. Norma Operacional de Assistência à Saúde/NOAS-SUS. Publicada no DOU N.º 40, de 28/02/2002.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria Nº 399, de 22 de fevereiro de 2006*. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Publicada no D.O.U. nº 39, de 23/02/06.

Brasil. Ministério da Saúde. *Portaria/GM 699, 30/03/2006*. Regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos Pela Vida e de Gestão. Brasília: Ministério da Saúde: 2006.

Brasil. *Decreto Nº 7.508, de 28 de junho de 2011*. Regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para dispor sobre a organização do Sistema Único de Saúde-SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências. Publicado no DOU de 29.6.2011.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Direito à Saúde*. Brasília: CONASS, 2015. 113 p.

Bresser Pereira, L.C. *Reforma do estado para a cidadania: a reforma gerencial brasileira na perspectiva internacional*. Brasília: ENAP/Editora 34, 1998.

Bresser Pereira, L.C.; Spink, P.K. *Reforma do Estado e administração pública gerencial*. Rio de Janeiro: Fundação Getulio Vargas, 1998.

Brockmeier J, Harré R. Narrativa: problemas e promessas de um paradigma alternativo. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 2003; 16(3): p. 525-535.

Campos, GWS. *Saúde Paideia*. São Paulo: Hucitec, 2003.

Campos, G.W.deS. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições*. O método da roda. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

Carvalho, M.T.G. *O profissionalismo numa encruzilhada*. Lisboa: Edições Sílabo, 2009.

Cecilio, L.C.deO. A questão da “duplo/tríplice estatuto” nos estudos sobre gestão e organizações de saúde no Sistema Único de Saúde no Brasil. *Forum Sociológico*, 2014, N.º 24 (II Série, 2014), pp. 113-120.

Cecilio, L.C.deO. et al “O gestor estadual e os gestores municipais na construção do sistema loco-regional de saúde: desafios da gestão descentralizada do Sistema Único de Saúde (SUS)”, realizada com recursos CNPq/FAPESP entre 2005-2007, Campinas.

Cecilio, L.C.O. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. *Interface (Botucatu)*[online]. 2007, vol.11, n.22, pp. 345-351.

Cecilio, L.C.deO. et al O gestor municipal na atual etapa de implantação do SUS: características e desafios. *Rev. Eletrônica de Com. Inf. Inov. Saúde*. Rio de Janeiro, 2007, v.1, n.2, p.200-207, jul.-dez.

César, J.C.; Silva, F.H. da; Bicalho, P.P.G.de O lugar do quantitativo na pesquisa cartográfica. Rio de Janeiro. *Fractal, Rev. Psicol.*, 2013, v. 25 – n. 2, p. 357-372, Maio/Ago.

Chieffi. AL e Barata, RB. Judicialização da política pública de assistência farmacêutica e equidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2009, 25(8):1839-1849, ago.

Contel, F.B. Os conceitos de região e regionalização: aspectos de sua evolução e possíveis usos para a regionalização da saúde. *Saúde Soc.*, São Paulo, 2015, v.24, n.2, p.447-460.

Correia, T. *Medicina: o agir numa saúde em mudança*. Lisboa: Mundos Sociais, 2012.

Dejours, C. *A Banalização da Injustiça Social*. Rio de Janeiro, Editora FGV, 2007.

Dejours, C. Subjetividade, Trabalho e Ação. *Revista Produção*. Vol. 14, N.3, p.027-034, set-dez 2004.

Dejours, C.; Abdoucheli, E.; Jayet, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo: Atlas, 1994.

Felisberto, N. A Reforma do Estado Brasileiro: gerencialismo e gestão social em debate. *Conteúdo Jurídico*, Brasília-DF: 25 ago. 2012. Disponível em: <<http://www.conteudojuridico.com.br/?artigos&ver=2.38476&seo=1>>. Acesso em: 30 jul. 2015).

Ferigato, S.H.; Carvalho, S.R. Pesquisa qualitativa, cartografia e saúde: conexões. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 2011, v.15, n.38, p.663-75, jul./set.

Ferreira, J.B.B. et al. O processo de descentralização e regionalização da saúde no estado de São Paulo. In: Ibañez, N.; Elias, P.E.M.; Seixas, P.H.D'A. *Política e gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2011.

Feuerwerker. L.C. M. *Micropolítica e saúde: produção do cuidado, gestão e formação*. In: Feuerwerker. L.C. M. (Org.) Porto Alegre: Rede UNIDA, 2014. 174 p. - (Coleção Micropolítica do Trabalho e o Cuidado em Saúde)

Flores, F. *Inventando la empresa del siglo XXI*. Santiago: Hataché, 1989.

Flores, Fernando. *El caracter lingüístico de las organizaciones*. Mimeo. San Francisco, California. Parte III. 1986.

Fonte, C.A. A narrativa no contexto da ciência psicológica sob o aspecto do processo de construção de significados. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2006; 8(2): p.123-131.

Foucault, M. *Segurança, território, população*: curso dado no Collège de France (1977-1978). Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

Galvão, M.C.C.P. (Coord.). *Novas formas de gestão dos serviços públicos: a relação público privada*. São Paulo: FUNDAP, 1997.

IPARDES (Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social). *Regiões Administrativas – atualização AGO/2011*.

http://www.ipardes.gov.br/index.php?pg_conteudo=1&cod_conteudo=48, acessado em 25.07.2015.

Krastrup V; Passos E. Cartografar é traçar um plano comum. *Fractal, Rev. Psicol.*, 2013; 25 (2): p. 263-280.

L'Abbate, S. A análise institucional e a saúde coletiva. *Rev. Ciência e Saúde Coletiva*, 2003, vol. 8, N 1, p. 265-274.

Lapassade, G. *As microssociologias*. Tradução de Lucie Didio. Brasília: Liber, 2005.

Laperrière, A. Os critérios de cientificidade dos métodos qualitativos. In: POUPART, J. et al. *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos*. Trad. Ana Cristina Nasser. Petrópolis: Vozes, 2008.

Lavras, C.C.deC. Descentralização, regionalização e estruturação de redes regionais de atenção à saúde no SUS. In: Ibañez, N.; Elias, P.E.M.; Seixas, P.H.D'A. *Política e gestão em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2011.

Lima, J.deC.; Rivera, F.J.U. Gestão de sistemas regionais de saúde: um estudo de caso no Rio Grande do Sul, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 2006, v. 22 n.10, p. 2179-2189, out.

Lima, L.D.de. et al O pacto federativo e o papel do gestor estadual do SUS. In: Ugá, M.A.D. et al (Orgs.) *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

Lourau R. *A análise institucional*. Petrópolis: Vozes; 1995.

Lourau, R. Implicação e sobreimplicação. In: Altoé S, organizador. *René Lourau: Analista institucional em tempo integral*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004a.

Lourau R. Implicação: um novo paradigma? In: Altoé S, organizador. *René Lourau: Analista institucional em tempo integral*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2004b. p. 186-98.

Lourau R. René Lourau na UERJ. *Análise institucional e prática de pesquisa*. Rio de Janeiro: Editora da UERJ, 1993.

Machado, J.A. Pacto de Gestão na saúde: Até onde esperar uma “regionalização solidária e cooperativa”? *Rev. Brasileira de Ciências Sociais*, 2009, v. 24, n. 71, outubro.

Melucci, A. *Por uma sociologia reflexiva: pesquisa qualitativa e cultura*. Trad. Maria do Carmo Alves do Bonfim. Petrópolis: Vozes; 2005.

Magnabosco-Martins, C.R.; Cecilio, L.C.deO. O “manejo de narrativas” em pesquisas qualitativas: estudo em um órgão regional de saúde. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.*, Recife, 2014, 14(4): 363-369 out./dez.

Mendes, Á. et al. O processo de construção da gestão regional da saúde no estado de São: subsídios para a análise. *Saúde Soc.*, São Paulo, 2015, v.24, n.2, p.423-437.

Mendes, H.W.B.; Almeida, E.S.de. Regionalização da assistência à saúde: equidade e integralidade na perspectiva de gestores. *Rev. O Mundo da Saúde*. São Paulo, 2005, Ano 29, v. 29, n. 1, jan./mar.

Mello, G.A.; Ibañez, N.; Viana, A.L.D’A. Um olhar histórico sobre a questão regional e os serviços básicos de saúde no Estado de São Paulo. *Saúde soc.*, São Paulo, 2011, vol.20, nº4, Oct./Dec.

Merhy E.E.; Onocko R. *Agir em saúde: um desafio para o público*. 2. ed. São Paulo: Hucitec; 1997.

Merhy, E.E. Cap. I – Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção. In: MERHY, E. E. et al. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007a.

Merhy, E.E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2007b.

Moysés, N.M.N. et al (Orgs) *Gestão do trabalho e da educação em saúde no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro em foco*. In: Ugá, M.A.D. et al (Orgs.) *A gestão do SUS no âmbito estadual: o caso do Rio de Janeiro*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

Onocko-Campos, R.T. Baccari IP. A intersubjetividade no cuidado à Saúde Mental: narrativas de técnicos e auxiliares de enfermagem de um Centro de Atenção Psicossocial. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2011; 16(4): p. 2051-2058.

Onocko-Campos, R.T. et al. Avaliação de estratégias inovadoras na organização da Atenção Primária à Saúde. *Rev Saúde Pública*, 2012; 46(1): p. 43-50.

Onocko-Campos, R.T. et al. Narrativas no estudo das práticas em saúde mental: contribuições das perspectivas de Paul Ricoeur, Walter Benjamin e da antropologia médica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2013; 18(10): p. 2847-2857.

Onocko-Campos, R.T. Fale com eles! O trabalho interpretativo e a produção de consenso na pesquisa qualitativa em saúde: inovações e a partir de desenhos participativos. *Physis Revista de Saúde Coletiva*. 2011; 21(4): p. 1269-86.

Onocko-Campos, R.T., Campos, GWS. Construção de autonomia: o sujeito em questão. In: Campos, GWS et al (orgs). *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec, Editora Fiocruz, 2006.

Onocko-Campos, R.T., Furtado JP. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008; 42(6): p.1090-6.

Onocko-Campos, RT et al. Avaliação da rede de centros de atenção psicossocial: entre a saúde coletiva e a saúde mental. *Rev Saúde Pública*. 2009; 43(Supl. 1): p. 16-22.

Paraná, *Decreto 9921/2014*, Fica aprovado o Regulamento da Secretaria de Estado da Saúde – SESA e revoga o Decreto nº 777, de 9 de maio de 2007. Diário Oficial nº. 9131 de 23 de Janeiro de 2014a.

Paraná, *Decreto Nº 9.921* de 23 de janeiro de 2014, Aprova o Regulamento da Secretaria de Estado da Saúde, Diário Oficial do Paraná D5ª feira | 23/Jan/2014 - Edição nº 9131 , 2014b.

Paraná, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. *Plano Estadual de Saúde - 2008 – 2011*. 2008. (Retirado de http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/GPS/Plano_Saude_2008_2011PR_Final.pdf Acesso em 12 de fevereiro de 2011, 10h30min.

Paraná, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. *Plano Diretor de Regionalização: hierarquização e regionalização da Assistência à Saúde no Estado do Paraná*. 2009. http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/PDR/PDR_atualizado_13082010.pdf Acessado em 13.02.2011.

Paraná, Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=2752> , 2014a. Acessado em 10 de fevereiro de 2015.

Passos, E.; Kastrup, V. Sobre a validação da pesquisa cartográfica: acesso à experiência, consistência e produção de efeitos. Rio de Janeiro. *Fractal, Rev. Psicol.*, 2013, v. 25 – n. 2, p. 391-414, Maio/Ago.

Ribeiro, P.T. Perspectiva territorial, regionalização e redes: uma abordagem à política de saúde da República Federativa do Brasil. *Saúde Soc*. São Paulo, 2015, v.24, n.2, p.403-412.

Sá, M.C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, 2009, v.13, supl.1, p.651-64.

Sá, M.C.; Azevedo, C.daS. Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2010, 15(5):2345-2354.

Saint-Pierre, H.L. *Max Weber: entre a paixão e a razão*. 3ªed. Campinas: Editora da UNICAMP, 2004.

Santos, L.; Campos, G.W.deS. SUS Brasil: a região de saúde como caminho. *Saúde Soc.*, São Paulo, 2015, v.24, n.2, p.438-446.

Silva, G.F.da; Aidar, T.; Mathias, T.A.deF. Qualidade do Sistema de Informações de Nascidos Vivos no Estado do Paraná, 2000 a 2005. *Rev Esc Enferm USP* 2011; 45(1):79-86.

Souza, L.L.de; Costa, J.S.D.da. Internações por condições sensíveis à atenção primária nas coordenadorias de saúde no RS. *Rev Saúde Pública*, 2011;45(4):765-72.

Spedo, S.M.;Pinto, N.R.daS.; Tanaka, O.Y. A Regionalização Intramunicipal do Sistema Único de Saúde (SUS): um estudo de caso do município de São Paulo-SP, Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo, 2010, v.19, n.3, p.533-546.

Viana, A.L.D'Á. et al. Tipologia das regiões de saúde: condicionantes estruturais para a regionalização no Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo, 2015, v.24, n.2, p.413-422.

Weber, M. *Economia e Sociedade*. Brasília: Editora UnB, 1972. Volume 1.

ANEXOS

Anexo I – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFESP.



Universidade Federal de São Paulo
Escola Paulista de Medicina

Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Paulo

São Paulo, 6 de janeiro de 2012

CEP Nº: 2014/11

Ilmo(a) Sr(a)

Pesquisador(a): CLAUDIA REGINA MAGNABOSCO MARTINS

Disciplina/Departamento: Saúde Coletiva - Programa de Pósgraduação em Saúde Coletiva

Pesquisadores associados: Luiz Carlos de Oliveira Cecilio (orientador)

Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

TÍTULO DO ESTUDO: O trabalho em saúde na ausência do usuário: o cotidiano dos trabalhadores de uma regional de saúde :

CARACTERÍSTICA PRINCIPAL DO ESTUDO: Observacional

RISCOS ADICIONAIS PARA O PACIENTE: Sem risco, sem procedimento invasivo

OBJETIVO DO ESTUDO: Investigar as características do trabalho em uma Regional de Saúde.

RESUMO: A pesquisa tem como foco o trabalho desenvolvido em uma regional de saúde do estado do Paraná - Brasil, conhecida como a 4ª Regional de Saúde, sediada em Irati, composta por 9 pequenos municípios com cerca de 161.424 habitantes, pertencente à Macrorregião Campos Gerais. Pretende-se conduzir a pesquisa em duas etapas: exploratória e de acesso ao interior do campo. Neste trabalho, propõe-se a utilização de uma abordagem qualitativa, por compreender a importância de ouvir diferentes atores que fazem parte do cotidiano de trabalho em uma regional de saúde, em diferentes momentos e espaços da longa "cadeia da realização da política", mas também do acompanhamento do cotidiano laboral, de forma a compartilhar de diferentes momentos do dia a dia dos trabalhadores, suas relações, seus fazeres, saberes e formas de organizar sua atuação. Serão realizadas entrevistas semi-estruturadas com vários sujeitos com diferentes vinculações com o local de estudo. A 1ª etapa – fase exploratória, serão entrevistados os seguintes sujeitos: O atual diretor do órgão regional de saúde; O diretor imediatamente anterior do mesmo órgão.- O funcionário da Secretaria de Saúde do Estado do Paraná (SESA) responsável pelo contato com as Regionais de Saúde. - O representante do Controle Social junto ao Conselho Municipal de Saúde, com preferência de que seja um usuário dos serviços de saúde da região. Na 2ª etapa – fase de acesso ao campo, será realizado acompanhamento do dia a dia laboral de seus trabalhadores, com particular ênfase na caracterização da rede de relações, responsabilidades, envolvimento, produção e implicação com o trabalho. Serão realizadas também entrevistas com secretários municipais de saúde da região e dos técnicos de carreira das secretarias e municípios correspondentes.

MATERIAL E MÉTODO: Estão descritos os procedimentos do estudo. Na folha de rosto, apresenta assinatura do responsável pela Instituição co-participante, diretor da 4ª Regional de Saúde do Paraná.

TCLE: Adequado, contemplando a resolução 196/96

DETALHAMENTO FINANCEIRO: Sem financiamento externo- R\$ 12.967,20

CRONOGRAMA DO ESTUDO: 36 meses

PRIMEIROS RELATÓRIOS PARCIAIS PREVISTOS PARA : 31/12/2012 e 26/12/2013

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo ANALISOU e APROVOU o projeto de pesquisa referenciado.

1. Comunicar toda e qualquer alteração do projeto e termo de consentimento livre e esclarecido. Nestas circunstâncias a inclusão de pacientes deve ser temporariamente interrompida até a resposta do Comitê, após análise das mudanças propostas.
2. Comunicar imediatamente ao Comitê qualquer evento adverso ocorrido durante o desenvolvimento do estudo.
3. Os dados individuais de todas as etapas da pesquisa devem ser mantidos em local seguro por 5 anos para possível auditoria dos órgãos competentes.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Osmar Medina Pestana
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Universidade Federal de São Paulo/Hospital São Paulo

Anexo II – Organograma da Secretaria Estadual de Saúde do Paraná.

