

RESISTÊNCIA E CRIATIVIDADE: TRABALHO DOS MÉDICOS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

Resistance and creativity: the work of the Family Health Program physicians

Résistance et créativité: le travail des médecins du Programme Santé de la Famille

Resistencia y creatividad: el trabajo de los médicos del Programa Salud de la Familia

Rosseti, Crisane Costa

Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora no curso de Psicologia na Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC/MINAS.

Araújo, José Newton Garcia de

Doutor em Psicologia pela Université Paris-Diderot e Pós-doutorado no Centre de Recherche Sens, Éthique et Société, CNRS/Université Paris-Descartes. Professor dos programas de graduação e pós-graduação da Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais – PUC/MINAS.

ABSTRACT: This article discusses the concept of resistance, related to the physicians working in the Family Health Program (PSF) within the Unified Health System (SUS), in the city of Belo Horizonte, Brazil. Our theoretical approach was based on Françoise Proust, Michel Foucault and authors associated with the "clinics of work". The analysis of the interviews with these workers shows that their resistance actions, taken as an experience of creativity, freedom and subjectivity, sustain their health condition, opposing the psychosocial risks to which they are exposed. Refusing a style management based on productivity but incompatible with the SUS principles, these physicians create care alternatives that guarantee the PSF functioning and the universal, equitable and full citizens' access to the health assistance.

KEYWORDS: Work. Resistance. Creativity. Psychosocial risks.

RÉSUMÉ: Cet article discute le concept de résistance, dans le travail des médecins du Programme Santé de la Famille (PSF), dans le cadre du Système Unique de Santé (SUS), à Belo Horizonte, Brésil. L'approche théorique prend les contributions de Françoise Proust et Michel Foucault, outre quelques auteurs des « cliniques du travail ». Les médecins interviewés montrent leur résistance comme expérience de créativité, liberté et subjectivation qui préserve leur condition de santé, face aux risques psychosociaux auxquels ils sont exposés. Ils refusent la gestion basée sur la productivité, mais incompatible avec les principes du SUS, tout en créant des alternatives de soin qui garantissent le fonctionnement du PSF et l'accès universel, équanime et intégral des citoyens à la santé.

MOTS-CLÉS: Travail. Résistance. Créativité. Risques psychosociaux.

RESUMEN: Este artículo aborda el concepto de resistencia, en el trabajo de los médicos del Programa de Salud de la Familia (PSF), dentro del Sistema Único de Salud (SUS), en Belo Horizonte, Brasil. El enfoque teórico se basó en Françoise Proust, Michel Foucault y en autores de las "clínicas del trabajo". Los médicos entrevistados consideran la resistencia como experiencia de creatividad, libertad y subjetivación que preserva su condición de salud, contra los riesgos psicosociales a los que están expuestos. Rechazando el modelo de gestión basado en la productividad pero incompatible con los principios del SUS, estos médicos crean alternativas de atención que aseguran el funcionamiento del PSF y el acceso universal, ecuánime e integral de los ciudadanos a la salud.

PALABRAS CHAVE: Trabajo. Resistencia. Creatividad. Riesgos psicosociales.

RESUMO: Este artigo discute o conceito de resistência, no contexto de trabalho de médicos do Programa Saúde da Família (PSF), no quadro do Sistema Único de Saúde (SUS), em Belo Horizonte, Brasil. Nossa abordagem teórica se baseou em Françoise Proust e Michel Foucault, além de autores associados às “clínicas do trabalho”. A análise das entrevistas com esses trabalhadores mostra que suas ações de resistência, tomadas como experiência de criatividade, liberdade e subjetivação, preservam sua condição de saúde, ante os riscos psicossociais a que estão expostos. Recusando uma gestão baseada na produtividade, mas incompatível com os princípios do SUS, esses médicos criam alternativas de cuidado que asseguram o funcionamento do PSF e o acesso universal, equânime e integral dos cidadãos à saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Trabalho. Resistência. Criatividade. Riscos Psicossociais.

O presente texto se propõe a discutir as relações entre trabalho e saúde, tendo como recorte uma categoria específica de trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS), mais precisamente, os médicos do Programa de Saúde da Família (PSF) da cidade de Belo Horizonte, Brasil. O contexto de trabalho desses profissionais pode ser considerado, à primeira vista, como marcado apenas pela precarização, sofrimento, adoecimento e, finalmente, pela perda de sentido do exercício da profissão. No entanto, dessa precarização também emerge um movimento de resistência desses trabalhadores, identificados com o projeto de construção do SUS.

A análise da situação de trabalho desses sujeitos exige, a nosso ver, o recurso a abordagens teóricas diversas, pois ela nos remete, de toda evidência, a um objeto complexo, cuja explicitação ultrapassa as contribuições de uma disciplina única. Nesse sentido, uma opção que julgamos pertinente foi a de recorrer à temática dos riscos psicossociais no trabalho. Com efeito, esse construto, polissêmico e emergente, nos permite abordar a problemática trabalho-saúde, através de olhares diversos, para além da psicologia, como os da sociologia, do direito, da economia, da ergonomia, etc. Além disso, ele nos possibilita abarcar, a um só

tempo, diversos fatores de risco estudados isoladamente, como o estresse, a violência no trabalho, o assédio moral, entre outros.

Os riscos psicossociais relacionados ao trabalho englobam, pois, o conjunto das ameaças contemporâneas à saúde e à segurança dos trabalhadores. Eles incluem aspectos relativos às condições e à organização do trabalho, aos modelos deletérios de gestão, bem como aos contextos sociais e ambientais que causam danos de tipo físico, social ou psicológico. Eles podem ainda referir-se às condições de emprego, ao conteúdo das tarefas e dos processos de trabalho, bem como às relações sociais no trabalho. Algumas de suas expressões visíveis seriam o absenteísmo, a alta rotatividade, o estresse, a depressão, o suicídio, a drogadição, a violência, as LER/DORT, etc., tudo isso implicando custos significativos para a saúde do trabalhador e para os próprios objetivos da organização.

No entanto, o tratamento desse tema pode conduzir a alguns equívocos. Segundo Lhuillier (2010), a nomeação dessa nova “categoria social” costuma também mascarar questões essenciais que geram sofrimento no trabalho, se ela é desvinculada das lógicas macrossociais que determinam as políticas das empresas e a ideologia gerencial. Isso ocorre, em especial, quando as origens do mal-estar do

trabalhador são artificialmente situadas fora do ambiente de trabalho. Por exemplo, busca-se atuar sobre o stress, aconselhando o trabalhador a praticar esportes, a ter uma vida saudável, uma dieta equilibrada, sem consumo do álcool ou do tabaco. Segundo Neffa (2015, p. 104), esse enfoque considera os trabalhadores como seres passivos, que buscam adaptar-se aos fatores de risco, sem se dar a devida importância à “possibilidade de atuar para reduzir ou eliminar as verdadeiras causas e insistir na necessidade de modificar os determinantes socioeconômicos, ou seja, mudar a organização e o conteúdo do trabalho”. Ora, tal desvio no enfrentamento da questão, negligencia a prevenção da saúde e da segurança do trabalhador, além de deixar de lado o desenvolvimento do seu poder de agir.

No presente estudo, pretendemos focalizar justamente esse poder de agir dos médicos do PSF, através de suas estratégias de resistência às múltiplas faces da precarização, da opressão e do sofrimento no trabalho. Além disso, ao tocarmos a temática do sofrimento, entendemos que a resistência, quando criativa, abre caminho também para a possibilidade de prazer, para o sentimento de auto-realização no trabalho.

O contexto institucional do trabalho: O SUS

Como já dissemos acima, os médicos pesquisados são trabalhadores do Sistema Único de Saúde (SUS). Para situar esta instituição, recorremos a breves dados históricos que nos ajudam a compreender o seu escopo, no campo da saúde coletiva. O SUS foi criado em 1988, como resultado de uma história de movimentos sociais por melhores formas de vida e condições de saúde da população, tendo como marco fundamental o

relatório final da VIII Conferência Nacional de Saúde (1986). Esse documento, elaborado por gestores, trabalhadores, políticos e usuários do Sistema, serviu como referência para a construção de um Sistema de Saúde universal, igualitário e gratuito, garantido pela Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196. Tal mudança paradigmática, levou à ruptura com o modelo existente até então, curativo e hospitalocêntrico, que reforçava uma abordagem mercantil da saúde, sustentada por laboratórios, hospitais e planos de saúde privados (Farias, 2016b).

Esse novo modelo de saúde desenvolveu-se nos debates em que se consolidava a Reforma Sanitária Brasileira (RSB), que se caracterizou, sobretudo, por ser um movimento pela conquista da democracia, como projeto de um povo que resistia a viver sob condições opressivas, sob o medo, sob a iniquidade. A RSB foi protagonizada por atores sociais diversos: trabalhadores da saúde, cidadãos, intelectuais, professores, estudantes, sindicatos, representantes de movimentos sociais, todos tendo como premissa básica que ditadura e saúde não poderiam coexistir (Bravo, 2006; Arouca, 2003). Nesse sentido, o conceito de saúde foi rediscutido a partir de outra lógica, não mais centrada na relação médico/paciente, mas incluindo a determinação social da doença e a complexidade do processo de trabalho.

Esse novo conceito de saúde fundamenta-se em uma perspectiva social crítica. A saúde deixa de ser considerada simples ausência de doenças, e se vincula ao acesso ao trabalho, ao direito à educação, à posse da terra, ao lazer, à cultura, ao saneamento básico. Neste sentido, as

condições de uma existência digna se inserem no cenário social, como determinantes de saúde. Esta seria resultante de esforços inter-setoriais, em que as diferentes esferas públicas e os diferentes atores sociais - gestores, trabalhadores e sociedade - se articulam pela garantia dos direitos cidadãos, numa proposta de participação e construção coletivas. Em outras palavras, a saúde é definida em sua dimensão política, e, ainda, no sentido proposto por Canguilhem (2007), como possibilidade de criar novas formas e normas de vida, de reinventar, de agir sobre a própria história; é a "margem de tolerância" em relação à imprevisibilidade do meio.

Ao longo de quase 30 anos de existência, o SUS afirmou-se não apenas como necessário, mas como modelo de atenção à saúde. Desenvolveram-se vários programas e políticas, de amplo impacto sobre a promoção e recuperação da saúde da população, tanto no que se refere a procedimentos de alto custo e de alta complexidade, como no controle de doenças, epidemias e outros agravos à saúde. Trata-se de ações que beneficiam todas as classes sociais, ampliando o alcance a 100% da população brasileira. Soma-se a isso, a conquista da saúde como direito de cidadania e como pressuposto de justiça social.

No entanto, tais avanços não preenchem as lacunas e falhas desse sistema de acesso universal à saúde, que carece de aperfeiçoamentos. Mas vale lembrar que ele é uma proposta de assistência a mais de 100 milhões de habitantes, em permanente enfrentamento com a lógica privatista dos mercados e do capital. Se hoje assistimos a um insidioso processo de desmonte do SUS (Cohn, 2016), protagonizado por partidos políticos, pelos empresários da saúde, pela indústria, pela mídia, pelo Banco Mundial e outros (Paim, 2016), há que se ressaltar que sua força

de resistência se impõe desde seu início. Embora legitimado em 1988, somente em 1990 o SUS foi colocado em funcionamento. Nesse mesmo ano, vivemos a ascensão do governo Fernando Collor de Melo que, partidário da reforma neoliberal do Estado, afirmava que "o SUS era uma excrescência" (Arouca, 2003, p.2).

Mesmo com a expansão do neoliberalismo, em nível nacional e mundial, estabelecendo formas de viver fragmentadas e autocentradas, sabemos que o SUS continua resistindo, reivindicando a democracia, a emancipação e a construção de vínculos solidários. Entre os maiores desafios que fazem parte de sua trajetória, destacam-se o subfinanciamento e a força político-econômica das operadoras de planos privados de saúde, muitas vezes financiadores de campanhas políticas de parlamentares que compõem o Congresso Nacional (Farias, 2016a).

O Programa de Saúde da Família (PSF)

Como um dos programas essenciais que hoje integram a estrutura do SUS, o PSF foi implantado em 1994 pelo Ministério da Saúde. Ele é parte de uma mudança na forma de abordar a saúde coletiva, substituindo o modelo médico tradicional, individual, curativo e medicamentoso, por outro, preventivo, coletivo, multi e interdisciplinar. A proposta visa ao engajamento de trabalhadores da saúde, famílias e comunidades, nos processos de promoção, prevenção e cuidado, a partir dos problemas do território e da realidade local. Propondo um acompanhamento longitudinal, ele compreende uma "atenção direta aos indivíduos, famílias, grupos sociais e ambiente (natural e social), visando solucionar problemas e satisfazer necessidades prioritárias" (Fekete, 2000). Nesse modelo, o

trabalho é desenvolvido por equipes compostas por médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde, que acompanham, família por família, uma população composta, no máximo, por 4.000 pessoas (por equipe), de acordo com as características do território a ele adstrito (Política Nacional de Atenção Básica).

Entretanto, parece evidente a distância entre a proposta do programa e o que efetivamente os profissionais da saúde podem realizar, no exercício concreto do trabalho. Eles resistem a tornar-se meros instrumentos do sistema, pelo fato de exercer sua responsabilidade e autonomia, junto ao usuário, e nas escolhas por alternativas do cuidado e do acolhimento. Mas tal escolha tem seus custos. No contato com os médicos do PSF, vimos emergirem sentimentos de impotência, mesclados à falta de reconhecimento institucional e à indignação, em relação a um discurso privatista que desqualifica o trabalho, o trabalhador e os próprios usuários do SUS.

Os embates entre, de um lado, os valores inerentes à proposta de construção coletiva, baseada em vínculos solidários e na humanização dos serviços e, de outro lado, os valores econômicos e gerencialistas que pretendem se impor à nossa sociedade, provocam imenso desgaste nas rotinas de trabalho. Isso leva os trabalhadores da saúde a desenvolverem estratégias de resistência que, explícitas ou não, mantêm o SUS em funcionamento e asseguram a eles próprios as condições de saúde que garantam sua permanência no trabalho.

Tal contexto pode, pois, ser considerado como portador de riscos psicossociais para esses médicos, pois o caráter penoso do trabalho não só perdura, mas se intensifica, diante das demandas do PSF. Com efeito, dado o modelo gerencial que, atualmente, tenta se impor ao funcionamento do SUS/PSF, seria legítimo afirmar que, do momento inicial da Reforma Sanitária Brasileira aos dias de hoje, o trabalhador da saúde, em seu papel de ator social, foi substituído pela mera figura de recurso humano (Menicucci, 2006; Campos, 2007; Ferreira Neto & Araújo, 2014).

Resistência

A filósofa francesa Françoise Proust, em seu livro *De la résistance* (1997), afirma que a resistência é imanente ao sujeito, é um ato que não acontece por obrigação ou como resultado de um evento, em resposta a uma ação agressiva. Ao contrário, ela está presente, ela é uma força que sempre habitou territórios mais ou menos distantes, subjetivo e concreto, do ser vivente.

A resistência no trabalho manifesta-se nas situações em que, para o trabalhador, não é mais possível manter-se numa condição de assujeitamento, em relação às violações de sua ética, de seus valores e de seu saber-fazer; nem diante da ruptura das relações subjetivas e intersubjetivas, que se configuram no contexto da atividade. Lhuillier e Roche (2009) destacam que "resistir significa opor uma força a outra, que tende a destruir sua força de trabalho, a fim de salvar, a qualquer custo, o corpo que a contém ou, pelo menos, retardar o tempo de desgaste, de esgotamento e de destruição" (p.12).

Resistir é agir, no sentido da transformação, frente a um real que ameaça cercar e dominar o espaço subjetivo e intersubjetivo, sobre o qual incidem relações de poder e dominação.

No que concerne à relação entre poder e resistência, Foucault (1995) afirma que o conceito de poder não remete a algo que se possui, não é estrutura nem instituição, mas sim uma relação em que se manifesta a força de múltiplas ações sobre as ações de outros, ou ainda, "uma ação sobre a ação, sobre ações eventuais ou atuais, futuras ou presentes" (Foucault, 1995, p.243). Para o autor, o poder é circular, não é de um ou de outro, e não é necessariamente uma violência, tampouco uma coerção, imposição de consentimento. Ao contrário, o poder se exerce sobre sujeitos livres, insubmissos, que vão contrapor outra força à força que tenta agir sobre sua ação. Assim, onde há poder, há resistência, mas esta não é resistência a um evento específico, singular. Ela é plural, e se manifesta em pontos múltiplos, dinâmicos (Foucault, 1988; 1995).

Para Proust (1997), todo movimento de resistência implica uma subversão e uma experiência de liberdade, na escolha das estratégias de luta e na criação de outros possíveis. Essa liberdade insiste em não se curvar às intransigências das formas de governo sobre os homens. A resistência, neste sentido, remete a um processo de subjetivação.

Lembremos ainda que, para Foucault (1988), as resistências tanto podem apresentar uma face de atividade quanto de reatividade, entendendo-se que resistir é diferente de reagir. Com efeito, reagir é dar aos detentores do poder a resposta que eles querem que seja dada. Mas resistir é criar alternativas que o poder não esperava, é agir ativamente, a partir de "composições de forças inéditas" (Maciel Jr., A. 2013).

Haveria aqui uma afinidade com o pensamento de Proust (2000), citada por Bampi (2002), no sentido de que as "resistências reativas" não visam à transformação do estado das coisas, enquanto as resistências ativas se fundam na invenção e na afirmação de algo novo. Assim, a reação talvez provoque um alívio momentâneo das tensões, mas não é transformadora, enquanto a resistência ativa, criativa, provoca a reinvenção de condutas e potencializa o agir humano, a favor da vida e da liberdade.

Nesta mesma direção, Lhuilier e Roche (2009), afirmam que a resistência é um fenômeno ambíguo, pois comporta atividade e reatividade, enquanto mistura de negação e de afirmação, de conservação e invenção. Ela se manifesta negativamente, quando se coloca como resistência à mudança (exemplos: resistência à verdade de si, no campo da psicanálise; resistência à mudança, no interior das organizações); e positivamente, como resistência à exploração, à dominação, à opressão. Ela se concretiza, assim, tanto do lado do *status quo*, da conservação, quanto do lado da transformação, da emancipação.

No sentido emancipatório, retomamos Proust (1997), para quem a resistência, individual ou coletiva, silenciosa ou ruidosa, configura uma relação sobretudo política, cuja gênese se situa na indignação do ser, no esgotamento do conformismo, na dor que não se resigna. No ato de resistência, o sujeito delibera por posições e oposições, ao avançar ou recuar, através de estratégias que podem transformar as situações-limite vivenciadas no cotidiano.

No caso do trabalhador da saúde, ela é experiência de liberdade e se concretiza nos atos diários, nas microdecisões, nas situações imprevistas que convocam o sujeito a

responder como senhor da ação, abrindo espaços para a irrupção de novas formas de interações e negociações sociais. Do insuportável surge a reinvenção, a criação e a transformação (Proust, 1997; Fleury, 2009).

Resistência no trabalho, no âmbito do SUS

Pode-se considerar que a resistência não apenas faz parte da história do SUS, como o constitui, em sua materialidade cotidiana. Ela está nas unidades de saúde, nos consultórios, nas ações concretas de seus trabalhadores. Em outras palavras, o SUS só foi e ainda é um projeto possível, a partir da resistência da população e de seus trabalhadores, que lutam contra condições de precariedade, descaso e desamparo, reinventando outros modos de vida, dignos e solidários.

Note-se que esses movimentos de resistência ocorrem tanto no plano da macropolítica, através dos sindicatos, que buscam negociar melhores condições de trabalho e de atendimento ao usuário, quanto nas formas pouco visíveis e silenciosas, embora intensas, das micro-resistências. Estas acontecem nos processos de cuidado e atenção à saúde, nas unidades básicas de saúde dos bairros, vilas e comunidades da cidade. Nesses espaços, os embates nem sempre se apresentam de forma explícita, pois a resistência emerge através de transgressões ou subversões aos protocolos, de escolhas nem sempre reconhecidas como ato criador e autônomo. Aí o trabalhador da saúde constrói novos modos operatórios para fazer o que deve ser feito, colocando em questão a racionalidade das normas antecedentes.

As microdecisões, furtivas e discretas, devem, em síntese, responder aos valores que sustentam o trabalho em saúde. Tais valores se impõem na escolha das formas de escutar a dor do outro, de acolher e criar vínculos. Como exemplo, citamos o caso de um médico participante de nossa pesquisa que se recusa a reduzir o tempo de escuta de seu paciente, em função da pressão para atender ao maior número de pessoas, com o mínimo de tempo necessário. Segundo esse profissional, "você não pode simplesmente 'fazer', senão cai no automático, você perde... e quando você cai no automático você tem a técnica, mas não tem a arte. Cada paciente é um universo diferente, que eu tenho que entender para poder ajudar."

Trata-se aqui de uma resistência ao prescrito inflexível, que torna o trabalho impraticável e inviabiliza a transformação do real.

Em outros casos, no entanto, acontece a resistência negativa, que Védrine (2009) chama de resistência à resistência. Isso se passa, quando o trabalhador insiste em estratégias defensivas ineficazes, que podem levá-lo ao adoecimento ou à permanência em uma situação de sofrimento. Nesse caso, ele se recusa a enfrentar a situação insuportável, pois ela implica riscos, implica uma tensão entre a organização do trabalho e o trabalhador. A esse respeito, Gaulejac (2011) lembra que a resistência ativa tem um custo alto para o trabalhador, um dispêndio de energia constante, principalmente nos contextos em que ele se vê submetido a fortes pressões.

Nas unidades de saúde, tomadas por um grande contingente de usuários, a tensão é tanto maior quanto mais se agrava e se estende

a crise política e econômica no Brasil, através da qual se evidencia uma grande desigualdade social. Nesse caso, os profissionais se angustiam e se veem diante de demandas conflitantes. Por exemplo, eles são cobrados a cuidar do maior número de pessoas, a cumprir protocolos e atingir metas definidas por gestores que desconhecem o contexto real do trabalho e as necessidades da população daquele território; desconhecem também os recursos concretos de trabalho e o real dimensionamento de trabalhadores, em relação à população assistida. Aos olhos desses gestores, tudo acontece como se o SUS fosse um sistema de "clientes perfeitos, trabalhadores sempre no auge de sua forma, jamais doentes, em um contexto sem obstáculo" (Gaulejac, 2007, p. 121).

Por outro lado, no enfrentamento à demanda do usuário, também exposto a toda sorte de riscos psicossociais, o médico do PSF é tomado pelo sofrimento, ante a impossibilidade de suprir a falta de recursos para subsistência, segurança e direitos políticos e sociais, no território assistido. Frente a uma realidade marcada pela carência em suas múltiplas dimensões, os usuários, portadores de "dores do corpo", demandam também da unidade de saúde serem acolhidos em sua "dor de viver".

Poderíamos, nesse aspecto, promover um longo debate acerca dos riscos psicossociais presentes na atividade do médico de PSF. O contexto atual aponta para sua precarização crescente, com o aumento progressivo da população assistida pelo SUS, ao mesmo tempo em que se acentua a carência de insumos, de medicamentos básicos, degradação da infraestrutura física das unidades de saúde, insuficiente dimensionamento das equipes, salários defasados e relações interpessoais altamente

desgastadas pela sobrecarga e, muitas vezes, pelo assédio moral. Nesse ponto, destacamos a contribuição de Gaulejac (2009), para quem o assédio, ainda que se refira a questões comportamentais, não pode ser restrito a elas, mas ampliado a um contexto social mais amplo que favorece a emergência das pressões gerenciais, em prol de uma cultura da performance. Amplia-se assim a perspectiva dos riscos psicossociais no trabalho, dados os impactos das condições de trabalho na subjetividade e no corpo dos trabalhadores.

Resistência e criatividade

No atual contexto, o trabalho no SUS apresenta perspectivas sombrias. Destaca-se o fenômeno da atividade impedida, em função das condições e da organização do trabalho, além das pressões advindas dos impasses políticos e ideológicos que permeiam a gestão do SUS. Ao mesmo tempo, vemos emergir, como forma de resistência, possibilidades de invenção e engenhosidade, na construção de outros modos de trabalhar, em que prevalecem o cuidado, o vínculo entre a equipe de saúde e usuários, bem como a busca de humanização da assistência.

Se o impedimento da atividade pode ser patogênico, seu caráter deletério aumenta, quando o médico se vê privado das iniciativas que visam criar formas de trabalho menos penosas e mais singulares. Como afirma Lhuillier (2015), tal impossibilidade leva à criação de um falso *self*, e "impede o reconhecimento e o uso de si por si no trabalho" (p. 104).

Percebem-se, nesse caso, duas saídas possíveis: a) a atividade impedida pode levar ao sofrimento e/ou ao adoecimento, ficando o sujeito aprisionado às prescrições, tendo seu

trabalho reduzido a uma perspectiva apenas instrumental; b) o despertar do exercício criativo da atividade, que viabiliza a transformação da tarefa, a renormalização, a reinvenção de si e do meio. Nesse caso, o trabalho pode ser ressignificado e seu sentido reconstruído. Assim, é no real da vida e do trabalho que emerge a singularidade e a autonomia do sujeito, em oposição à resignação e ao conformismo. Aí surgem as novas maneiras de fazer, através das quais tanto o coletivo quanto os indivíduos se reinventam e modificam o contexto de trabalho. Enfim, da resistência às pressões, ao sofrimento e à vulnerabilidade, surgem movimentos de transformação que permitem ao sujeito sentir-se em "um campo de determinações múltiplas" (Lhuillier, 2015, p. 106), em vez de apenas conformar-se e adaptar-se a um contexto de trabalho adoeecedor.

Winnicott (1975, p.95) afirmou que "é a através da apercepção criativa, mais do que qualquer outra coisa, que o indivíduo sente que a vida é digna de ser vivida". Para o autor, a criatividade se desenvolve a partir da forma como se estabelecem as relações com a realidade externa, ou seja, em um ambiente favorável, simbolizado pela "mãe suficientemente boa". Lhuillier (2015), no entanto, amplia a leitura de Winnicott, afirmando que a criatividade não nasce apenas desse ambiente "suficientemente bom", mas também nas experiências de crise ou "...de ruptura da continuidade de si, das relações com o seu meio, dos modos de regulação e dos mecanismos de defesa usuais" (p.109). Enfim, tais situações de desamparo possibilitam também a descoberta de si e do mundo,

permitindo ao sujeito situar-se diferentemente, em relação aos laços sociais e ao trabalho.

Resistência e criatividade no trabalho do médico de PSF

Ao longo dos últimos anos, no Brasil, ocorreu o enfraquecimento das relações sindicais e a fragmentação dos coletivos de trabalho. Segundo Antunes (2010), houve o "aumento do abismo social no interior da própria classe trabalhadora" (p. 65), provocado pela dificuldade em convocar coletivamente trabalhadores de diferentes vínculos. Isso pode se verificar na Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), onde há trabalhadores sob contrato (precário), terceirizados, celetistas e estatutários. Tal diversidade de vínculos trabalhistas constituem um dos fatores que contribuem para a redução das ações sindicais. Ações que se configuram como formas de resistência, que poderiam ser mobilizadoras de estratégias coletivas com grande poder de transformação, estão aí cada vez mais frágeis.

Assinalemos ainda a multiplicidade de sindicatos que nem sempre lutam pelas mesmas causas, junto a diferentes categorias profissionais. Assim, o sindicato do servidor público não se encontra efetivamente alinhado aos demais, expondo, desse modo, a fragmentação dos interesses do trabalhador do serviço público.

Apesar disso, é nesse cenário que emergem os movimentos locais de resistência, nas unidades de saúde, nas equipes ou mesmo dentro dos consultórios, no quadro do PSF. Observe-se que as estratégias criativas e transgressoras, que buscam viabilizar o

trabalho no SUS, raramente são desenvolvidas por coletivos de trabalhadores, dadas as injunções paradoxais da gestão e da organização do trabalho. Ao contrário, muito mais frequentemente, se desenvolvem individualmente, ou entre poucas pessoas, vindo a reforçar o enfraquecimento dos laços coletivos.

É, portanto, através de decisões individuais que se "furam" protocolos, a fim de se priorizar a escuta e o vínculo entre médico e paciente, valorizando a relação entre eles. Isso é uma forma de dizer "não" a uma situação de sofrimento, uma decisão firme ante o inegociável. Citemos o exemplo de uma médica que questiona a implantação arbitrária, não negociada, do Protocolo de Manchester¹ nas unidades que atuam no PSF. Segundo ela, se nem todo sofrimento altera dados clínicos, então, como classificar o risco de todos os pacientes em emergência? Como distinguir, no caso, o que é atendimento muito urgente, urgente, pouco urgente, sem urgência, se o protocolo não é capaz de singularizar a dor de cada paciente? Como definir a prioridade clínica de uma adolescente que apresenta queixas difusas de dores no corpo, sendo que nenhum método padronizado poderá identificar que ela vem sofrendo abuso sexual ou violência doméstica? Como diagnosticar, por meio de um protocolo que deve ser preenchido em poucos minutos, que a dor no peito de uma mulher não é um infarto, mas a dor da perda de um filho assassinado pelo tráfico ou pela polícia? Essa médica resiste, assim, ao dizer "não" ao protocolo, recusando que seus pacientes sejam classificados por critérios pré-definidos. Como ela mesma

justifica: "*os protocolos não dão conta de tudo*".

Outros profissionais que também não identificam o protocolo de Manchester como uma ferramenta de cuidado e humanização, trabalham de forma customizada, distorcendo o objetivo intrínseco do instrumento e adaptando-o às necessidades locais de sua unidade. Nesse caso, mesmo discordando do uso do protocolo, eles transformam sua metodologia original, a fim de auxiliar a organização da demanda, sem interferir no vínculo entre os profissionais e o paciente, sem definir *a priori* por quem, quando e como será feito o atendimento. Assim, é o trabalho humanizado que prevalece, é a dimensão do cuidado que não se submete ao imperativo da tecnologia dura, instrumental, mecânica (Merhy, 2004).

Com frequência os médicos relatam que não é possível aceitar as diretrizes gerenciais que normatizam a relação médico-paciente. Aqui destacamos a especificidade do PSF, em sua proposta de criar vínculo, de conhecer os sujeitos, suas famílias, suas histórias. Nesse sentido, um médico relata:

Muitas vezes o processo de trabalho quer normatizar minha relação com meu paciente. E quer te dizer: você não pode fazer uma receita pra um paciente que chega fora de hora, às 4:30, porque cê vai acostumar ele mal. Mas não sabe que eu conheço aquela paciente, sei que de manhã cedo ela não acorda, porque ela passa a noite esperando o filho, ou então ela vem nessa hora porque é a única hora que ela consegue conversar comigo.

Esse mesmo médico descreve a pressão que sofria:

¹ O Protocolo de Manchester é um instrumento de triagem que tem por objetivo avaliar o grau de urgência das queixas dos pacientes, colocando-os em ordem de

prioridade para o atendimento, a partir de procedimentos pré-definidos. (Fonte: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_a_colhimento_classificacao_risco.pdf).

Queriam cercear o acesso do paciente. E reclamavam que eu, ao não fazer o mesmo cerceamento, eu tava criando uma dupla porta na unidade, eu tava desacostumando as pessoas... só que eles queriam obrigar os pacientes a seguir uma norma em que nenhum dos meus pacientes se encaixavam.

De alguma forma, a história dos pacientes se enlaça na história dos médicos, possibilitando o desenvolvimento da atividade de trabalho nos espaços entre o prescrito e o real, que são também espaços de resistência.

Efetivamente, nos serviços de saúde há uma "avalanche" de normas, prescrições e protocolos, muitos deles necessários, pois respondem a critérios de vigilância sanitária e ao rigor técnico inerente ao exercício da medicina. No entanto, para além desses critérios, percebe-se outro excesso, que responde às cobranças políticas por metas e visibilidade pública, que acabam por inviabilizar e desorganizar o que se pretendia organizar (Dejours, 2008). Diante dessas injunções sobre o ofício do cuidado, os médicos criam formas "paralelas" de organizar e gerir o próprio trabalho, muitas vezes circunscritas ao próprio consultório ou ao vínculo construído com seus pacientes. Desse modo, eles conseguem resistir, forjando espaços em que se reposicionam como autores de seu trabalho.

Outro exemplo: em um contexto marcado por tensões entre o poder político e os interesses sociais, as unidades básicas se ressentem da falta de medicamentos básicos, tais como antibióticos, antitérmicos, anti-inflamatórios, analgésicos, entre outros. Médicos relatam que muitos de seus pacientes não têm recursos próprios para comprar a receita, caso a medicação não seja oferecida

gratuitamente, o que vem a comprometer o tratamento e faz com que aquele usuário retorne com frequência e em estado de agravamento de sua doença. Frequentemente, esses pacientes não podem ser encaminhados às unidades de urgência, caso estas estejam distantes de suas residências, pois falta-lhes dinheiro para pagar a passagem, mesmo no transporte público. Um médico entrevistado relatou que não hesita em conseguir a medicação por outras vias, como, por exemplo, recorrendo às amostras grátis, transgredindo regulamentos, a fim de garantir o tratamento e a recuperação de seus pacientes. Para ele, seria impensável ter acesso à medicação e não oferecê-la a seus pacientes do SUS, por submissão a uma realidade imposta, sem margem de negociação possível.

Assim, os médicos se reposicionam diante da realidade determinada por normas distanciadas das necessidades das famílias e dos vínculos construídos. Reposicionar-se, no caso, é renormalizar, é mobilizar o corpo e a inteligência, é transgredir. No sentido utilizado por Efros e Schwartz (2009), transgredir é encontrar outras formas de fazer o trabalho, é desenvolver uma atividade não mais conforme às normas antecedentes e à racionalidade instrumental, mas a partir de outras recomposições de modos operatórios, rearranjos, astúcias e subversão de condutas. Através dessas artimanhas para burlar o sistema, os médicos criam novas formas de resistência que lhes permitem reconhecer-se na sua atividade e desenvolver um trabalho bem feito, de acordo com seus valores, sua técnica e suas experiências.

Outra situação relatada, ao longo das entrevistas, refere-se a uma estratégia utilizada

pelo médico, cujo gestor não permite a autonomia sobre sua própria agenda. Uma forma que ele utiliza para burlar esse controle é inserir seu próprio nome, como se fosse um paciente aleatório, a fim de garantir que um paciente, em geral idoso, possa ter seu tempo de consulta expandido para o horário seguinte.

De fato, os médicos relatam a impossibilidade de tratar de forma absolutamente igual, com o mesmo tempo de consulta, as diferentes faixas etárias. O profissional acima citado explicou: "trabalhamos com a escuta qualificada, com os sujeitos e suas histórias de vida. É impossível, simplesmente, eu atender bem um idoso no mesmo tempo que atendo uma criança ou adulto. Isso não é PSF!". Mais uma vez, esse profissional enfatiza a inevitabilidade da singularidade, a impossibilidade da padronização do cuidado e da otimização do tempo do trabalho em saúde. Nesse sentido, a dimensão do tempo, enquanto critério de produtividade - quanto menos tempo gasto, mais pessoas atendidas - vai de encontro à proposta da PSF, que é de conhecer as famílias, suas histórias e seus dramas, construindo vínculos com elas.

O médico PSF também resiste criativamente, quando inventa outras formas de garantir o direito à saúde ao cidadão, fora dos esquemas pré-definidos por gerências alheias ao real do trabalho. Exemplos: eles abandonam seus consultórios e sobem os becos das vilas e favelas, para dar banho e pentear crianças, ensinando os cuidados básicos de higiene às mães e outros familiares; quando vão prestar apoio a populações desapropriadas de suas casas pela polícia; quando vão para áreas atingidas por inundações e enchentes; quando param para escutar a dor subjetiva; quando se vestem de palhaços nas salas de vacinas ocupadas por crianças vítimas de

violência; quando adentram as escolas para discutir a prevenção à gravidez na adolescência, com crianças e jovens; quando transformam objetos corriqueiros, como *clips*, em ferramentas para consertar os teclados de seus computadores, para dar conta do trabalho, apesar da precariedade de seus equipamentos e instrumentos; quando mobilizam um coletivo de trabalhadores da saúde para o cuidado, seja da população ou deles próprios.

Outra forma de resistência utilizada pelos médicos é a construção permanente de um discurso contra-hegemônico, tentando mostrar que o SUS é um dispositivo público eficiente e de qualidade, equânime, integral e universal, que se propõe a estar entre os melhores do mundo, e não um SUS "para os pobres", sem as mesmas qualificações que o sistema privado de saúde. Os trabalhadores insistem, assim, em construir vias de reconhecimento, na relação diária com o outro, seja ele colega, paciente ou gestor. Com efeito, muitas vezes, a própria categoria tende a desqualificar o trabalho do colega que atua no SUS, com o discurso de que, no Brasil, o que é público não tem valor. Esta representação negativa do SUS é partilhada mesmo entre camadas da população que, muito frequentemente, também adere à sua desvalorização. Ora, sabemos bem que essa campanha de desvalorização atende justamente aos poderes econômicos e políticos ligados às grandes empresas de planos de saúde, bem como às clínicas, hospitais e consultórios privados.

Uma médica que atende, há alguns anos, em uma área de elevado risco de vulnerabilidade social, relata que, na sua história com a comunidade, presenciou muitas situações imprevistas que testemunham a realidade precária e violenta vivenciada pelos moradores. Em visitas domiciliares a pacientes

acamados, ela relata que, mais de uma vez, teve que se esconder em casas desconhecidas para abrigar-se de tiroteios repentinos entre facções rivais, ou entre integrantes do tráfico e a polícia. Refletindo sobre sua forma de resistir, ela revela que encontra forças que mobilizam sua capacidade de reinvenção, no cotidiano de trabalho, a partir da resistência de seus pacientes. Imersos em situações de desamparo social e de permanentes riscos psicossociais, as famílias das quais ela cuida, há 12 anos, encontram formas de resistir e reinventar a vida como alternativa para a própria sobrevivência.

Dessa forma, onde falta recurso financeiro e investimento político, emergem focos de resistência, talvez como os pontos múltiplos mencionados por Foucault (1988;1995), pontos esses gerados no viver junto, nas negociações intersubjetivas e agenciadoras de um pensamento crítico. Abrem-se aí, então, vias possíveis do inédito, de reinvenção, sustentados por laços e intercâmbios entre atividade e afetos.

Considerações finais

Os riscos psicossociais se manifestam nas organizações do trabalho, através, entre outros fatores, de uma precariedade multifacetada, da falta de condições favoráveis ao exercício da atividade, além da ausência de reconhecimento do trabalhador. Acrescentemos ainda o contexto social, político e econômico, regido pelas leis do mercado, cujos impactos favorecem o agravamento desses riscos. Sobre esse aspecto, Lhuillier (2010, p. 22), lembra a ideologização da análise dos problemas de saúde no trabalho (stress, sofrimento, LER/DORT, depressões, suicídios, patologias pós-traumáticas, etc.),

que escamoteia as lógicas macrosociais e busca nos indivíduos “frágeis” as “predisposições ao risco”, deixando de lado tanto a análise do contexto político-econômico quanto a própria organização do trabalho e a atividade em si.

No entanto, se os riscos psicossociais podem levar ao sofrimento e ao adoecimento, por outro lado, podem também aguçar a resistência, a criatividade e a autonomia, levando o trabalhador a desenvolver formas de mudar a realidade, apontando outras alternativas de ação, produtoras de saúde.

Em nossa pesquisa com médicos de PSF, ficou evidente que os movimentos de resistência se batem contra os fatores que levam à precarização do trabalho e à cultura do individualismo, característica da racionalidade gerencial do neoliberalismo. Movidos pela perspectiva do cuidado, dos gestos clínicos agenciadores de ação política emancipatória e humanitária, os médicos resistem às pressões que visam negar ou boicotar os princípios e diretrizes do SUS. Resistem à perda de sentido do trabalho e ao esvaziamento dos valores que o sustentam. Resistem à pura adaptação a um contexto no qual o trabalhador seria mero figurante, destituído de seu lugar de protagonista.

Identificamos, pois, a importância, entre os profissionais entrevistados, da conquista de alguma autonomia sobre seu processo de trabalho, sobre as escolhas das melhores formas de fazer o que deve ser feito, como resultado da resistência às instâncias de poder que tendem a amputar seu poder de ação.

Por se tratar de um trabalho caracterizado essencialmente pelo “encontro de gente”, que convoca o operador do cuidado a uma constante interação com o outro, a um saber-fazer que envolve tecnologias, responsabilização e produção de vínculos sociais sólidos e solidários, resiste-se à fragmentação e à solidão do ato clínico. Cuidar, assim como promover saúde, remete ao desenvolvimento de articulações que fazem com que o trabalho aconteça de forma coletiva, através da troca de saberes acadêmicos e saberes da experiência. Aí ocorre, então, um encontro não apenas técnico, mas subjetivo e histórico, no sentido de que cada ação presente convoca a história que os trabalhadores da saúde, identificados com o projeto do SUS, se propõem a construir.

Referências

- Antunes, R. (2010). *Adeus ao trabalho?* - ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade no mundo do trabalho. São Paulo: Cortez.
- Arouca, S. (2003, setembro). Entrevista Sérgio Arouca [Entrevista concedida à revista Radis, da Fundação Oswaldo Cruz]. *Trabalho, Educação e Saúde* 1 (2), Retrieved in 06, 20, 2016, from <http://dx.doi.org/10.1590/S1981-77462003000200010>
- Bampi, L. (2002). Governo, subjetivação e resistência em Foucault. *Educação & Realidade*. 27(1), 127-150.
- Brasil (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica/Ministério da Saúde*, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.
- Bravo, M. I. S. (2006). Política de saúde no Brasil. In Mota, A. E. et al. *Serviço Social e Saúde: formação e trabalho profissional*. São Paulo: OPAS: OMS: Ministério da Saúde.
- Campos, G. W. S. (2007). O SUS entre a tradição dos Sistemas Nacionais e o modo liberal-privado para organizar o cuidado à saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12 (sup), 1865-1874. doi.org/10.1590/S1413-81232007000700009
- Canguilhem, G. (2007). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense.
- Cohn, A. (2016, 11 de junho). A ofensiva raivosa no desmonte do SUS. *Plataforma Política Social*, Retrieved in 06, 28, 2016 from <http://plataformapoliticasocial.com.br/artigo-15-a-ofensiva-raivosa-no-desmonte-do-sus/>
- Dejours, C. (2008). Addendum. In: Lancman, S. & Sznalwar, L.I. (Ed.). *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. (49-106). Rio de Janeiro, R.J.: Fiocruz. Efron, D. & Schwartz, Y. (2009). Résistances, transgressions et transformations : l'impossible invivable dans les situations de travail. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 7, 33-48. doi: 10.3917/nrp.007.0033
- Farias, L. (2016a, 21 de fevereiro). Raio-x da saúde suplementar. *Le Monde Diplomatique*, Retrieved in 02, 26, 2016, from <http://www.diplomatique.org.br/acervo.php?id=3181>
- Farias, L. (2016b, 11 de agosto). Indústria da doença, lucro vertiginoso. *Le Monde Diplomatique*, Retrieved in 09, 19, 2016, from <http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=2123>
- Fekete, M. C. (2000). A qualidade na prestação do cuidado em saúde. *Brasil. Ministério da Saúde. Organização do cuidado a partir do problema: uma alternativa metodológica para atuação da equipe de saúde da família*. Brasília: OPAS, 51-7, Retrieved in 04, 22, 2016, from <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1950.pdf>

- Ferreira Neto, J. L. & Araújo, J. N. G. (2014). Gestão e subjetividade no SUS: o enfrentamento de impasses em tempos neoliberais. *Psicologia & Sociedade*, 26 (3), 675-684. doi: 10.1590/S0102-71822014000300016)
- Fleury, L. (2009) Affects et résistance: le cas « Wiesler » dans La vie des autres. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 7, 49-70. doi : 10.3917/nrp.007.0049
- Foucault, M. (1988). *História da sexualidade I: a vontade de saber*. Rio de Janeiro: Ed Graal.
- Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In Rabinow, P. & Dreyfus, H. *Michel Foucault: uma trajetória filosófica para além do estruturalismo e da hermenêutica*, (pp. 231-249). Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Gaulejac, V. (2007). *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. Aparecida, S.P.: Ideias & Letras.
- Gaulejac, V. (2009). Gestion de crise ou crise de la gestion? *Les cahiers psychologie politique*[online], 14, Retrieved in 04, 19, 2016, from <http://lodel.irevues.inist.fr/cahierspsychologiepolitique/index.php?id=329>
- Gaulejac, V. (2011). A NGP: a Nova Gestão Paradoxal. In P. Bendassolli & L. Soboll (Orgs). *Clínicas do Trabalho: novas perspectivas para compreensão do trabalho na atualidade*. (84-98). São Paulo: Atlas.
- Lhuilier, D. & Roche, P. (2009). Introduction. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 7, 7-18. doi : 10.3917/nrp.007.0007
- Lhuilier D. (2010). Les «risques psychosociaux»: entre rémanence et méconnaissance. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 10, 11-28. doi: 10.3917/nrp.010.0011
- Lhuilier D. (2015). Puissance normative et créative de la vulnérabilité. *Éducation Permanente*, 202, 101-116.
- Maciel Jr. A. (2013). *Resistência e prática de si em Foucault*. Retrieved in 05, 07, 2016 from <http://www.uva.br/trivium/edicoes/edicao-i-ano-vi/artigos-tematicos/artigo-tematico-1.pdf>
- Menicucci, T. M. G. (maio-agosto, 2006). Implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. *Saúde e Sociedade*, 15 (2), 72-87.
- Merhy, E. E. (2004). O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde. *Ver-SUS Brasil: caderno de textos*, 108-137. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde.
- Neffa, J. C. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo: contribución a su estudio*. Buenos Aires: Universidad Metropolitana para la Educación y el Trabajo. Centro de Innovación para los Trabajadores. Libro digital, PDF
- Paim, J. S. (2016, 21 de fevereiro). Seguridade Social, financiamento e crise do Sistema Único de Saúde. *Plataforma Política Social*. Retrieved in 05, 19, 2016 from <http://plataformapoliticasocial.com.br/seguridade-social-financiamento-e-crise-do-sistema-unico-de-saude-sus/>
- Proust, F. (1997). *De la résistance*. Paris: Éditions du Cerf.
- Proust F. (2000). Introduction to De La résistance. *Hypatia*, 15 (4), 18-22. doi: 10.2979/HYP.2000.15.4.18
- Védrine, C. (2009). De la résistance désacralisante à la résistance à la désacralisation: le cas des ouvriers Michelin à Clermont-Ferrand. *Nouvelle Revue de Psychosociologie*, 7, 101-118. doi: 10.3917/nrp.007.0101
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago Editora Ltda.

Recebido em 21.08.2016

Primeira decisão editorial em 25.09.2016

Aceito em 25.09.2016