

RESUMO

O artigo recupera alguns autores clássicos enfocando o tema do trabalho, sua importância na vida do homem, a sua intencionalidade e a sua criatividade. A seguir faz uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde e a intervenção na sua micropolítica buscando um novo fazer em saúde, em defesa da vida.

Palavras Chave: Saúde Coletiva; Trabalho – Tendências

O artigo a seguir procura fazer uma reflexão sobre o processo de trabalho em saúde e a importância de intervir na micropolítica buscando um novo fazer em saúde. Visando uma melhor compreensão recuperaremos alguns conceitos de autores clássicos visando a introdução do tema.

O trabalho ocupa lugar central em qualquer sociedade. Para Marx ⁽¹⁾: "o trabalho é um processo consciente por meio do qual o homem se apropria da natureza para transformar seus materiais em elementos úteis para sua vida." (...) No trabalho interagem, segundo Marx, o homem e a natureza, e o homem "com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza".

O que importa no trabalho humano não é a semelhança com os outros animais, mas as diferenças essenciais que o distinguem como diametralmente oposto, ou seja, a sua

intencionalidade, a sua capacidade criativa. Ainda, segundo Marx ⁽¹⁾:

"uma aranha desempenha operações que se parecem com a de um tecelão, e a abelha envergonha muitos arquitetos na construção de seu cortiço. Mas o que distingue o pior arquiteto da melhor das abelhas é o que o arquiteto figura na mente sua construção antes de transformá-la em realidade. No fim do processo de trabalho aparece um resultado que já existia antes idealmente na imaginação do trabalhador. Ele não transforma apenas o material sobre o qual opera, ele imprime ao material o projeto que tinha conscientemente em mira, o qual constitui a lei determinante do seu modo de operar e ao qual tem que subordinar sua vontade".

Duas idéias delimitam ainda o conceito do trabalho humano, que são a energia e a transformação. Algo que havia antes se transforma em outro algo, através da aplicação de energia ⁽²⁾. Esse processo de transformação do objeto de trabalho (que contém as potencialidades do produto) em um

* Médica, Doutora em Saúde Coletiva (Administração e Planejamento), Professora Adjunta da Escola de Enfermagem/UFMG.

** Médico, Doutor em Saúde Pública, Professor Livre Docente do Departamento de Medicina Preventiva e Social da FCM/UNICAMP.

Endereço para correspondência:
Escola de Enfermagem da UFMG
Av. Alfredo Balena, 190 5º andar - Santa Efigênia
30130-100 - Belo Horizonte - Minas Gerais
E-mail: deborah@enf.ufmg.br

dado produto, é mediado por um gasto de energia necessária à sua transformação ⁽³⁾.

Os elementos componentes do processo de trabalho, de acordo com Marx ⁽¹⁾, são: a atividade adequada a um fim, isto é o próprio trabalho; a matéria a que se aplica o trabalho, o objeto de trabalho e os meios de trabalho, o instrumental de trabalho. Segundo Marx ⁽¹⁾, "o meio de trabalho é uma coisa ou um complexo de coisas que o trabalhador insere entre si mesmo e o objeto de trabalho e lhe serve para dirigir sua atividade sobre esse objeto."

No trabalho em saúde, estes instrumentos correspondem às forma materiais e não materiais que possibilitam a apreensão do objeto e constituem os saberes específicos (epidemiológico, clínica, educação em saúde, dentre outros), insumos, técnicas de ação (medidas de profilaxia, planejamento, avaliação e controle), equipamentos (radioimagem, laboratórios) e toda a tecnologia disponível, voltada para o atendimentos das necessidades em saúde ⁽³⁾:

O processo de trabalho em saúde difere do consumo de serviços em geral basicamente porque, no setor saúde, o usuário não se porta como um consumidor comum diante da mercadoria; pois está desprovido de conhecimentos técnicos e não detém informações necessárias para a tomada de decisão sobre o que irá consumir. Outras especificidades se colocam no processo de trabalho em saúde, com a sua finalidade, ou seja, a ação terapêutica, de cuidado, tendo como objeto o indivíduo ou grupos, doentes sadios ou expostos a riscos; os meios de trabalho correspondem aos saberes, instrumentos e como produto final a própria ação de assistência à saúde, produzida e consumida concomitante ^(4,5).

Por outro lado, o processo compartilha características comuns com outros setores da economia, por estar marcado por uma direcionalidade técnica e envolver o uso de instrumentos e força de trabalho. Em relação à incorporação tecnológica, tem ocorrido outro diferencial no setor saúde, que é a incorporação de tecnologia avançada sem a redução dos postos de trabalho, diferentemente dos demais setores da economia ⁽⁶⁾.

Outra particularidade do trabalho em saúde é que a direcionalidade técnica tem natureza coletiva. Trata-se de um processo que envolve a atuação de um conjunto de categorias e indivíduos que compartilham recursos técnicos e cognitivos, portanto a produção depende do trabalho coletivo. Cabe ressaltar a centralidade do trabalho médico, sua prática é o núcleo do qual derivam outros trabalhos. Garantir a articulação dos diversos profissionais na prestação da assistência é um grande desafio ao se repensar o processo de trabalho em saúde ⁽⁴⁾.

Outras características do trabalho em saúde estão diretamente ligadas à fragmentação dos atos, e à alienação do

trabalhador no que se refere ao processo de trabalho e seus resultados ⁽⁶⁾.

O trabalho em saúde constitui-se em ação complexa, envolvendo articulação de diferentes processos, no qual cada profissional com sua ação parcelar possui objeto próprio, saberes e instrumentos específicos ⁽⁵⁾.

As diferentes forma de organização do trabalho, uma breve revisão

Ao analisar o processo de trabalho é preciso avaliar a forma de organização da sociedade, as relações humanas, os determinantes econômicos. Braverman ⁽⁷⁾, discute que a divisão social do trabalho existe desde que o homem começou a viver em sociedades. Já nas sociedades primitivas ocorria essa divisão. "A divisão social do trabalho é aparentemente inerente característica do ser humano", seria então a divisão do trabalho em ofícios inerente ao ser humano. A divisão social do trabalho divide a sociedade entre ocupações, cada qual apropriada a certo ramo de produção.

Com o surgimento da manufatura e da indústria ocorreu outro fenômeno, ou, o parcelamento do trabalho, a divisão manufatureira do trabalho. O produto para ser produzido passou a ser decomposto em numerosas operações executadas por diferentes trabalhadores, assim temos a *divisão técnica do trabalho*. Segundo Braverman ⁽⁷⁾ a *divisão social do trabalho subdivide a sociedade, a divisão parcelada do trabalho subdivide o homem*"

Segundo Braverman ⁽⁷⁾ a *gerência científica, significa um empenho no sentido de aplicar os métodos da ciência aos problemas complexos e crescentes do controle do trabalho nas empresas capitalistas em rápida expansão*. Economistas clássicos debruçaram-se sobre os problemas da organização do trabalho no seio das relações capitalistas de produção. Frederick Taylor destacou-se no fim século XIX, por sistematizar princípios que modelaram as empresas capitalistas modernas. Taylor ocupava-se dos fundamentos da organização do processo de trabalho e do controle sobre eles. Através de estudos pormenorizados de tempos e movimentos exercidos pelos operários para executarem as tarefas necessárias à produção, concluiu que era necessário separar o processo de planejamento da execução, transferindo o pensar para o administrador e, parcelando, fragmentando em etapas, o trabalho operário, retirando-lhe o conhecimento global do processo produtivo. Através desses princípios Taylor imprimiu ao trabalho rapidez, maior produtividade e maior extração de mais valia, resultando em alienação dos trabalhadores ⁽⁷⁾.

Dando segmento a esta estruturação do trabalho, Ford, criou a "esteira rolante" em 1914. Através da esteira eram transportados os carros, na medida que passavam, com paradas periódicas os homens iam executando operações

simples. Esse modelo resultou na mudança da organização do trabalho, no aceleração da produção, no controle da gerência em todas as etapas do trabalho e no achatamento do salário dos operários. O modelo fordista foi incorporado em larga escala pela indústria automobilística e pela indústria em geral ^(7,8,9).

O trabalho parcelar e fragmentado reduz a ação operária a um conjunto repetitivo de atividades, que é chamado por Antunes⁽⁸⁾ de "desantroporização do trabalho", onde o homem passa a ser apenas o apêndice de uma máquina ferramenta, que garante ao capital maior extração do sobretrabalho.

Esse modelo de produção taylorismo/fordismo foi hegemônico durante quase todo o século XX, sendo somente entre o final dos anos 60 e início dos anos 70 que esse padrão produtivo, começou a dar sinais de esgotamento^(8,9).

A crise recessiva capitalista dos anos 70 força uma nova reestruturação produtiva do capitalismo, objetivando a redução de custos, aumento da produtividade e da taxa de lucros. O novo modelo que se estrutura opera uma nova forma de gestão da empresa e abre para processos de subjetivação dos trabalhadores. O novo modelo, chamado de Toytismo ou Ohnismo (por ter sido idealizado por Taichi Ohno) se inspira nas mudanças do processo de trabalho desenvolvidas na Toyota, no Japão pós guerra e que rapidamente se propagaram pelo país e outras partes dos planetas. As principais características desse novo modelo seriam: produção visando atender um mercado consumidor mais exigente, portanto mais individualizado, diferenciando-se da produção em série do taylorismo/fordismo; fundamenta-se no trabalho em equipe, com multivariada de funções, rompendo o caráter parcelar típico do fordismo; processo produtivo mais flexível, permitindo ao operário operar várias máquinas; melhor aproveitamento da produção, princípio *just in time*, reposição rápida de peças e estoques; estrutura das empresas horizontalizada, reduzindo gerências intermediárias; organização de círculos de controle de qualidade, onde grupos de trabalhadores são estimulados a discutir seu desempenho e estímulos. Além disso, o toyotismo adotou o emprego vitalício^(8,9).

Franco⁽⁹⁾ destaca a importância do toyotismo na ênfase no trabalho coletivo como um dos pilares de reorganização do processo de trabalho, associado à valorização do conhecimento múltiplo, em contraste ao conhecimento parcelar do fordismo. Nesse modelo o trabalho vivo sofre uma captura menor do que no modelo taylorismo/fordismo, ele se impõe para atender ao novo formato do mercado consumidor. Paradoxalmente a este processo, houve uma maciça incorporação de novas tecnologias, uma grande substituição de trabalho vivo por trabalho morto nos processos produtivos, além disso manteve-se o objetivo de aumentar o ritmo de trabalho e a conseqüente produtividade.

Esses pressupostos foram amplamente praticados e difundidos na formulação da Administração capitalista, e resultaram em outras variantes como os Círculos de Controle de

Qualidade CCQ, na CTQ - *Total Quality Control*, no Gerenciamento de Diretrizes e a Administração por objetivos. Todas essas propostas avançaram no sentido de repensar a administração capitalista, seja por estimular a participação, a criatividade, estimular a adoção da visão estratégica da alta direção, a participação nos lucros, controle do processo, a cogestão (como determinação do capital-trabalho, ou gestão partilhada entre atores distintos) e autogestão (gestão dos envolvidos) ⁽¹⁰⁾.

Existem divergências quanto à aplicação dos princípios da Teoria Geral da Administração no setor público. Autores como Paulo Roberto Mota, citado por Cecílio ⁽¹⁰⁾, discutem que os mesmos não se aplicariam ao setor público, pelo fato de não se pautar pela estratégia de crescimento baseada na competição, não ser administrado pelos critérios de mercado, e pelo processo decisório não se basear na mesma racionalidade das empresas privadas, autonomia, competitividade.

Max Weber discute ainda o modelo burocrático adotado nas organizações públicas, legitimando o tratamento frio e impessoal, o apego às regras e a inflexibilidade, o autoritarismo, a resistência às mudanças ⁽¹¹⁾.

Já outros autores defendem a modernização do setor público que passaria pela maior democratização, criação de condições efetivas na participação dos trabalhadores e da população no processo decisório, a descentralização, à introdução de mecanismos de planejamento, da análise institucional e da mudança do processo de trabalho em saúde. O Planejamento pensado a partir da racionalidade comunicativa do agir comunicativo de Habermas é uma abordagem que vai de encontro à busca da adesão dos trabalhadores e dos usuários ao projeto da Reforma Sanitária, repensando a administração pública e introduzindo novos elementos na sua gestão cotidiana ⁽¹⁰⁾. O modelo burocrático tem que ser superado repensando os "recursos humanos" das organizações públicas, seja pela participação, democratização da gerência, do processo decisório, incluindo os trabalhadores como sujeito na formulação de diretrizes, indivíduos antes considerados objetos da ação gerencial ^(10,12,13).

A micropolítica do trabalho em saúde

A discussão sobre processo de trabalho em saúde, se se pretende operar mudanças no modo de trabalhar na área, passa necessariamente pela abordagem dos aspectos da micropolítica do trabalho em saúde, visando publicizar o espaço e buscar novos sentidos e formatos.

Vale ressaltar dois conceitos importantes: "trabalho vivo" - refere-se ao trabalho em ato, o trabalho criador; o "trabalho morto" - refere-se a todos os produtos-meios (ferramentas, matérias primas) que são resultados de um

trabalho humano anterior e o homem os utiliza para realizar um dado trabalho.

Quando o "trabalho vivo" é capturado, de tal forma que o homem não consegue exercer nenhuma ação de forma autônoma, ele se torna "trabalho morto". Isto ocorre, por exemplo, numa linha de montagem, onde o capitalista controla a tal ponto o autogoverno do trabalhador, que estrutura o trabalho, definindo previamente todas as características do produto final. Assim, o trabalho vivo é capturado e domesticado) ⁽¹³⁾.

Existem claras diferenciações no trabalho em saúde, no que se refere à autonomia do "trabalho vivo", que é bem ampla se comparada com outros setores da economia. Um operário numa fábrica tem o seu processo de autonomia controlado, pois previamente se decide o produto do seu trabalho. Já no setor saúde, mesmo que o "trabalho vivo" seja "capturado" pelas tecnologias mais estruturadas, descritas anteriormente (duras e leve-duras), ou se estiver também submetido ao controle empresarial, no encontro entre o usuário e o consumidor dá-se o "espaço intercessor" com possibilidades de mudanças, de atos criativos. É extremamente difícil capturar o trabalho vivo em ato na saúde. Este espaço é sempre conflituoso, existindo diversas possibilidades de desdobramentos) ^(13,14,15).

Segundo Merhy ⁽¹⁴⁾, no encontro de sujeitos criam-se espaços de relações, ocorrem interseções entre os dois, ou seja, este encontro não é uma simples somatória de um com um outro, mas sim o resultado de um processo singular pelo encontro dos dois em um único momento. Assim também, no encontro do trabalhador de saúde com o usuário, estabelece-se entre eles um espaço intercessor que sempre ocorrerá em seus encontros e em ato. Este momento, o da produção e consumo dos atos de saúde, é um momento especial, portador de forças "instituintes". Nos modelos de assistência predominantes hoje, nas relações produzidas nos serviços de saúde, os espaços intercessores são preenchidos pela "voz" do trabalhador e pela "mudez" do usuário. Esta relação em saúde deveria ser não desta forma, "objetal", mas do tipo "interseção-parilhada", ou seja, onde aconteçam interações. Assim, se ela ocorrer baseada na "mudez" e no "autoritarismo", haverá perda quanto ao mútuo processo instituinte.

Neste encontro, o "agente produtor" porta conhecimentos, equipamentos, tecnologias, enquanto o "agente consumidor" expressa também seus conhecimentos e representações. Estes agentes são ambos portadores de necessidades que, por sua vez, são definidas em processos sociais e históricos. Todo o processo de trabalho é atravessado por lógicas diferentes, que se apresentam como necessidades em disputa, como forças instituintes nas suas instituições. A presença de uma linha de força médico-hegemônica, que se coloque positivamente, atua como instituinte no processo de trabalho em ato. A outra linha

de força, a do usuário, também atua de forma instituinte na busca de sua "autonomia". O espaço intercessor é o lugar que revela estas disputas das distintas forças instituintes; entretanto um dado processo instituído pode capturar ou ser invadido por estas forças. Mesmo que o processo instituído abafe este movimento, as forças instituintes estarão sempre gerando ruídos em seu interior ^(14, 15).

Outra noção na micropolítica do trabalho em saúde é a do "ruído". Este conceito parte da idéia de que, cotidianamente, ocorrem processos silenciosos nas relações entre os agentes institucionais até o momento em que esta lógica funcional é rompida. A ruptura desta lógica normalmente é entendida como uma disfunção, um desvio do normal, estes "ruídos", entretanto, devem ser percebidos como processos instituintes que abrem possibilidades de interrogação sobre o modo instituído e mostram distintos modos de caminhar. Cumpre conseguir captar e entender estes ruídos ^(14, 15).

Os movimentos instituintes operam como movimentos de mudanças, ensaiando "rupturas" com as "capturas" do trabalho vivo. Entretanto, este movimento tem aparecido em momentos sociais bem especiais, quando ocorre a aparição de "atores sociais" novos e organizados com capacidade de confrontação com o processo instituído ^(14, 15).

Uma intervenção institucional que vise provocar mudanças no processo de trabalho em saúde é sempre complexa. Quando analisamos um Centro de Saúde, o conjunto de autogovernos em operação e o jogo de interesses organizados como forças sociais tornam a situação altamente complexa. Assim, num processo de mudança, não basta possuir uma receita para a ação, deve-se dispor, além de várias e novas ações instrumentais, de capacidade de problematizar cabeças e interesses, sempre questionando situações que podem gerar processo de liberação do trabalho vivo, enfim das forças instituintes e criadoras. O processo de trabalho em sua micropolítica encontra-se num cenário de disputa entre forças instituídas, fixadas pelo trabalho morto, e outras que operam no trabalho vivo em ato, que se encontram nos processos imaginários e desejanter. Esta criatividade permanente do trabalhador em ação deve ser explorada na dimensão pública e coletiva para que sejam reinventados novos processos de trabalho, ou mesmo para abri-los em novas dimensões não pensadas. Atuar nestes processos significa buscar novas possibilidades, isto se torna possível na medida em que a escuta dos ruídos do cotidiano ocorre. Assim possibilita abrir linhas de fuga do instituído. Caberia ao gestor desenvolver a capacidade de "escutar" estes ruídos, construindo um processo de busca de entendimento, possibilitando a invenção de novas missões institucionais e novos sentidos para o processo de trabalho ^(14, 15).

Outra questão a ser discutida no processo de trabalho em saúde é a produção da alienação. A organização parcelar do

trabalho, a fixação do profissional em determinada etapa de um certo projeto terapêutico e a repetição mecânica de atos parcelares produzem alienação. Segundo Campos ⁽¹⁶⁾, se o trabalhador não se sente sujeito ativo no processo de reabilitação, ele perderá contato com elementos que potencialmente estimulam sua criatividade, não se responsabilizando pelo objetivo final da sua intervenção. Para reverter este quadro, deve-se aproximar o trabalhador do resultado do seu trabalho, valorizar o seu orgulho profissional pelo esforço singular de cada caso. É fundamental abrir espaço para a liberdade criadora, para a autonomia profissional, bem como para a reinvenção de novas maneiras cotidianas de operar a instituição ou o seu local de trabalho.

Para assegurar a qualidade em saúde, faz-se necessário combinar a autonomia profissional com certo grau de definição de responsabilidade dos trabalhadores com os usuários, assim como o estabelecimento de um pacto em torno de um projeto coletivo. A recuperação da prática clínica assentada no "vínculo", ou responsabilização com o usuário, é a forma de combinar autonomia e responsabilidade profissional.

A crescente especialização dos médicos e demais profissionais da saúde vem diminuindo a capacidade de resolver os problemas e aumentando a alienação desses profissionais em relação ao resultado e à prática. Uma vez que cada especialista se encarrega de uma parte da intervenção, em tese ninguém pode ser responsabilizado pelo resultado do tratamento. Este modelo se aplica também no cotidiano da Saúde Pública. Com isto tem ocorrido uma progressiva perda da eficácia das práticas clínicas, diminuindo a capacidade de cada profissional resolver problemas. As áreas básicas tendem a funcionar cada vez mais como "triadoras", avaliando riscos e encaminhando para outros. Isto implica mais e mais especialistas envolvidos, mais apoio diagnóstico, maior custo e maior imposição de sofrimento e restrições aos pacientes. As "receitas" para este problema têm sido a retomada dos generalistas e a constituição das equipes multiprofissionais, como se as equipes compensassem a desresponsabilização e a fragmentação que a especialização excessiva tem criado e legitimado ⁽¹⁷⁾.

Segundo Campos ⁽¹⁷⁾, é necessário construir caminhos para sair das polaridades representadas de um lado, pela especialização excessiva, geradora de verticalidade na organização dos processos de trabalho em saúde com profundo desentrosamento das equipes; de outro, por uma completa horizontalização, igualando-se artificialmente todos os profissionais sem se ater às especificidades de cada profissão. Haveria que se combinar graus de polivalência com certo nível necessário e inevitável de especialização.

Entram aí dois conceitos fundamentais: "núcleo" e "campo" de competência e responsabilidade. Por "núcleo" entende-se o conjunto de saberes e responsabilidades específicos a cada profissão ou especialidade. Marca assim os elementos de singularidade que definem cada profissional ou especialista,

conhecimentos e ações de competência de cada profissional ou especialidade. Por "campo" entende-se saberes, competências e responsabilidades confluentes as várias profissões ou especialidades. Através do trabalho em equipe, o "campo de competência" tende a se alargar, através das trocas de saberes. Assim preserva-se maior autonomia profissional e das equipes. Preserva-se o exercício de "núcleos" específicos, próprios da intervenção de cada profissional, além de alargar os "campos" comuns, melhorando a qualidade da assistência, permitindo respostas mais abrangentes por parte dos profissionais.

Além disto, cabe definir a responsabilidade nominal de cada profissional, por cada caso, não se diluindo a responsabilidade pela equipe, operacionalizando-se assim o conceito de vínculo, através da adscrição individual da clientela ⁽¹⁷⁾.

Desta forma o processo de trabalho, enquanto micropolítica, pode ser o lugar estratégico da mudança, pautando-se não pelo modelo médico-hegemônico, mas pela ética do compromisso com a vida, com uma postura acolhedora, estabelecendo vínculos, buscando a resolutividade e a criação de autonomia dos usuários.

Novas perspectivas do trabalho em saúde

A reorganização do processo de trabalho passa pela qualificação da força trabalho dos profissionais, integração dos profissionais na assistência, resgatando o sentido do trabalho multiprofissional e qualificando o produto final ofertado.

Outro passo fundamental consiste na ampliação de espaços democráticos de discussão e de decisão, visando ampliar os espaços de escuta, de trocas e decisões coletivas. Dessa forma investe-se na "criação do sujeito coletivo", que representa uma força impulsionadora que critica as forças paralisantes da instituição, mobiliza as forças instituintes que tendem a transformar as instituições, desencadeando um intenso movimento de forças criativas, mobilizando energias e propostas inovadoras ⁽¹⁸⁾. Esse movimento visa criar novos formatos do trabalho em saúde, que devem se pautar pela necessidade de responder ao sofrimento dos usuários, buscando articular novas forma de prestação de assistência que possa lhes dar proteção ou resolução dos seus problemas. Certamente isso implica em implantar serviços acolhedores, que possam se organizar para responder os problemas dos usuários.

Para que os modelos de assistência possam romper essa situação devem se referenciar nos pressupostos de garantia do acesso e acolhimento aos usuários, responsabilização/ vínculo, integralidade na assistência, democratização (participação de trabalhadores e usuários na gestão), gestão pública e adequação à realidade local.

Ao formular uma proposta de modelo assistencial para o SUS deve-se buscar respostas para o enfrentamento dos atuais problemas de saúde e que também dêem conta dos problemas

futuros, ou seja, do ponto de vista da transição demográfica e das evidências que apontam para uma sociedade com mais pessoas idosas e menos jovens. Nesse sentido Goulart⁽¹⁹⁾ aponta alguns aspectos que um modelo technoassistencial deveria conter: a) garantir a universalidade, a integralidade e a equidade; b) a atenção a grupos populacionais específicos (idosos, adolescentes e outros); c) atenção a doenças crônicas, tendo em vista os custos crescentes e a incorporação tecnológica; e d) metodologias e tecnologias de educação e promoção de hábitos e comportamentos saudáveis, entre outros.

Na continuidade de imprimir os desafios de construir um sistema de saúde universal, equânime e de qualidade, deve-se persistir na aposta de buscar alternativas diversas, referenciadas nesses princípios. Entendendo que a saúde é um território de práticas em permanente estruturação, onde é possível experimentar uma infinidade de fazeres, não existindo apenas um formato único possível. Por se representar um território tenso e aberto, sempre podem emergir novos processos instituintes que podem ser a chave para a permanente reforma do próprio campo de práticas, o que constitui em si desafios constantes para qualquer paradigma a ser adotado.

Summary

This article examines the subject of "work" from the perspective of renowned authors. It focuses on the importance of work for human life, its purpose and its capacity to generate creativity. The article also elaborates on the dynamics of work in public health (the reach into the micro-politics of the Public Health sector) and on the search for a new approach that prioritizes the care and defense of life.

Key-words: *Collective Health; Work – Tendencias*

Resumen

El presente artículo recupera la visión de algunos autores clásicos que enfocan el tema del trabajo, su intención y su creatividad. Después reflexiona sobre el proceso de trabajo en salud y su intervención en la micropolítica buscando un nuevo hacer en salud en defensa de la vida.

Palabras clave: *Salud Colectiva; Trabajo – Tendencias*

Referências bibliográficas

- Marx K. O Capital, crítica da economia política. Livro 1, volumes I e II. São Paulo: Bertrand Brasil/DIFEL, 1987.
- Gonçalves RBM Tecnologia e organização social das práticas de saúde. Características tecnológicas de processo de trabalho na rede estadual de centros de saúde de São Paulo. São Paulo: HUCITEC/ ABRASCO, 1994.
- Michima SM, Villa TCS, Silva EM et al. A organização do processo gerencial no trabalho em saúde pública. In Almeida MCP, Rocha SMM. (org.). O trabalho de enfermagem. São Paulo. Cortez, 1997.
- Malta DC. Buscando novas modelagens em saúde, as contribuições do Projeto Vida e Acolhimento para a mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. [Tese] Campinas: Faculdade de Ciências Médicas; 2001.
- Leite JCA. O trabalho da enfermeira na equipe de Saúde da Família em busca da interdisciplinariedade. [Dissertação] Belo Horizonte: Escola de Enfermagem da UFMG; 2001.
- Fekete MC. Sistema de incentivo como instrumentos de gestão do trabalho em saúde. (Tese). Londrina: Universidade Estadual de Londrina; 1999.
- Braverman H. Trabalho e capital monopolista. Rio de Janeiro: Guanabara; 1987.
- Antunes A. Adeus ao trabalho. São Paulo: Cortez/UNICAMP; 1999.
- Franco TB. Trabalho e transição tecnológica na saúde. Campinas: Unicamp; 2002. Mimeo.
- Cecílio LCO (Org). Inventando a mudança na saúde. São Paulo: HUCITEC; 1994.
- Aron R. As etapas do pensamento sociológico. São Paulo: Martins Fontes; 1999.
- Merhy EE. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar ao ruidos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio LCO et al. (Org) Inventando a mudança na Saúde. São Paulo: HUCITEC; 1994.
- Merhy EE. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: Merhy EE & Onocko R (Orgs). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; Buenos Aires: Lugar Editorial; 1997.
- Merhy EE. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre a micropolítica do trabalho vivo). In: Fleury S. (Org). Saúde e democracia, a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.
- Merhy EE. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec; 2002.
- Campos GW. Análise crítica das contribuições da saúde coletiva a organização das práticas de saúde no SUS. In: Fleury S. (Org). Saúde e democracia, a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.
- Campos GWS. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar a trabalho em equipes de Saúde. In: Merhy EE, Onocko R.(Orgs). Agir em saúde, um desafio para o público. São Paulo: HUCITEC; 1997.
- Baremlitt G. Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática. 3ª ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Ventos; 1996.
- Goulart FA. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. Inf Epidemiol SUS 1999 abr/jun; 18 (2):17-26.