

Narrativas sobre uma intervenção numa Unidade Básica de Saúde da Grande Vitória/ES

Narratives about an intervention in a Basic Health Unit in Vitória's greater metropolitan area.

Maria Elizabeth Barros de Barros; Ana Paula da Silva Milani Patrocínio; Rafaela Gomes Amorim

Universidade Federal do Espírito Santo

RESUMO:

Este trabalho foi realizado numa Unidade Básica de Saúde (UBS), na perspectiva da Política Nacional de Humanização (PNH). Objetiva afirmar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e tem como princípio a inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde, a transversalidade e autonomia e o protagonismo dos sujeitos. Por meio de vivência institucional e de encontros com os trabalhadores, buscou potencializar o trabalho na UBS, fortalecendo a autonomia dos trabalhadores e a construção coletiva dos processos de trabalho.

Palavras-chave: HumanizaSUS; trabalhador; gestão.

ABSTRACT:

This work was carried out in a Basic Health Unit (UBS) in view of the National Humanization Policy (PNH). This policy aims to affirm the principles of the Unified Health System (SUS) and the principles of inseparability of care and management of health production processes; transversality, individual's autonomy and protagonism. This work, through institutional experience and meetings with the workers, tried to potentialize the work in the UBS, and strengthening the workers' autonomy and the collective construction of the work processes.

Key-words: HumanizaSUS; worker; management.

Introdução

A experiência que aqui vamos apresentar parte de algumas diretrizes definidas pela Política Nacional de Humanização (PNH) da Atenção e Gestão do SUS, ou HumanizaSus, instituída pelo Ministério da Saúde. Trata-se de uma política formulada a partir de experiências que “dão certo” no SUS, ou seja, aquelas que reafirmam seus princípios: universalidade, integralidade e equidade.

A PNH parte de três princípios: inseparabilidade entre atenção e gestão dos processos de produção de saúde; transversalidade; autonomia e protagonismo dos sujeitos. O primeiro indaga as relações verticalizadas nos serviços de saúde. O segundo coloca em análise concepções e práticas que atravessam as diferentes ações nos serviços de saúde, destacando a importância da ampliação do grau de abertura da comunicação intra e intergrupos, ampliando a grupalidade. Já o terceiro destaca a corresponsabilidade entre gestores, trabalhadores e usuários, reafirmando a importância da participação coletiva desses diferentes atores de forma ativa nos processos de gestão e nas práticas de saúde, enfatizando uma importante diretriz do SUS: participação comunitária.

O Projeto do HumanizaSUS inclui, ainda, algumas diretrizes que direcionam as práticas no campo da saúde. Dentre elas:

- a) ampliar o diálogo entre os trabalhadores, entre trabalhadores e a população atendida nos serviços e entre trabalhadores e administradores dos serviços, promovendo a gestão participativa, colegiada e compartilhada do cuidado;
- b) implementar sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam e afirmem autonomia e protagonismo das equipes e da população em geral;
- c) promover ações de incentivo e valorização da jornada de trabalho integral no SUS, do trabalho em equipe e da participação do trabalhador em processos de educação permanente em saúde que qualifiquem sua ação e sua inserção na rede SUS (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Trabalhar nessa perspectiva requer, portanto, assumir um compromisso ético-político que se propõe a considerar o sujeito de modo singular, sem preconceitos, acolhendo a história trazida por eles e construindo parceria em outros domínios, sempre que necessário, considerando-se as especificidades do saber dos profissionais de saúde, das técnicas e das tecnologias por eles empregadas (CUNHA, 2004). Assim, adotar a perspectiva da transversalidade, entendida como ampliação dos canais de comunicação entre grupos, torna-se importante na constituição de outras formas de produção de saúde e de sujeitos, na contramão dos modos verticalizados e autoritários em curso no campo da saúde. Para isso, os serviços precisam ser questionados quanto a um modo padronizado e endurecido de funcionamento, uma vez que a aposta é que sejam abertos, conectáveis e funcionando em rede.

Com esse objetivo, a PNH nos convoca a uma análise dos processos vividos nos estabelecimentos de saúde em sua complexidade. A partir de Foucault (1990: 29),

consideramos que, ao analisar processos de trabalho, é preciso não focar a análise do “[...] poder constituído e vertical, mas voltar-se para uma da concepção relacional do poder, que entende que o mesmo se exerce por relações de forças, redes que se instauram em um espaço com multiplicidade de pontos de resistência. A concepção relacional do poder significa também um poder difuso, sem *locus* privilegiado [...]”.

Ter essa perspectiva, portanto, tem o sentido de indagar as instituições,¹ desnaturalizar o que está sacralizado, potencializar graus cada vez maiores de transversalidade de forma a produzir efeitos de descentralização, rompendo com a hegemonia de certos padrões e modelos culturais que se atualizam em serviços de saúde. Foi com essas ferramentas conceituais e metodológicas que foi desenvolvido um trabalho em um estabelecimento da rede municipal de saúde na Grande Vitória/ES.

Vivência institucional

O primeiro movimento para a efetivação do trabalho se deu a partir de um contato com a Secretaria Municipal de Saúde do município de Serra/ES.² Após alguns encontros para a apresentação do projeto, a coordenação da Secretaria aceitou a proposta e definiu uma Unidade Básica de Saúde (UBS) para o desenvolvimento do trabalho, tendo como critério o elevado número de reclamação registrado na Ouvidoria Municipal, motivado pela insatisfação dos usuários com relação ao atendimento prestado naquela unidade.

Quando a Secretaria nos sinalizou positivamente, fomos à UBS conversar com a coordenadora e, posteriormente, com os demais funcionários da unidade para apresentar a proposta de trabalho e avaliar, junto com o grupo, a possibilidade da intervenção naquele estabelecimento. É importante salientar que, durante a apresentação deste projeto, os funcionários demonstraram muita preocupação com a possibilidade de alguma forma de retaliação por parte da coordenação da unidade ou da Secretaria de Saúde. Temiam que suas intervenções nos encontros pudessem ser identificadas como “insubordinação”. Tal preocupação foi por nós acolhida e colocamos em debate o modo como funcionaríamos e alguns princípios éticos que precisavam ser compartilhados pelos participantes, o que incluía o sigilo absoluto do que seria conversado nos grupos. Tentávamos afirmar que a proposta não era julgar o trabalho que realizavam ou notificar a Secretaria de Saúde sobre os fatos e os acontecimentos ali ocorridos. Nosso objetivo era colocar em análise o modo como trabalhavam, perspectivando a transformação nas

relações de trabalho de forma a ampliar a autonomia e o protagonismo de todos e de cada um; estender nosso olhar para as redes que compunham aquela unidade, vislumbrando alteração em modos verticalizados e autoritários de funcionamento.

Após esse momento e com a aceitação dos profissionais, fechamos um contrato de trabalho que incluía visitas à UBS duas vezes por semana, uma pela manhã e outra à tarde, por um período de oito meses, e encontros com grupos constituídos por trabalhadores do serviço. Essas vivências foram realizadas por duas estagiárias do Curso de Psicologia, por meio do Estágio Supervisionado Curricular da Universidade Federal do Espírito Santo (Ufes), supervisionadas por uma professora doutora.

A UBS atende a 11 bairros. Apesar de estar situada num bairro de classe média, grande parte da clientela provém da periferia. Sua equipe é muito reduzida: dois médicos de cada especialidade (pediatria, clínica geral e ginecologia), uma enfermeira somente no turno da manhã, duas técnicas de Enfermagem, duas recepcionistas e uma funcionária para a farmácia por turno, uma auxiliar de serviços gerais e um vigilante patrimonial por escala. Devido às precárias condições físicas da unidade – que conta com apenas três consultórios, uma sala de curativo, uma cozinha, uma farmácia, uma sala de vacina e outra para colher exames de sangue, além da recepção e dois banheiros –, a pequena equipe de profissionais não tem conseguido atender à demanda da população. São distribuídas diariamente 15 fichas para atendimento em cada especialidade, o que acaba se concentrando no período da manhã, quando a maioria dos médicos atende. Por outro lado, o modo como o trabalho está organizado não tem conseguido minimizar tais precariedades e, muito menos, viabilizado um movimento de reivindicação à administração para a mudança dessa situação. A unidade, portanto, funciona de maneira diferenciada nos dois turnos: no período da manhã, o movimento é intenso, uma vez que a maior parte dos serviços oferecidos se concentra nesse turno. Como já dissemos, o que colabora para esse funcionamento intenso no período matutino é o fato de a maioria dos atendimentos médicos se concentrar pela manhã. No turno da tarde, o funcionamento é mais tranquilo, tornando o processo de trabalho menos tumultuado.

A recepção era um setor muito demandado tanto por parte dos usuários quanto dos trabalhadores, e o fluxo era intenso naquele local. Outra área bem movimentada era a cozinha que, mesmo muito pequena, se agigantava com a intensidade do que era vivido ali. Era na cozinha que os funcionários dialogavam, compartilhavam ideias,

discutiam sobre o trabalho ou falavam sobre outros acontecimentos da vida, durante os intervalos.

O consultório também funcionava como uma sala de reuniões, pois, como a UBS não tem espaço adequado para a realização de atividades em grupo com os trabalhadores, a sala de consulta acabava se tornando uma alternativa para esse tipo de atividade. Ali os trabalhadores se juntavam para conversar sobre assuntos necessários para o desenvolvimento formal do trabalho. Às vezes, esse momento tinha caráter somente informativo e burocrático, não viabilizando discussões e não contribuindo para mudanças nos modos de funcionamento do trabalho. No entanto, mesmo com todas essas limitações, essa sala, em muitas ocasiões, tornava-se um espaço no qual os trabalhadores discutiam e reavaliavam suas práticas. Esses eram momentos potentes.

Promover saúde nos locais de trabalho, então, é aprimorar a capacidade de compreender e analisar o trabalho de forma a fazer circular a palavra, criando espaços para debates coletivos. Esses debates, as tensões produzidas quando os trabalhadores se encontram para discutir o trabalho vão desestabilizar os saberes e formas de ser instituídos, forçando a criação de novos modos de trabalhar, visando à democratização das relações de trabalho (BARROS; BASTOS; MORI, 2007: 108).

Durante o período da vivência institucional, foi possível entender um pouco melhor o funcionamento da unidade de saúde. Foi possível um olhar mais atento aos movimentos que vão se gestando naquele espaço e também perceber uma potência criadora que percorre as salas e os corredores. Então, providências precisavam ser tomadas para alterar aquele funcionamento que não agradava nem aos usuários nem aos trabalhadores, e todos compartilhavam dessa ideia. Para isso, seria necessária uma convocação dos trabalhadores para corresponsabilizar-se pela gestão da UBS. Entretanto, eles, muitas vezes, expressavam uma descrença na possibilidade de mudança nos modos instituídos de trabalhar, o que se expressava no corpo: desânimo e cansaço. Para Canguilhem (2000), ser sadio é ter a capacidade de se submeter às crises e poder produzir uma nova ordem, criar e possibilitar uma nova forma de viver. Como andava a saúde daquela unidade? Qual sua força de renormatização de uma nova ordem? Mesmo com tantos desafios, era possível perceber movimentos potentes, que (re)sistiam às mesmices do cotidiano do trabalho.

O companheirismo e a amizade com os colegas eram sentimentos valorizados e considerados fundamentais para resolver questões do dia a dia do serviço, uma vez que

o trabalho se efetiva no esforço coletivo, sendo necessário que todos entendam o funcionamento do serviço para dar “sequência” aos processos.

Foram criadas algumas estratégias de intervenção, como o Fluxograma Analisador e o “Café com Ideias”, que apresentaremos a seguir. Entendíamos que tais estratégias poderiam disparar modos outros de gestão do trabalho, tentando desvincular o conceito de gestão de sua tradicional abordagem, que se refere à administração-gerência e à forma hierarquizada de trabalho. Era preciso, então, dar visibilidade aos movimentos criadores dos trabalhadores que fazem a gestão cotidiana do trabalho que realizam, atribuir outros valores ao trabalho efetivado, dar visibilidade aos modos como ele se organiza, produzindo outra forma de pensar e agir, além de criar novos caminhos para as relações que se constituem naquele local.

Dessa maneira, a autonomia seria potencializada, para que novas formas de trabalho e de gestão fossem criadas. De acordo com Barros e Barros (2007), valorizar os diferentes sujeitos implicados nos processos da produção de saúde inclui ampliação de autonomia e protagonismo dos sujeitos, corresponsabilidade, estabelecimento de vínculos solidários e participação coletiva na gestão.

Muitas vezes, percebemos que a forma de gestão autoritária e verticalizada fazia com que os trabalhadores se calassem. Uma centralização das decisões em uma só figura, a da coordenadora, não permitia uma discussão ampliada dos modos de funcionamento, dos processos de trabalho e gestão na UBS. Tal centralização se atualizava, também, em todas as práticas da política de saúde no referido município. Conforme Barros e Barros (2007), para se entender política, é necessário pensar em como ela foi construída e como se reafirma como pública. Essa questão precisa ser levada em conta para pensar gestão em saúde nos serviços. “Entendemos que a construção de políticas públicas deve estar conectada, comprometida com a coletivização da gestão, com a publicização das relações entre o trabalho (saberes), sujeitos (necessidades, desejos, e interesses) e poderes (modos de pôr em relação saberes e sujeitos)” (BARROS; BARROS, 2007: 65).

Fluxograma analisador

Durante a vivência institucional, foi feita uma proposta de construção de um fluxograma do serviço, a fim de dar visibilidade ao funcionamento da UBS e possibilitar uma discussão ampliada sobre os processos de trabalho, pois, segundo

Franco e Merhy (2003), essa ferramenta auxilia na análise do trabalho vivo em ato, nas suas duas dimensões: macro e microestrutural.

Na construção do fluxograma, ficou evidente que a recepção da unidade é um lugar bastante “pesado” para os trabalhadores do setor, já que todos os usuários passam por ali mais de uma vez durante o período de permanência na UBS.

Nesses encontros, houve muitas reclamações e culpabilizações, pois o grupo insistia nas lamúrias, não conseguindo, muitas vezes, deslocar-se desse lugar. O fluxograma viabilizou falas. Começava a se esboçar um movimento, em ambos os turnos, de análise dos modos como trabalhavam, destacando questões que atravessam o funcionamento da unidade, as condições de trabalho, a gestão verticalizada e a política de saúde efetivada pelo município.

A análise dos processos de trabalho, tendo como dispositivo inicial o fluxograma analisador, possibilitou um exercício ao qual não estavam habituados. A organização do serviço foi colocada em pauta, assim como os interesses que ali se atualizam diariamente. Assim, foi possível acessar os processos decisórios do cotidiano daquele estabelecimento, trazendo questões a partir dos “ruídos” gerados pela construção do fluxograma (FRANCO; MERHY, 2003).

Entretanto, os trabalhadores não demonstraram muito interesse na atividade proposta, o que pode ter sido motivado pelo fato de não terem participado da construção dessa estratégia. Tentou-se, então, instituir uma outra que pudesse ser construída com eles e que emergisse do interesse do grupo. Afinal, os trabalhadores não se sentem atraídos por propostas que não sejam de sua autoria. Havia uma descrença na funcionalidade dos encontros. Entendiam que apenas uma mudança radical na Secretaria de Saúde poderia alterar o modo como funcionava a unidade, o que “não dependia deles, só os altos escalões tinham esse poder”. Acreditamos que uma gestão verticalizada tem exatamente este efeito: produzir descrença e enfraquecimento dos movimentos coletivos.

No entanto, insistimos. Foi proposto um outro espaço em que se pudesse falar do trabalho, que foi denominado “Café com Ideias”. Esse nome foi pensado uma vez que o café era um dos momentos que mais agrupava os trabalhadores da unidade.

Mas, para nossa surpresa, apesar da autorização da coordenação para que os encontros fossem realizados em horário de trabalho, não houve mobilização por parte

dos trabalhadores do turno da manhã. Eles afirmavam que não encontrariam tempo para participar, porque atrapalharia o andamento das atividades na UBS.

Falar do próprio trabalho nem sempre é tarefa simples, pois implica assumir a responsabilidade pelos processos e abandonar uma postura de culpabilização de outros pelo que era vivido. Diziam que não adiantava discutir, problematizar e pensar soluções, se não houvesse vontade política de mudança por parte da administração do município. Tais mudanças, na compreensão dos trabalhadores, não eram consideradas como de governabilidade deles. Nossa tese se reafirmava: o modo tradicional de gestão dos serviços, marcado por uma administração centralizadora, acaba corroborando o pensamento fantasioso de um ideal, segundo o qual alguém pode e deve resolver os problemas, o que desqualifica o movimento coletivo, reconhecendo-o como ameaçador (SANTOS FILHO, 2007). Essa situação dificultou a apropriação e envolvimento desses atores no debate sobre as estratégias de organização que envolvem o trabalho.

Por outro lado, os trabalhadores do turno da tarde mostraram maior interesse nas intervenções e se aproximaram, confirmando sua participação nos encontros marcados. A partir das questões surgidas no processo de construção do fluxograma, foi sugerido o “Café com Ideias”, de forma que os trabalhadores foram propondo o que gostariam de discutir e, então, esse espaço foi sendo construído a cada encontro.

“Café com ideias”

O dispositivo “Café com Ideias” foi pensado para criar um espaço em que o trabalhador pudesse falar do seu trabalho diário, trocar experiências, compartilhar angústias e satisfações, embora, em alguns momentos, tenha sido fundamental utilizar recursos característicos de aulas, palestras, cursos etc. O convite foi feito aos dois turnos; entretanto, como já indicado, somente no turno vespertino houve mobilização para que os encontros acontecessem. A situação na unidade do período matutino, quando a maioria dos atendimentos médicos era realizada, produziu um enfraquecimento nas articulações entre os funcionários e uma descrença, afirmada por eles, nesses espaços de discussão como dispositivos de mudanças nos modos e nas relações de trabalho. Quanto à participação do turno da tarde, com exceção dos médicos da UBS e da coordenação, os demais profissionais estiveram presentes na construção desse espaço e a participação foi intensa.

Os trabalhadores escolheram o dia, o horário e a frequência dos encontros para não atrapalhar o funcionamento das atividades. Foram realizados cinco encontros com frequência quinzenal e duração de uma hora cada um, antes do fim do expediente. Propôs-se que, nos quatro primeiros encontros, fossem discutidas questões sugeridas por eles e que possuísem relação com o trabalho desenvolvido na UBS. No último, recomendou-se a construção coletiva de um plano de intervenção para ser realizado na unidade, baseando-se nas discussões levantadas pelo grupo. Foi combinada a emissão de certificados aos participantes que estivessem presentes no evento.

No primeiro encontro, realizou-se uma dinâmica para conversar sobre redes. Para disparar essa discussão, pedimos que cada um enunciasse um aspecto do trabalho que gostava de realizar e outro que não gostava.

O companheirismo e a amizade no trabalho foram destacados como fundamentais em alguns momentos para resolver questões no trabalho diário. Sobre o que eles não gostam, surgiram questões como: fofoca, sobrecarga de serviço, comunicação falha e insuficiente. Durante a conversa, os trabalhadores reafirmam que o trabalho não pode se efetivar de forma individualizada, mas coletiva. Tentamos, então, dar visibilidade às experiências na UBS, indicando o que, nesse processo, é cogestão e corresponsabilização no trabalho.

No segundo encontro, o SUS foi abordado como tema central, com destaque para as experiências deles como trabalhadores da saúde e as diferenças existentes entre o que está prescrito e o que é vivido diariamente. Em seguida, foi entregue uma cartilha que apresentava o Sistema Único de Saúde.

Ficava evidente que a maioria não conhecia o SUS e seu modo de funcionamento. Afirmavam que, quando começaram a trabalhar na área da saúde, o SUS não existia, e eles permaneceram no serviço sem nenhum processo formativo. No entanto, os trabalhadores que ingressaram recentemente disseram que também não tiveram acesso a esses materiais. Segundo eles, a desinformação provoca um desconforto na relação entre eles, pois os que “não sabem” sobre o SUS se sentem incomodados por aqueles que “conhecem”, e pelos quais são “corrigidos” em determinadas ações.

Com isso, eles indicam a importância de realização de cursos de formação permanente na saúde, observando-se também aquilo que os trabalhadores consideram como fundamental para a execução do fazer diário.

No terceiro encontro, trabalhamos o tema gestão. Utilizamos, como dispositivo, uma frase dita no encontro anterior e que chamou bastante a atenção: “Não é o SUS que é o problema, e sim a gestão”. Foi pedido que os trabalhadores comentassem essa frase e percebemos que a palavra gestão estava diretamente ligada à administração e à hierarquia, mas somente os cargos de chefia eram responsáveis pela gestão do trabalho, o que inclui decisões e forma de investimento na saúde. Os trabalhadores não conseguiam se perceber, a princípio, como corresponsáveis nos processos de gestão do trabalho.

Esse modo de entendimento da gestão identificada à gerência foi sendo questionado. Sinalizava-se, com exemplos do trabalho cotidiano, que todos os trabalhadores fazem a gestão diária do trabalho.

Esse outro entendimento do que seria gestão disparou conversas importantes sobre o funcionamento da unidade; por exemplo, a importância de instituir um outro fluxo de trabalho. Essa não seria tarefa exclusiva da gerência, pois eles fazem gestão cotidiana do trabalho, o que a gerência, por não vivenciar o real da atividade por eles desenvolvida, não teria condições de fazer.

Os trabalhadores afirmaram que não se sentem incluídos nas decisões da UBS. Relataram práticas autoritárias no trabalho, apontando como isso dificulta o desenvolvimento das atividades. Indicaram, também, que várias mobilizações já realizadas não geraram solução para a grande maioria dos desafios que o trabalho porta. Falaram de um coletivo frágil, e a maioria prefere não se envolver nas decisões. A fragilidade do poder de agir dos trabalhadores ia tendo cada vez mais visibilidade. Mas isso seria suficiente?

Foi a partir desse quadro que, no quarto encontro, foi proposta uma dinâmica que discutisse modos de ocupação dos espaços na unidade. Como ocupar os espaços tão limitados da unidade de forma a otimizar o que tinham e, principalmente, se mobilizar para que essa situação fosse modificada? Destacaram que tais desafios poderiam ser enfrentados, caso houvesse trabalho em equipe, pois era preciso fortalecer a grupalidade. No último encontro, foi montado um plano de ação coletivo para ser efetivado na UBS, a partir das questões indicadas durante as discussões. Esse plano foi repassado para todos, numa tentativa de socializar o trabalho realizado nos encontros do “Café com Ideias”. A discussão permitiu a seguinte organização:

DIFICULDADES: diferentes modos de lidar com situações semelhantes, o que causava atritos entre eles; limpeza inadequada na UBS; horário dos médicos que se concentravam na parte da manhã e, conseqüentemente, sobrecarga de trabalho para os funcionários desse turno.

PROPOSTAS DE INTERVENÇÃO: protocolo de rotinas; maior comunicação diária entre eles na troca de turno; reunião mensal com os dois turnos da UBS para trocas de experiências; distribuição igualitária dos atendimentos médicos ao longo do dia.

AÇÕES ESTRATÉGICAS: convidar a coordenação a participar da elaboração e viabilização dessas propostas; formar os funcionários desse setor (trabalhadores da UBS disponibilizaram-se a fazer esse treinamento); conversar com a coordenadora para entender o funcionamento dos horários de trabalho e lotação do cargo de cada trabalhador.

É interessante observar que a questão do espaço físico – tão relevante nos encontros anteriores – não teve a mesma importância no último encontro.

Considerações finais

A experiência na UBS da Grande Vitória/ES reafirmou a impossibilidade de dissociar gestão e atenção em saúde, conforme indicamos no início do texto, a partir de diretrizes da PNH. A descrença na força do coletivo era a tônica dos discursos, mas foi possível um movimento inicial no sentido de priorizar formas coletivas para enfrentar os impasses cotidianos. Esse foi um dos maiores desafios encontrados no trabalho na UBS. Entretanto, processos potentes espreitavam as ações e, ao agenciarmos esses movimentos, foi possível construir dispositivos que produziram quebra em modos endurecidos de funcionamento.

O padrão comunicacional precisava ser repensado. Era necessário também dar visibilidade aos diferentes nós da rede que ali era tecida. Os encontros realizados foram importantes para o fortalecimento das redes no serviço, de forma que viabilizaram aos trabalhadores compartilhar vivências. Foi dado um passo importante nessa direção; contudo, essa comunicação nunca é feita de uma vez por todas, não estando, portanto, pronta e acabada. Ela precisa estar, de acordo com Guattari (2004), no campo das flutuações das experiências, ou seja, ligada a uma “intervenção criadora”.

Nesse sentido, apesar de, formalmente, o trabalho ter sido finalizado, ele deixou marcas que podem se configurar como possibilidade de reversão daquilo que não tem produzido saúde naquele serviço. Entendemos que as intervenções realizadas trarão efeitos que podem se atualizar em outros momentos, uma vez que a aposta feita foi na constituição de uma política pública de saúde que se faz como obra aberta, como novas possibilidades de organizar o trabalho, sem precisar, necessariamente, da presença de um especialista, já que os movimentos promovidos pelos trabalhadores e usuários podem gerar novas possibilidades de trabalhar-viver na UBS em questão e isso pode se espriar pela rede de saúde de Serra/ES.

Referências

- BARROS, Maria Elizabeth Barros de; BARROS, Regina Benevides. Da dor ao prazer no trabalho. In: SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 61-71.
- BARROS, Maria Elizabeth Barros de; BASTOS, Solange de Souza; MORI, Maria Elizabeth. O desafio da humanização dos/nos processos de trabalho em saúde: o dispositivo “Programa de Formação em Saúde e Trabalho/PFST”. In: SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 99-121.
- BRASIL. Lei n.º 8.080, 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. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 1990.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 7 ago. 2012.
- CANGUILHEM, Georges. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Universitária, 2000.
- CUNHA, Gustavo Tenório. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. 2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2004.
- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1990.
- FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. O uso de ferramentas analisadoras para apoio ao planejamento dos serviços de saúde: o caso do Serviço Social do Hospital das Clínicas da UNICAMP (Campinas-SP). In: MERHY, Emerson

- Elias et al. (Org.). *Trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2003. p. 135-160.
- GUATTARI, Félix. *Psicanálise e transversalidade: ensaios de análise institucional*. Aparecida: Ideias & Letras, 2004.
- LOURAU, René. *Análise institucional e práticas de pesquisa*. Rio de Janeiro: Uerj, 1993.
- PASSOS, Eduardo; EIRADO, André do. Cartografia como dissolução do ponto de vista do observador. In: PASSOS, Eduardo; KASTRUP, Virgínia; ESCÓSSIA, Liliana da (Org.). *Pistas do método da cartografia: pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*. Porto Alegre: Editora Sulina, 2009. p. 109-130.
- SANTOS FILHO, Serafim Barbosa. Dando visibilidade à voz dos trabalhadores: possíveis pontos para uma pauta de valorização? In: SANTOS FILHO, Serafim Barbosa; BARROS, Maria Elizabeth Barros de (Org.). *Trabalhador da saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Editora Unijuí, 2007. p. 261-265.

Maria Elizabeth Barros de Barros
Professora do Departamento de Psicologia e dos Programas de Educação e Psicologia
Institucional da UFES.

Ana Paula da Silva Milani Patrocínio
Psicóloga e mestranda no Programa de Pós-Graduação de Psicologia da UFES.

Rafaela Gomes Amorim
Psicóloga e mestranda do Programa de Pós-Graduação de Psicologia Institucional da
UFES.

¹ Por instituições, entendemos as redes de práticas produzidas historicamente, que se fixam em formas e expressam domínios de saber-poder (LOURAU, 1993).

² Não iremos nomear a UBS em respeito a uma solicitação dos trabalhadores para que ela não fosse divulgada na publicação do artigo.