

**PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO/DOUTORADO EM SERVIÇO SOCIAL**

FABIANE KONOWALUK SANTOS

Tese de Doutorado:

**A REINVENÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: A INTERVENÇÃO
TECNO-POLÍTICA NOS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO NO
CAMPO DA SAÚDE**

ORIENTADORA: Dra. JUSSARA MARIA ROSA MENDES

PORTO ALEGRE

2007

FABIANE KONOWALUK SANTOS

Tese de Doutorado:

**A REINVENÇÃO DO TRABALHO EM SAÚDE: A INTERVENÇÃO
TECNO-POLITICA NOS PROCESSOS DE SUBJETIVAÇÃO NO
CAMPO DA SAÚDE**

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Dra. JUSSARA MARIA ROSA MENDES (OR.)

Prof. Dr. ALVARO MERLO

Prof. Dr. DINARTE ALEXANDRE BALLESTER

Prof. Dr. FRANCISCO A. KERN

Prof. Dr. PEDRINHO GUARESCHI

PORTO ALEGRE

2007

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

S237r Santos, Fabiane Konowaluk

A reinvenção do trabalho em saúde : a intervenção tecno-política nos processos de subjetivação no campo da saúde / Fabiane Konowaluk Santos. — Porto Alegre, 2007.
147 f.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Serviço Social. Programa de Pós-Graduação Serviço Social. PUCRS, 2007.

Orientador: Dra. Jussara Maria Rosa Mendes

1. Trabalhadores - Saúde. 2. Trabalhadores - Condições Sociais.
3. Saúde Ocupacional. 4. Saúde – Trabalho. 5. Saúde Coletiva. I. Título.

CDD : 362.85

Bibliotecário Responsável

Ginamara Lima Jacques Pinto
CRB 10/1204

AGRADECIMENTOS

- ✓ Ao CNPq, pelo fomento destinado à construção desta pesquisa;
- ✓ A PUCRS, em especial a Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação que sempre esteve presente em sua colaboração e orientações;
- ✓ A Faculdade de Serviço Social: aos professores do PPGSS, aos funcionários, aos colegas em seus diversos momentos mo meu obrigada por me permitirem este convívio de ansiedades e vitórias;
- ✓ A Prof. Dra. Jussara Maria Rosa Mendes, orientadora de tese e parceira de incursões ao universo da pesquisa, verdadeira fonte de minha inspiração profissional;
- ✓ Ao Núcleo de Pesquisas em Saúde e Trabalho - Jussara, Dolores, Francisco, Maria Isabel, Alzira, Esalba, Jairo, Keli, Nildete, Rosa, Rosângela, Sandra, Vanderleia, Paola, Gabriela, Josiane, entre outros colegas que passaram e passei - obrigada pelos momentos de partilha;
- ✓ A minha família de origem: Manuel Aguinaldo, Aguinaldo Fabio e Paula, pelo amor incondicional. À minha nova família: Vera, Camila, Carol e Tiago: obrigada pela acolhida;
- ✓ Aos amigos do coração: Ana D´Amico, Andréia Mendes, Kelinês Gomes, Marta Kroth, parceria e amizade na mais pura forma de sentimento;
- ✓ Ao meu projeto paralelo de diversão: Letícia, Fabiana, Ianes e Luciano. Obrigada pelos momentos lúdicos de expressão do ócio criativo; em especial à Fabi, por ter trazido ao mundo o pequeno João Vicente, fonte de inspiração para a vida!
- ✓ A banca examinadora, meu agradecimento pela contribuição e excelência de avaliação desta tese.

**Artistas da Vida
(Gonzaguinha)
Vozes de um só coração
Igual no riso e no amor
Irmão no pranto e na dor
Na força da mesma velha emoção
Na força da mesma velha emoção
Nós vamos levando este barco
Buscando a tal da felicidade
Pois juntos estamos no palco
Pois juntos estamos no palco
Das ruas nas grandes cidades
Nós os milhões de palhaços
Nós os milhões de arlequins
Somos apenas pessoas
Somos gente, estrelas sem fim
Somos vozes de um só coração
Pedreiros, padeiros, Coristas, passistas,
Malabaristas da sorte
Todos, João ou José
Sim nós!
Esses grandes artistas da vida
Os equilibristas da fé
Pois é!
Sim nós,
Esses grandes artistas dessa vida!**

RESUMO

SANTOS, Fabiane Konowaluk. **A Reinvenção Do Trabalho Em Saúde: A Intervenção Tecno-Politica Nos Processos De Subjetivação No Campo Da Saúde.** [Tese] Porto Alegre, 2007. Programa de Pós-Graduação em Serviço Social [PUCRS].

O objeto de estudo baseia-se no uso das informações coletadas nas falas dos 98 trabalhadores da saúde entrevistados como forma de aprofundar questões apontadas pelo estudo-diagnóstico original intitulado Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Diagnóstico de saúde do distrito leste de Porto Alegre (2005). Como recorte do estudo maior, esta tese investigou o programa de atenção básica em saúde e sua relação com a garantia da integralidade da atenção tanto aos usuários quanto aos trabalhadores de saúde, averiguando a forma com que os trabalhadores da saúde percebem os serviços, além de verificar a relação entre o dia a dia do serviço e seu reflexo no trabalho em saúde. A metodologia utilizada foi focada na análise qualitativa, sob a orientação da metodologia crítica com ênfase na lógica dialética, foi possível compreender as informações sob a perspectiva histórica e a construção social dos fenômenos existentes, para que nós possamos agir conscientemente para transformação e satisfação de nossas necessidades. A análise revelou a tensão existente no dia-a-dia dos serviços resultantes do processo de trabalho em saúde e os diversos programas e modelos de gestão da área. Esta tensão é marcada pelo conflito existente entre componentes racionalizadores e humanizadores do processo de trabalho em saúde. Esta contradição é utilizada pelos trabalhadores muitas vezes como forma de queixas encobridoras das diversidades das demandas, em um processo de múltiplas reduções que acaba por resultar na negação do seu próprio processo de trabalho. A percepção do serviço como porta de entrada e acesso representa inúmeras fontes de sofrimento para os trabalhadores da saúde e, muitas das estratégias de defesa que poderiam amenizar esta impotência, acabam sendo mascaradas. Estas máscaras acabam por corroer outros espaços de potencialização dos sujeitos, como solidariedade, cooperação e cuidado com a vida. Ressalta-se também que as persistências de algumas estratégias de enfrentamento indicam ainda alguns graus de ilusão ou idealização do trabalho, que aliado à busca do conhecimento podem se tornar pontes para a transformação do cotidiano dos serviços de saúde e potencialização dos sujeitos.

Palavras-Chave: Saúde e Trabalho, Atenção Básica em Saúde, Processo de Trabalho em Saúde, Integralidade da Atenção, Saúde Coletiva e Gestão em Saúde.

ABSTRACT

The study object is based on the use of the information collected in speech of the 98 interviewed workers of the health as form to deepen questions pointed for the original study-diagnosis promoted by the Program of Incentive in the Curriculum Changes in the Courses of Medicine (PROMED) intitled "Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul". College of Medicine. Diagnosis of health of the east district of Porto Alegre (2005). As clipping of the biggest study, this thesis objectived to do research on the program of basic attention in health and their relation with the guarantee of the completeness of the attention to the users as than the health workers discovering the form with the workers of the health perceive the services besides to check the relation between the day-by-day of the service and the consequence in the work into health. The methodology was directed in the qualitative analysis, characterized as the detailed understanding of the meanings and specific characteristics presented by the interviewed ones, in place of the production of quantitative measures of characteristics or behaviors. Under the orientation of the critical methodology with emphasis in the logical dialectic, it was possible to understand the information under the historical perspective and the social construction of the existing phenomena, so that we can to act conscientiously for transformation and satisfaction of our necessities. The analysis revealed the existing tension in day-by-day of the resultant services of the process of work in health and the different programs and models of management of the area. This tension is marked by the existing conflict between rational component and humanitarian component of the process of work in health. Many times this contradiction is used by the workers as a form of the complaints that to conceal of the diversities of the demands, in a process of multiple reductions that finishes for resulting in the negation of their proper process of work. The perception of the service as door of entrance and access represents innumerable sources of suffering for the workers of the health and many of the defense strategies that could to reduce this impotence finish to being masked. These masks finish for corroding other spaces of capacity of the citizens, as solidarity, cooperation and care with the life. It's important to remember that the persistent of some strategies of confrontation still indicate some degrees of illusion or idealism of the work, that allied to the search of the knowledge can become bridges for the transformation of daily of the services of health and the capacity of the citizens.

Key Words: Basic attention in Health, Process of Work in Health, Completeness da Attention, Collective Health and Management in Health.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

INTRODUÇÃO.....	11
1 O MUNDO DO TRABALHO E A RELAÇÃO COM A SAÚDE PÚBLICA: A SAÚDE DO TRABALHADOR COMO INTEGRALIZADORA DA ATENÇÃO NA SAÚDE BÁSICA.....	22
1.1 O TRABALHO EM CENA: OS CAMINHOS DE UM CONCEITO.....	23
1.2 A SAÚDE E O SETOR PRIVADO.....	36
1.3 ATENÇÃO INTEGRAL NA SAÚDE PÚBLICA E SUAS INTERFACES COM A SAÚDE DO TRABALHADOR.....	39
1.4 DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE.....	53
2 O ACOLHIMENTO COMO PRÁXIS DE APROXIMAÇÃO ENTRE O USUÁRIO E O SERVIÇO.....	58
2.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: ACOLHENDO	

SUJEITOS.....	60
2.2 ENCONTROS E DESENCONTROS ENTRE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS: O DESAFIO DO TRABALHO EM SAÚDE.....	62
2.3 PELA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: A ESCUTA DO SUJEITO VERSUS COMPREENSÃO DA DOENÇA.....	71
3 O MÉTODO QUALITATIVO: A VALIDADE DA INVESTIGAÇÃO EM QUESTÃO.....	77
3.1 A PESQUISA QUALITATIVA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE	82
3.2 O CAMINHO DA PESQUISA DE CAMPO.....	93
3.2.1 Observação de campo.....	96
3.3 QUADRO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	97
4 A REALIDADE DA INVESTIGAÇÃO: AS DIFERENTES FORMAS DE ATENDER À SAÚDE.....	99
4.1 CENÁRIOS DO TRABALHO EM SAÚDE.....	103
4.1.1 Serviço 1.....	103
4.1.2 Serviço 2.....	104
4.1.3 Serviço 3.....	106
4.1.4 Serviço 4.....	107
4.1.5 Serviço 5.....	109
4.1.6 Serviço 6.....	111
4.2 OS SUJEITOS E A VOZ DOS TRABALHADORES DA SAÚDE.....	112
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
REFERÊNCIAS.....	141



Fonte: Pesquisa Diagnóstico de Saúde do Distrito Leste de Porto Alegre, 2005

INTRODUÇÃO

A presente proposta de tese parte de um estudo maior, cuja pesquisadora foi autora, promovido pelo Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED), intitulado “Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Faculdade de Medicina. Diagnóstico de saúde do distrito leste de Porto Alegre (2005)¹. Como resultado deste diagnóstico, houve a publicação de um livro, como forma de devolução das informações coletadas aos respondentes da pesquisa. A compreensão de que o diagnóstico situacional é elemento fundamental do planejamento das ações de saúde e, portanto, é um instrumento que serve como base ao plano de ação, voltado para a qualificação e integração ensino–serviços. Esta tese baseia-se no uso das informações coletadas nas falas dos 98 sujeitos, trabalhadores da saúde, para aprofundar questões apontadas pelo estudo-diagnóstico original. O foco do estudo são as formas de relação do programa de atenção básica em saúde com a integralidade da atenção tanto aos usuários quanto aos trabalhadores de saúde.

Este trabalho pressupõe que os campos da saúde pública, da saúde do trabalhador e da saúde mental coabitam no plano da intervenção tecno-política nos processos de subjetivação que se apresentam ao sistema público de saúde em busca de cuidados. Cabe-nos, então, pontuar algumas questões quanto à compreensão desse sujeito no espaço coletivo e, principalmente, quanto ao seu *status* de ator na co-produção destas ações de saúde no cenário da atenção básica. Há que se considerar como um dos elementos nucleares desta análise as características específicas do trabalho em saúde desenvolvido na rede de atenção básica.

¹ Em virtude do título extenso desta obra e o fato de ser citada várias vezes durante o texto, a partir deste ponto, utilizaremos a abreviação PROMED/PUCRS (2005) como referência.

Quanto a isso, Starfield (2002, p.21), ao recolocar o desafio das ações de saúde na atenção primária, esclarece que:

a atenção primária envolve o manejo de pacientes que, geralmente, têm múltiplos diagnósticos e queixas confusas que não podem ser encaixadas em diagnósticos conhecidos e a oferta de tratamentos que melhorem a qualidade global da vida e de seu funcionamento (STARFIELD, 2002, p.21).

Dadas essas circunstâncias, os profissionais de saúde da atenção primária são permanentemente convocados na prática cotidiana a buscar uma integralidade nas ações dirigidas aos usuários, haja vista a diversidade de problemas e situações de saúde que atingem os indivíduos e que chegam aos serviços como necessidades de saúde. Portanto, trabalhar com uma perspectiva ampliada do processo de saúde é condição imprescindível no planejamento e na execução das ações no campo sanitário, desenvolvidas por gestores e profissionais da atenção primária. Sinaliza-se que, nesta gama de demandas de saúde que chegam às unidades da atenção básica, apresentam-se também, e com igual importância, problemas que concernem à saúde mental dos sujeitos (Campos, 1997). Essa afirmativa imprime determinada dinâmica à discussão aqui proposta, pois recai na problemática de como atender, como acolher e como cuidar dessas necessidades de saúde num espaço em que impera a racionalidade médica tradicional, tão alheia às subjetivações e seus devires.

Atualmente, no Brasil, não há como falar de atenção básica em saúde sem reportar-se à importante dimensão que assumiu a Estratégia Saúde da Família (ESF)² nesse contexto. Segundo Souza et al. (2002, p. 20), a ESF “está [inserida] em um contexto de decisão política e institucional de fortalecimento da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) [...]”.

A ESF, enquanto formulação de uma nova política pública de atenção comunitária, procura neste momento posicionar-se muito mais como estratégia organizadora dos sistemas municipais de saúde do que como um programa verticalizado de ações a serem cumpridas. Isso amplia em muito as possibilidades de inclusão de outras ações não restritas à composição da equipe mínima prevista pelo Ministério da Saúde (MS). Nesse cenário de transformações

² Situa-se em meados da década de 90 essa importante transformação da organização das ações e serviços de saúde na Atenção Básica do SUS. A Atenção Básica tornou-se alvo de novas políticas de saúde, ganhando lugar de destaque na rede pública de saúde. Esse novo arranjo em que os cuidados primários em saúde assumem a porta de entrada do sistema é incentivado pela criação de incentivos financeiros federais calculados e transferidos aos municípios em base *per capita*. O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF) surgem, nesse contexto, de mudanças político-assistenciais e compõem as principais estratégias elegidas para reestruturação da rede primária em saúde, no Brasil. Optou-se, neste trabalho, por referir-se ao PSF como Estratégia Saúde da Família, fazendo-se uso da atual designação que lhe é conferida.

estruturais da atenção básica em saúde, a ESF apresenta-se com objetivo de “substituir ou converter o modelo tradicional de assistência à saúde, historicamente caracterizado como atendimento da demanda espontânea, eminentemente curativo, hospitalocêntrico, de alto custo, sem instituir redes hierarquizadas por complexidade, com baixa resolutividade e, no qual, a equipe de saúde não estabelece vínculos de cooperação e co-responsabilidade com a comunidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.16).

Para autores como Souza et al. (2002, p.20-21), a Estratégia Saúde da Família expressa um movimento de ruptura com um tradicional padrão de assistência à saúde e traz à cena um novo paradigma baseado em princípios que tomam a saúde como produto social. Eis alguns desses eixos de reorientação das práticas possibilitados pela ESF:

organização do trabalho em saúde, pautado no trabalho de todos os profissionais de saúde em tempo integral; remuneração diferenciada; delimitação mais precisa e radical do território de atuação das equipes; trabalho em equipe; incorporação da participação da comunidade no trabalho da equipe; o vínculo dos profissionais com os indivíduos, famílias e comunidades; incorporação mais efetiva dos instrumentos de planejamento e necessidade de incorporação de outros saberes em saúde: o social, o pedagógico, o psicológico, que devem somar-se ao conhecimento e à competência clínica (SOUZA et al., 2002, p.20-21).

Porém, de acordo com uma avaliação atual da implementação do ESF em dez centros urbanos realizada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde, algumas dificuldades têm sido encontradas na implementação do Programa nos grandes centros, em oposição à sua implementação bem-sucedida em municípios de pequeno porte. No referido estudo foram identificados três grupos de problemas referentes a esse processo:

os relacionados à dificuldade de substituir o modelo e a rede tradicional de atenção à saúde [...]; aspectos afetos à inserção e ao desenvolvimento de recursos humanos; e o monitoramento efetivo do processo e resultados do PSF, incluindo os instrumentos e estratégias de sua avaliação. Outro grupo de problemas está relacionado com a garantia da integralidade, considerada na dimensão da integração aos demais níveis de complexidade da rede de serviços de saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2002, p.17).

Essas dificuldades encontradas na implementação da ESF nas metrópoles brasileiras aparecem como obstáculos a serem superados e não devem ser considerados impedimentos para a consolidação da Saúde da Família, enquanto estratégia de atenção à saúde das comunidades. Algumas das dificuldades apontadas no estudo do MS incidem nas propostas e experiências de inclusão da saúde mental na ESF, posto que a ruptura com o modelo

tradicional de cuidados em saúde é algo efetivamente construído no campo da reforma psiquiátrica. Contudo, experiências inovadoras e bem-sucedidas têm apontado caminhos para uma conversa mais amistosa entre saúde mental e atenção básica. Alguns autores, como Sampaio e Barroso (2001, p. 209), ao analisarem a experiência de aproximação dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e das equipes de Saúde da Família no município de Quixadá (CE), consideram que:

Quanto mais o PSF estabelecer-se e capilarizar-se no município, mais deve integrar-se à rede de relações que se construa em torno da atenção à saúde mental. A construção que acontece é a de uma rede de relações sociais em busca de uma nova atitude diante dos problemas referentes ao processo saúde mental/sofrimento psíquico/doença mental. Não apenas uma rede sanitária, articulada para prevenir agravos individuais, concebidos como naturais e produtos de uma história natural, mas articulada à cidade e ao cidadão, centro ativo de políticas e percepções críticas sobre a cultura (Sampaio e Barroso, 2001, p.209).

Assim, a problematização da incursão das ações intersetoriais na Estratégia Saúde da Família emerge como necessária quando as práticas de atenção e de cuidado focalizam o usuário da atenção básica nessa nova possibilidade de co-produção da saúde que surge dessas experiências³. Em consonância com o pensamento de Alves (2001, p.173), acredita-se que as reflexões acerca da viabilidade de conjugarem-se estratégias de cuidado em saúde com ações de saúde desempenhadas pela equipe de Saúde da Família indicam que:

haverá PSFs e PSFs e, em alguns, prevalecerá, de fato, o modelo tradicional, hierárquico e biológico. O Programa, no entanto, é, como concebido e formulado pelo Ministério da Saúde e vivido nos diversos municípios, uma estratégia de agregação de conhecimentos. Além disso, supõe, para seu sucesso, que tenha um olhar “integral” do problema, do contrário, não faria sentido ser local, territorial e, portanto, comunitário (ALVES, 2001,p.173).

Desse modo, para que a ESF possa desenvolver-se de modo consistente e caracterizar-se como verdadeiro operador da inversão do modelo assistencial na atenção básica, através da prática dos trabalhadores em saúde que compõem as equipes, a lógica de trabalho precisa conduzir as ações de modo a constituir esse espaço não apenas como a porta de entrada do circuito assistencial, mas deve incorporar uma perspectiva de trabalho ampliada que

³ A fim de conhecer outras experiências de inclusão de ações de saúde mental no âmbito das ações desenvolvidas pela ESF, sugere-se a leitura: LANCETTI, A. et al., 2001. **SaúdeLoucura 7/** Saúde Mental e Saúde da Família. São Paulo: Editora Hucitec.

contemple, além da prevenção e do tratamento dos agravos, a implicação do *socius* no processo de saúde e de adoecimento dos sujeitos. Após tantas considerações, não seria indicado negligenciar as diferenças e as especificidades da saúde pública e da saúde mental, pela razão de serem campos de saberes e de ações que incidem diretamente sobre uma rede de significações sociológicas, na qual está imerso o sujeito da saúde. Uma das diferenças entre esses dois campos é terem percorrido trajetórias distintas enquanto movimentos político-sociais reformadores. Como o analisado por Amarante (1996, p.21-22), os movimentos de reforma sanitária e psiquiátrica estiveram mais sincrônicos em seus projetos de origem. Segundo o autor, gradativamente, a reforma sanitária:

vai-se tornando um conjunto de medidas predominantemente administrativas das instituições assistenciais do setor saúde, sem o questionamento do modelo médico de análise e terapêutica, ou das conseqüências imediatamente derivadas da natureza desse modelo, tais como a 'escuta' e a abordagem exclusivamente técnicas do sintoma/mal-estar, a tendência ao especialismo radical, a produção de uma cultura medicalizante, [...]. Em suma, a questão entre os movimentos pelas reformas psiquiátrica e sanitária está na relação com a qual um e outro mantém com o saber constituinte de seus campos específicos (AMARANTE, 1996, p.22).

Apesar das suas dessemelhanças, o que se deseja ressaltar e procurar identificar, neste momento, são as possíveis interfaces dessas áreas: no que elas convergem e quais seus pontos de intersecção. Este é um movimento necessário à discussão proposta, em que pesam as aproximações existentes nos cuidados em saúde mental e em atenção básica.

O primeiro aspecto dessa interface parece localizar-se exatamente na busca pela amplitude da concepção de saúde da qual se deseja partir e que se considera englobar a complexidade desse fenômeno sempre dinâmico. Se o aspecto central deste trabalho envolve uma reflexão sobre a produção de ações voltadas para o acolhimento e o acompanhamento tanto de usuários quanto de trabalhadores da saúde, no âmbito dos cuidados primários, um resgate da saúde enquanto conceito e enquanto construção cotidiana de um fazer é crucial. Uma das conceituações que parece atender ao requisito colocado acima entende que a produção da saúde se dá:

à medida que um indivíduo ou grupo é capaz, por um lado, de realizar aspirações e satisfazer necessidades e, por outro, de lidar com o meio ambiente. A saúde é, portanto, vista como um recurso para a vida diária, não o objetivo dela; abranger os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas, é um conceito positivo (STARFIELD, 2002, p.21).

Com essa colocação, que reafirma um posicionamento favorável à complexificação da compreensão do processo de saúde, pode-se buscar situar a importância da inclusão de ações de saúde mental na atenção básica. Se a saúde pode ser concebida “*como um recurso para a vida diária*”⁴, como não se propor a discutir estratégias de abordagem dos sujeitos -no conjunto de ações organizado pelas políticas de saúde da atenção básica – estruturadas em torno da ESF? Tanto as políticas de saúde pública quanto as de saúde mental estiveram, ao longo de algumas décadas, em parte comprometidas com o desenvolvimento de ações preventivas e reformadoras, de modo especial nos cuidados primários em saúde. Acredita-se que esse movimento exprime, em parte, a tentativa de ampliar o escopo das intervenções através de ações de promoção e prevenção em saúde. A superação de um modelo biomédico e psiquiátrico, restrito a intervenções curativas e de reabilitação, de caráter medicalizante e hospitalar, parece que têm sido o objetivo de algumas políticas públicas do setor da saúde que visam à redução de internações hospitalares, à redução do tempo de permanência no hospital e, de modo mais incisivo na saúde mental, ao redirecionamento dos recursos das internações hospitalares para outros dispositivos de atenção diária⁵.

Dito de outra forma, parece que esse conceito positivo de saúde exprime também uma busca contemporânea desses dois campos de saber, para trazer ao planejamento das ações em saúde a co-responsabilidade por outras dimensões do adoecer e do sofrimento humano, postas em jogo quando se colocam a produzir saúde. E esta co-responsabilidade é, há algum tempo, foco das preocupações do movimento de reforma psiquiátrica brasileiro, expresso, por exemplo, no reconhecimento da necessidade de implementação de ações intersetoriais, que atendam a outras necessidades do sujeito, e não somente àquelas reconhecidas como pertencendo ao campo da saúde.

Um ponto importante de intersecção apontado pelo estudo PROMED/PUCRS (2005) entre saúde mental e atenção básica diz respeito ao caráter formador das ações desempenhadas pelos trabalhadores em saúde – e ao referir-se aos trabalhadores em saúde incluem-se nesta categoria também os trabalhadores em saúde mental. Teixeira (2001, p.50),

⁴ Grifo meu.

⁵ Esta colocação pode ser exemplificada pela normatização estabelecida pela portaria no106, de 11/02/00, do Ministério da Saúde, através da qual são definidos os serviços residenciais terapêuticos em saúde mental e fica regulamentado que “a cada transferência de paciente do Hospital Especializado para o Serviço de Residência Terapêutica, deve-se reduzir ou descredenciar do SUS, igual no de leitos naquele hospital, realocando o recurso da AIH correspondente para os tetos orçamentários do estado ou município que se responsabilizará pela assistência ao paciente e pela rede substitutiva de cuidados em saúde mental” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

ao considerar a implicação dos “trabalhadores sociais”⁶ na formação do sujeito da saúde coletiva, explicita bem essa questão ao nos lembrar da tarefa transformadora da saúde coletiva, à qual subjaz a idéia de formação presente nas ações co-produzidas por profissionais e usuários dos serviços de saúde pública. Para os objetivos deste trabalho, a noção central que se quer sublinhar é a de que a produção da saúde, realizada através do vetor das técnicas, é invariavelmente atravessada pela produção de subjetividade. Uma análise que toma como foco os modos de cuidado às pessoas, no contexto dos cuidados primários em saúde, é expressamente interpelada pelo vetor da técnica, enquanto um modo de conceber e realizar o cuidado em saúde mental e, simultaneamente, está comprometida com o processo de produção da saúde e da subjetividade desses sujeitos.

Assim, chega-se a outro determinante dessa interface: a noção de subjetividade. Concebe-se que o sujeito da saúde coletiva possui um *status* de ator na co-produção da sua saúde e na saúde da coletividade. Na verdade, acredita-se poder dizer que as técnicas, os recursos terapêuticos e os modelos assistenciais elegidos para a ação incidem diretamente sobre as subjetividades, sobre os modos de estar e de sentir o mundo - num sentido heideggeriano - daqueles que buscam cuidados nos serviços de saúde pública. Para esclarecer melhor o posicionamento adotado no presente trabalho, recorre-se a uma afirmativa de Ayres (2001, p.66), ao discorrer sobre uma metáfora kantiana: “não existe o sujeito individual, ou, antes, que aquilo que aprendemos a tratar como indivíduo, o sujeito, não é menos nem mais que um ‘sonho’ de individualidade nascido da experiência vivida de não estarmos sozinhos, de sermos sempre e imediatamente ‘o outro de cada um’” (AYRES, 2001, p.66).

Nesse sentido, se a produção da subjetividade é processada a cada encontro do usuário com o profissional de saúde, se somos “sempre e imediatamente ‘o outro’ de cada um”, talvez fosse mais apropriado falar de intersubjetividade para explicitar esse espaço de produção presente nas relações entre os atores sociais, que antes de tudo constitui-se num espaço de encontro. Mais adiante, será desenvolvida a idéia de que a noção de acolhimento pode ser instrumentalizada como um operador dinâmico desse encontro, alertando-se para o fato de que o acolhimento não se trata meramente de um mecanismo de humanização do atendimento na atenção básica, mas, sobretudo, caracteriza-se por ser uma estratégia que utiliza os elementos presentes no processo de subjetivação como recursos auxiliares na co-produção da saúde. Ao convocar o usuário da unidade de saúde para assumir essa posição de ator, requer-se um duplo movimento dos profissionais de saúde em sua prática cotidiana: deslocar a carga

⁶ O autor toma emprestado essa “infra-definição” de Guattari & Rolnik (1986) para referir-se de modo particular àqueles que trabalham no campo da saúde coletiva.

de onipotência profissional e de supremacia da técnica - implícita até nas ações de saúde mais primárias - para reinvesti-la nos processos relacionais, dialógicos, que visem a um compartilhamento das responsabilidades entre usuários e trabalhadores em saúde. Ao propor essa questão do protagonismo no campo da saúde mental, Torre e Amarante (2001, p.84) atentam que “a construção política do protagonismo requer a saída da condição de usuário-objeto e a criação de formas concretas que produzam um usuário-ator, sujeito político”. Essa passagem da condição de usuário-objeto para usuário-ator depende da superação da dicotomia sujeito/objeto – marca do pensamento cartesiano. O conceito, proposto por Teixeira (2001, p.55), de agenciamentos tecnosemiológicos – que contrapõe-se ao de “objeto” – parece garantir maior dinamismo a essa rede indissociável de interfaces existente na co-produção das mensagens, informações, valores e significações presentes no trabalho em saúde coletiva.

Outro ponto intercambiável a ser analisado é o que se refere aos compromissos ético-políticos contemporâneos da saúde pública e da saúde mental enquanto campos de saber-poder. As formações discursivas produzidas por estes campos são permanentemente confrontadas com impasses tecno-políticos, uma vez que o discurso sanitário e o discurso psiquiátrico são dotados de grande poder coercitivo, residindo aí sua potência discursiva. Conquanto, é verdadeiro também que, principalmente a partir do movimento de reforma sanitária e de reforma psiquiátrica brasileira, tem-se buscado refletir acerca da extensão e do alcance das práticas sanitárias e sobre as implicações sócio-políticas advindas das políticas setoriais e dos recursos técnicos utilizados na execução das ações de saúde pública. Sendo assim, o compromisso com o usuário, o cuidado no planejamento e na condução das ações de saúde exigem uma constante observância da ética no seu fazer cotidiano (TEIXEIRA, 2001, p.55).

Dessa forma, a tese aqui defendida é a de que a política de humanização, juntamente com a estratégia de acolhimento tanto dos usuários quanto dos trabalhadores da saúde, pode se tornar o dispositivo para a elaboração de estratégias coletivas de transformação das condições de trabalho hoje existentes na rede de saúde. Essa política poderá dar sustentação a desejos de mudança do processo de trabalho, expressos hoje sob a forma de queixas, ampliando o poder de ação desses trabalhadores. A metodologia de análise coletiva de suas falas poderá se tornar a base de ações e de políticas apoiadas em espaços transversais das práxis em assistência e saúde.

Partindo da **problemática**: “Como se expressam as percepções dos trabalhadores da saúde da Região Leste da cidade de Porto Alegre sobre a relação necessidades locais de saúde e o dia-a-dia do serviço?”, **objetivou-se** investigar como o programa de atenção básica em

saúde se relaciona com a garantia da integralidade da atenção tanto aos usuários quanto aos trabalhadores de saúde.

Ao tratar da escuta do sujeito na abordagem dos problemas de saúde, há que se romper com o padrão de escuta da doença (Mendes, 1999). Na tradição da saúde coletiva, a escuta das necessidades de saúde, dos processos sociais e das condições de vida historicamente construídas ao longo da trajetória das pessoas tendem a ficar em segundo plano, pois a patologia, com seus sinais e sintomas, comumente rouba a cena. A constatação mais eloqüente e atual desse fenômeno é de que a racionalidade médica contemporânea está assentada nos paradigmas da medicina baseada em evidências. Sob essa lógica, apenas o visível, o observável merece ser contemplado com o olhar ou com a escuta – mais ausculta, na verdade. E, por conseguinte, essa escuta da doença invade o relacionamento diário com o usuário, esvaziando o encontro pela ausência de cuidados com a dimensão processual das necessidades de saúde apresentadas.

Propor-se ouvir o discurso do usuário parece tarefa árdua para os trabalhadores da saúde, habituados que estão a olhar para a doença e para os sintomas, e muito pouco para o doente. De tanto olhar para o doente, acaba adoecendo por incapacidade de resolução de questões macroestruturais desveladas no acolhimento. Para isso, este estudo organiza-se em quatro momentos. Discute-se, inicialmente, a relação do trabalho com a saúde pública. Parte-se de uma revisão evolutiva da categoria trabalho e suas múltiplas expressões na saúde humana – enfatizando-se especificamente a Política de Humanização como dispositivo reflexivo e operacional – para uma possível ampliação, ainda, dessa discussão para as condições estruturais do profissional e do trabalho em saúde.

O segundo capítulo enfoca a práxis do trabalho em saúde, abordando o acolhimento como integrante do processo do trabalho em saúde, não se restringindo aos espaços de recepção nas unidades de saúde, mas estendido e operacionalizado nos muitos espaços de encontro entre profissionais e usuários.

O terceiro capítulo reflete a pesquisa sob uma perspectiva dialética, buscando, além dos índices, significados; além de descrições, interpretações e coleta de informações, a visualização de sujeitos e suas práticas, foco deste estudo. O uso da metodologia qualitativa de pesquisa, bem como sua validade, pressupõe a importância de não desconectarmos esse sujeito de sua estrutura, pois, para apreendê-lo, é necessário conhecer a sua interpretação acerca dos fatos que compõem seu cotidiano. O entendimento da pesquisa, enquanto processo, compactuando com os autores referidos no capítulo, torna-se mais do que um simples instrumento de coleta de dados. Fundamenta-se como um meio de intervenção na realidade

social, potencializando-se não só como articulador de reflexão crítica, de ação pedagógica ou de conscientização, mas como um importante instrumento de mediação do projeto político e da ação profissional.

O quarto capítulo, contempla a fala dos trabalhadores da saúde acerca das categorias investigadas, resultantes das questões norteadoras da pesquisa. Nas considerações finais, proponho um dispositivo de reflexão a partir das duas matrizes construídas ao longo do estudo. Espera-se, ao final desta tese, poder formar dispositivos não somente de reflexão mas também operacionais sobre o trabalho em saúde.



Fonte: Pesquisa Diagnóstico de Saúde do Distrito Leste de Porto Alegre, 2005

1 O MUNDO DO TRABALHO E A RELAÇÃO COM A SAÚDE PÚBLICA: A SAÚDE DO TRABALHADOR COMO INTEGRALIZADORA DA ATENÇÃO NA SAÚDE BÁSICA

Das utopias

*Se as coisas são inatingíveis... ora
não é motivo para não querê-las...
Que tristes os caminhos, se não fora
a mágica presença das estrelas!*
(QUINTANA, 2003, P.12)

Utilizando-me das palavras de Quintana (2003), introduzo a reflexão sobre a saúde do trabalhador na contemporaneidade. A produção do conhecimento em trabalho, saúde e saúde do trabalhador é uma ação complexa; trata-se de refletir sobre uma história de interação sistemática entre o individual e o coletivo, construída sob a égide da relação entre a organização social da produção econômica e os trabalhadores e trabalhadoras em suas tarefas laborais. Citar o trabalho também é citar o campo da saúde pública, que tem em seu espaço político e planejado as relações de trabalho com as estratégias de proteção à saúde nos espaços e tempos do mesmo. A intensificação do trabalho e suas conseqüências sobre a saúde dos trabalhadores têm em sua representação a articulação entre as relações sociais, uma vez que o Direito e as instituições de atenção à saúde muitas vezes falham nas respostas às necessidades e demandas do campo da saúde do trabalhador. Resultam em instituições despreparadas para enfrentar o processo contínuo de intensificação do trabalho, sendo, muitas vezes, igualmente captadas por ele.

Voltando-me a Mario Quintana, muitas vezes somos criticados por termos desejos considerados utópicos, ou simplesmente desejos. Pergunto: o que seria da humanidade sem seu desejo? O meu, aqui, neste texto, é produzir para além das utopias. Produzir um texto coeso e conciso que aponte dispositivos para o debate acerca das categorias Trabalho e Saúde. Sob o enfoque dialético crítico, as categorias teóricas básicas para a produção deste texto foram observadas: **mediações** utilizadas, privilegiando o desvendamento de **contradições**; a utilização da **história** como contraprova e o reconhecimento da processualidade da realidade social, com a realização de conexões entre questões singulares e globais, de ordem política, econômica, social, cultural, reconhecendo sua interdependência e identificando suas múltiplas determinações – **totalidade**; clareza teleológica, no sentido de buscar estratégias concretas de transformação da realidade social – **teleologia**; o uso da categoria **trabalho** como forma de conhecimento, reconhecimento dos processos de **alienação**, tidos como preponderantes na sociedade contemporânea, aliado à preocupação com o desenvolvimento de **processos sociais** que compõem o processo de participação, quais sejam: capacitação, organização, conscientização e **autogestão**; e finalmente a utilização de estratégias contra-hegemônicas – **hegemonia** - para superação dos processos de alienação.

Ao propor a temática do trabalho e suas relações com a saúde humana, torna-se fundamental a apreciação da história econômica, que se expressa pela quebra de fronteiras, espalhando-se pela história política e social para além do entendimento puramente econômico. Por esse motivo, este texto será construído a partir de conceitos e suas relações com fatos históricos atravessados pela economia política: as relações entre a análise do crescimento e declínio econômico, a transformação econômica e o bem-estar social, perpassando o mundo do trabalho e a sua relação com a saúde pública.

1.1 O TRABALHO EM CENA: OS CAMINHOS DE UM CONCEITO

O significado do trabalho tem sido contado desde os mais longínquos tempos da história por filósofos e pensadores, preocupados desde a Antigüidade em interpretar essa atividade tão própria dos seres humanos. Aristóteles, um dos mais eminentes pensadores da humanidade, enfatizava o valor do trabalho na Grécia antiga, declarando:

Com efeito, se cada instrumento pudesse, a uma ordem dada ou apenas prevista, executar sua tarefa (conforme se diz das estátuas de Dédalo ou das tripeças de Vulcano, que iam sozinhas, como disse o poeta, às reuniões dos deuses), se as lançadeiras tecessem as toalhas por si, se o plectro tirasse espontaneamente sons da cítara, então os arqueiros não teriam necessidade de trabalhadores, nem os senhores de escravos (ARISTÓTELES, 2000, p.13).

O início do século XXI, contudo, assiste surpreso a uma profunda mudança no significado do trabalho. O cidadão comum enfrenta passivamente vocábulos novos, como *empregabilidade*, ou expressões, como *novas regras do jogo*, *sumiço do emprego*, *extinção de postos de trabalho*, *modificação das relações capital-emprego*. As mudanças efetivas nas relações capital-trabalho-emprego são uma incógnita. É um desafio que estudiosos, acadêmicos, políticos e governantes enfrentaram na virada do século XX para o XXI na busca de um melhor entendimento do significado do trabalho para a vida humana associada. Nesse sentido, este texto sintetiza alguns conceitos de trabalho, sua evolução histórica e alguns dos mais importantes acontecimentos sociais, econômicos e culturais que sustentam o conceito tradicional de trabalho, particularmente aquele realizado na forma de empregos; aborda uma versão do direcionamento que o atual mundo dos empregos está tomando; enfoca a ruptura nas relações capital-trabalho-emprego, mostrando uma nova versão do significado do trabalho dentro do contexto em que o mundo dos empregos está entrando. Para concluir, apresenta uma breve análise da questão da empregabilidade no que afeta (desemprega) o trabalhador à moda antiga e as exigências que lhe são feitas na atualidade.

A concepção humana sobre o significado de trabalho⁷ vem sendo construída a partir dos mais remotos estágios do processo de socialização e educação do indivíduo. Desde criança, ele percebe que a labuta dignifica e aprende a reconhecer a importância do trabalho na vida humana associada. Para Albornoz (2003), desde os primórdios, o homem sobreviveu graças às suas ações no meio em que estava inserido, trabalhando e pondo suas forças espirituais e corporais a serviço de um fim voltado ao atendimento de suas necessidades imediatas e à própria continuidade da espécie. De acordo com a autora, o ato de trabalhar teve início com a necessidade de subsistência dos povos nômades. Provavelmente, também por razões relacionadas à sobrevivência, alguns agrupamentos humanos deram início a atividades agrícolas, fixando o homem na região que proveria seu sustento. Assim, a agricultura pode ser considerada a primeira forma organizada e contínua de trabalho humano. Além disso, e tendo

⁷ Este texto tem como referência a ampliação do conceito de trabalho para o processo de trabalho, fundamentado por Marx (1980) que se consitiu no próprio processo de produzir valor, através da interação humana com a natureza, modificando e transformando a si mesma, dando o sentido de utilidade a vida humana.

em vista que o trabalho agrícola requeria ferramentas próprias ao seu desenvolvimento, iniciou-se também o trabalho artesanal. Como consequência, já que por vezes as atividades agrícolas geravam excedentes, surgiram outros tipos de ações humanas: a troca (escambo) e o comércio. Por essa razão, o trabalho na Grécia antiga gozava de prestígio, especialmente a agricultura, passando a ser realizado por escravos somente no período helenístico.

Entre os artesãos, a divisão do trabalho visava à qualidade do produto e era consequência da diversidade das capacidades e dons entre eles. Naquela época, não se verificavam diferentes formas de relações de trabalho, pois a essência do produto não dependia do trabalhador ou dos processos de fabricação, mas, sim, do seu valor de uso. Isso faz com que o trabalho do artesão, para os gregos, “se manifeste como serviço de outrem, e assim, como um trabalho escravo” (ALBORNOZ, 2003). Para os gregos, havia o labor, que pode ser representado figurativamente pelo homem sobre o arado e pela mulher no parto; tratava-se de algo passivo e submisso aos ritmos da natureza ou a outras forças incontroláveis. Havia, também, a *poiesis*, entendida como trabalho propriamente dito. A figura do escultor, cuja obra se dá pela mão humana que maneja um instrumento, pode representar essa imagem. Tratava-se de uma situação em que nem a vida do escultor nem a de seus semelhantes dependiam daquela obra. Aos homens livres, todavia, cabia um outro tipo de atividade. A ação - a *praxis* - dizia respeito “àquele domínio da vida ativa onde o instrumento usado pelo homem é o discurso, a sua própria palavra”. No espaço da *polis*, a cidade grega, efetivava-se a democracia dos iguais, dos cidadãos tido como livres, de modo que “o exercício da palavra é a atividade significativa para o homem livre” (ALBORNOZ, 2003).

Segundo a tradição judaico-cristã, o trabalho era apresentado como forma de castigo e como o homem e a mulher perderam a inocência original do paraíso, teriam, respectivamente, de ganhar o pão com o suor do próprio rosto e passar pelas dores do parto. O trabalho era entendido como punição para os pecados; sendo parte desse mundo mortal e imperfeito, o trabalho não era digno por si mesmo. Para os cristãos, o trabalho era o resultado da vontade de Deus, não uma atitude voluntária. Essa postura, porém, não era hegemônica. Para as seitas rebeldes à Igreja de Roma, nos séculos XI ao XIV, o trabalho era entendido como uma tarefa “penosa e humilhante, devendo ser procurado como penitência para o orgulho da carne” (ALBORNOZ, 2003). Segundo a autora, no Renascimento, o homem deixa de ser um animal teórico para ser também sujeito ativo, constituinte e criador do mundo. As razões para trabalhar passaram a estar no próprio trabalho, e não fora dele; o trabalho já não recaía sobre escravos, tornando-se uma opção ou aceitação, até mesmo de predestinação, também para os homens livres. Lutero, líder da reforma protestante, entendeu o trabalho como a base e a

chave da vida. A profissão resulta de uma vocação, sendo o trabalho o caminho religioso para a salvação, visto, portanto, como virtude. No século XVI, Calvino concebeu o trabalho como virtuoso e, mesmo com a possibilidade de predestinação (que alguns tenham êxito e outros permaneçam na miséria), que seria vontade de Deus que todos trabalhassem. Para o calvinismo, a questão escolhido ou condenado poderia ser resolvida por meio do trabalho; com os resultados de seu trabalho, o homem poderia assegurar sua salvação. Max Weber associou a ética protestante ao que chamou de espírito do capitalismo. Para o protestantismo, a perda de tempo é o primeiro e o principal de todos os pecados; toda hora perdida no trabalho redonda em perda de trabalho para a glorificação de Deus. Assim,

a maneira de viver aceitável, agradável a Deus, não está mais na superação da moralidade mundana, pelas renúncias do religioso na solidão do mosteiro, como pensava certa tradição católica. O modo de vida que melhor serve a Deus estaria no cumprimento das tarefas do século, impostas ao indivíduo por sua posição no mundo (ALBORNOZ, 2003, p.54).

Weber ([1864-1920] 2005) entendeu que a mais poderosa alavanca do que ele chama de espírito do capitalismo reside nessa avaliação religiosa do labor no mundo. A libertação em busca da riqueza favoreceria a acumulação de capital. Paralelamente às mudanças no modo de ser entendido o trabalho, ocorreram outras, estreitamente relacionadas com ele. A Revolução Industrial, que se iniciou no século XVIII, foi um marco decisivo no processo de desenvolvimento humano e resultou em significativas mudanças no que se conhecia como trabalho até então (MÉSZAROS, 2002). Havia, por um lado, a concepção de que a industrialização estava “tornando obsoletos os ofícios tradicionais que produziam todos os objetos domésticos que todos conheciam”. Outros entendiam que os bens que antes pertenciam a poucos agora poderiam ser de todos (bens industriais) e que a Inglaterra poderia assumir o controle do comércio internacional e acumular riquezas que jorrariam em cascata para toda a sociedade, proporcionando a todos uma vida melhor. Paralelamente, verificava-se uma mudança no modo de entender e de executar o trabalho (BRIDGES, 1999). No século XVIII, os economistas Adam Smith ([1723-1790]1981) e David Ricardo ([1772-1823]1940) conceberam o trabalho humano apenas por sua utilidade exterior, não por seu entrosamento com o homem; dissociaram o operário do ser humano que é, ou seja, criaram uma imagem do homem que viria a ser conhecida como *homo economicus*. Adam Smith, particularmente, posicionava-se a favor da divisão do homem em camadas e posições. No tocante ao modo de execução do trabalho, algumas diferenças foram introduzidas pela Era Industrial. Nas fábricas, não se verificavam mais os períodos sazonais da atividade agrícola e não havia a

possibilidade de intensificar esforços sobre uma tarefa para depois descansar, como outrora se fazia nas empreitadas. As exigências da fábrica não variavam: um só trabalho, em um só lugar, fazendo uma só coisa. Essas mudanças acarretaram uma demanda tal de esforços que se chegou a imaginar que pessoas comuns não poderiam executá-las.

Segundo o historiador Thompson (1987), tais mudanças “acarretavam necessariamente uma severa reestruturação dos hábitos de trabalhar – nova disciplina, novos incentivos e uma nova ‘natureza humana’, sobre os quais esses incentivos pudessem atuar efetivamente”. A sociedade adotou os mecanismos de que dispunha para obter uma nova natureza humana. Thompson afirma ainda que, entre 1780 e 1830, importantes mudanças se desenvolveram: “o trabalhador inglês médio tornou-se mais disciplinado, mais sujeito ao tempo produtivo ‘do relógio’, mais reservado e metódico, menos violento e menos espontâneo” (THOMPSON, 1987). Estava criada uma nova maneira de arranjo social, de sobrevivência e de conduta humana; o trabalho já não era mais o mesmo, e um novo conceito começavam lentamente a ganhar forma: o emprego. O termo emprego, no inglês *job*, é antigo, remontando a um período anterior ao ano de 1400. Pode ser uma variante da palavra *gob* (bocado), que significa uma pequena porção compacta de alguma substância, um pedaço, um naco, um bocado. Na época em que os imigrantes puritanos ingleses chegaram a Plymouth, a palavra mudou de sentido, passando a representar o ato de transportar um grande monte numa carroça. A partir daí, rapidamente passou a se referir a “qualquer tarefa que fosse uma peça única de trabalho” (BRIDGES, 1999). Ainda segundo Bridges (1999), entre 1700 e 1890, encontram-se no Oxford English Dictionary muitos empregos do termo *job*, como *job-coachman* (cocheiro), *job-doctor* (médico) e *job-gardner* (jardineiro). A exemplo de um *job-wagon* – alguém contratado para uma única ocasião –, esses termos eram pertinentes a pessoas contratadas para uma única ocasião. *Job-work*, outro termo freqüentemente usado, significava o trabalho ocasional, e não o emprego regular.

Antes do século XIX, as pessoas não tinham empregos no sentido fixo e unitário; havia, contudo, uma forma corrente e mutante de tarefas, de modo que os empregos, no mundo pré-industrial, eram essencialmente atividades. A transição para os empregos modernos foi gradual e ocorreu em diferentes tempos e lugares. Até a era industrial “a maior parte do espaço vital humano mantinha-se disponível, sobretudo para a interação social, livre das repressões da organização formal” (RAMOS, 1981).

Na medida em que as terras comunitárias nas quais as pessoas mantinham hortas e pastoreavam ovelhas começaram a ser cercadas por seus proprietários nominais, as mudanças sociais passaram a ser perceptíveis; e também o trabalho, que evoluía nas novas fábricas,

oferecia uma alternativa ao fazer doméstico. A partir desse fato, um número cada vez maior de pessoas deixou o *job-work* ao estilo antigo e passou a fazer uma coisa radicalmente diferente: arranjar um emprego, no novo significado dessa palavra. (BRIDGES, 1999).

O advento da Administração Científica do Trabalho, iniciada por Taylor e que alcançaria seu auge a partir das últimas décadas do século XIX, transformou-se “na resposta capitalista à autonomia relativa que os postos de trabalho ainda pudessem permitir aos trabalhadores”, o que reforça o novo sentido do termo emprego (MÉSZAROS, 2002). Segundo Paul Singer (2001), o emprego passaria a ser uma forma de acesso a uma parte da renda e, conseqüentemente, ao consumo, de modo que “as pessoas trabalham antes para poder consumir, do que propriamente para produzir alguma coisa” (ALBORNOZ, 2003). Encerravam-se, assim, as regras antigas e iniciavam-se as regras que iriam orientar um novo mundo que estava surgindo, amparadas pela revolução industrial.

Paralelamente à evolução que levou ao atual conceito de emprego, a sociedade vivenciava outros efeitos da Revolução Industrial. De acordo com Mézaros (2002), processava-se uma profunda reorganização dos meios produtivos; as organizações já não eram as mesmas, e a contratação de empregados levava a população para o interior das fábricas. Um novo reordenamento de poder econômico-político surgiu entre as nações em decorrência da riqueza advinda das indústrias. A Inglaterra, pioneira no processo de industrialização, assumiu uma liderança que se manteria até o início da segunda Revolução Industrial, quando a posição hegemônica inglesa começou a sofrer alterações.

Para Mézaros (2002), no período entre o último quarto do século XIX - começo da segunda Revolução Industrial - e a crise dos anos 30, aceleraram-se o desmoronamento da hegemonia industrial inglesa e seu padrão tecnológico produtivo, resultando na redefinição do padrão de desenvolvimento da economia mundial. No período entre as duas guerras mundiais, ingleses e americanos se mantiveram, alternadamente, na liderança daquele padrão de desenvolvimento. Os americanos saíram da II Guerra Mundial como os grandes vitoriosos diante de um panorama internacional radicalmente mudado, no qual se reconstruíam, paulatinamente, as economias das outras potências industriais – até como barreira para o comunismo, que crescia no Leste europeu sob orquestramento russo. Assim, os EUA hegemonizaram seu modelo. Os demais países capitalistas centrais, buscando assegurar a articulação e a modernização de seus capitais nacionais, acabaram expandindo suas empresas para outros países capitalistas, coexistindo com as empresas de origem americana, consolidando ainda mais o padrão de produção industrial norte-americano, o qual, “neste movimento, alcançou alguns países da periferia semi-industrializados, como o Brasil”

(MATTOSO, 1999). Acelerou-se, assim, a interdependência dos países, e as nações capitalistas seguidoras do modelo norte-americano, tanto do Ocidente quanto do Oriente, começaram a manifestar, em maior ou menor grau, fenômenos de ordem econômica. A participação do Estado na geração de empregos é um deles. O modelo norte-americano, novo padrão de desenvolvimento, “pressupôs a ampliação e diversificação da intervenção do Estado” (MATTOSO, 1999). Após a crise da década de 1930 e a II Guerra Mundial, os principais países capitalistas combinaram “objetivos políticos e econômicos através de uma mistura de mecanismos de mercado com estruturação e estabilização públicas”.

O Estado desempenhou um papel ativo na administração macroeconômica, e a base desse compromisso relacionava-se com o pleno emprego, a ser “obtido através da administração da demanda, em especial dos gastos governamentais, e a redução das desigualdades, obtidos através da rede de serviços sociais gerados pelo Estado do Bem-Estar” (MATTOSO, 1999). Ainda segundo o autor, o crescimento econômico europeu e japonês, baseado no dinamismo dos seus mercados internos, na difusão de bens duráveis e no rápido progresso técnico, apontou para os limites da expansão norte-americana do pós-guerra. Em 1973, a elevação dos preços do petróleo ampliou ainda mais o esgotamento dos impulsos dinâmicos do padrão de industrialização vigente, enfraquecendo a dinâmica do progresso técnico e gerando maior saturação de mercados internacionalizados.

O modelo americano, todavia, mesmo deixando de ser a fonte de um estilo de desenvolvimento cuja difusão estabilizou a economia internacional até meados da década de 1970, acabaria por favorecer o surgimento de novos blocos econômicos regionais, liderados pela Alemanha e pelo Japão. Mattoso destaca, no entanto, que, apesar do

envelhecimento do padrão de desenvolvimento norte americano, a Alemanha e Japão não demonstraram disposição ou capacidade hegemônica para impor aos demais países capitalistas uma hierarquia e instituições econômicas internacionais que permitissem a estabilização do crescimento com um novo padrão de desenvolvimento. Tal situação por um lado favoreceu a maior intensificação da concorrência internacional, a busca de melhor padrão de competitividade e elevação da produtividade e, por outro, criou condições para a emergência de um novo padrão tecnológico produtivo (MATTOSO, 1999, p. 54).

Abriu-se o caminho para a era da incerteza. A década de 1980 foi marcada por intensa reestruturação econômica e produtiva da economia mundial sob o comando dos países avançados. No entanto, essa modernização, mesmo acentuando os ganhos de produtividade e apontando para um novo padrão tecnológico, assumiu um caráter nitidamente desigual,

“resultando numa distribuição desequilibrada dos benefícios do progresso técnico”, como destaca Mattoso (1999). A terceira Revolução Industrial e a reestruturação mundial do capitalismo que se processou a partir das últimas décadas do século XX, com avanços tecnológicos, ruptura do paradigma de desenvolvimento industrial vigente e, até mesmo, ruptura do compromisso social, são mencionados como a principal mola alternadora do processo produtivo e do trabalho direta ou indiretamente envolvido na produção.

Alguns efeitos desse processo de reestruturação, como a substituição de antigos insumos por novos materiais, a informatização, automação e robotização, a flexibilização e terceirização da produção, e a reconcentração de capitais e constituição de blocos de países, terminaram suprimindo muitos empregos, mesmo com o aumento de produção e produtividade. Keck (1999) entende que não somente aumentou o número de pessoas desempregadas, como a maior parte delas se mantém nessa situação por mais tempo. Mattoso, por sua vez, afirma que o que ocorre é a redução relativa ou absoluta de empregos estáveis ou permanentes nas empresas e maior subcontratação de trabalhadores temporários – por tempo determinado, eventuais, em tempo parcial, etc. E,

embora já conhecidas, essas formas de trabalho se fazem cada vez mais presentes, aliadas às estratégias empresariais de flexibilização e redução do custo [...] como forma de romper a anterior relação com o trabalho e de fazer frente à crescente concorrência doméstica ou internacional (MATTOSO, 1999, p. 59).

Essa ruptura, de acordo com Mézaros (2002), é fortalecida pela necessidade de inversão do capital acumulado, não para aumentar o número de postos de trabalho, mas para adquirir novos equipamentos e novas matérias-primas, combustíveis e materiais. Bridges (1999), numa tentativa de sintetizar os fatos, afirmou que o trabalho está sendo mais uma vez reempacotado para atender a novas realidades econômicas. Tais mudanças estariam representando nada menos que o desaparecimento do emprego, apesar das leis trabalhistas usadas para regulá-lo. Nesse sentido, Macedo (1985) destaca que, a partir da primeira Revolução Industrial e em virtude da utilização do trabalho assalariado em larga escala, “passou-se a vislumbrar como imprescindível a proteção ao trabalhador, bem como a intervenção do Estado na ordem econômica e social através da elaboração de legislação protecionista que barrasse a despedida imotivada”.

A partir da II Guerra Mundial, no entanto, juristas especializados em Direito do Trabalho propuseram uma nova concepção quanto à estabilidade do emprego, baseada na perspectiva de uma política sistemática de emprego por meio do crescimento econômico

acelerado. (MACEDO, 1985). O autor relata, ainda, outra razão para a flexibilização da estabilidade, afirmando que a mesma estaria exercendo influência sobre “a produtividade da mão-de-obra, por aqueles próximos de adquiri-la, e principalmente daqueles já estáveis. Isso acabaria por se transformar em um pesado ônus para a empresa, tendo como reflexo último a elevação dos custos da produção”. Acrescenta, também, que modificações na estabilidade seriam “fundamentais para garantir um maior influxo de capital estrangeiro visando garantir e ampliar os horizontes de crescimento” (MACEDO, 1985). No Brasil, como em outros países, verificam-se as mudanças no processo produtivo e suas repercussões sobre os postos de trabalho.

O Estado brasileiro, sob influência do modelo norte-americano, também investiu na geração de empregos. As empresas estatais e a legislação que protege seus trabalhadores são exemplos dessa ação governamental. Último reduto que ainda assegura o emprego, já há algum tempo, o setor público vem sendo questionado com relação a tal estabilidade. A exemplo do que ocorre na iniciativa privada, o Estado vem sendo pressionado no sentido de promover uma profunda reestruturação, fundamentada na redução de custos, no aumento da produtividade, na informatização e robotização, na redução dos quadros de pessoal e na terceirização. Nas duas últimas décadas, a terceirização de serviços possibilitou a redução dos custos das empresas, pela racionalização de suas ações e exploração de relações precárias do trabalho, inclusive no setor de saúde (CHILLIDA; COCCO, 2004).

Os planos de demissão voluntária (PDV) constituem um marco no âmbito dos empregos públicos; resultam de pressões econômicas e políticas cada vez maiores, fortalecidas pelo fato de que, mesmo com a redução dos postos de emprego, a produção no setor privado cresceu. Tais aspectos parecem indicar que este é o momento oportuno para discutir temas que se inter-relacionam com a questão do trabalho e com o emprego e a ruptura dos atuais modelos.

As pressões de que o Estado era alvo logo se estenderam a todos os níveis da economia mundial, favorecidas pelo extraordinário desenvolvimento das comunicações e da informática. O mundo tornou-se globalizado, e a velocidade de comunicação é tão grande que as distâncias praticamente nada representam. Numa alusão a essa velocidade efetivada no início dos anos 90, Mattoso (1999) refere o uso do “mouse” para viajar o mundo todo com os dedos. As fronteiras territoriais pouco representam para essa economia globalizada, causando uma verdadeira revolução. A constante renovação tecnológica, política, social, econômica e cultural tem levado a grandes mudanças no setor de serviços, refletindo em diversas transformações na organização do trabalho. A reestruturação produtiva e industrial consiste

em um processo que compatibiliza mudanças institucionais e organizacionais nas relações de produção e de trabalho, bem como redefinição de papéis dos Estados nacionais e das instituições financeiras.

A reestruturação produtiva, denominada por Tébaud-Mony (2000) como a introdução de modificações no sistema produtivo e na forma de gestão pessoal implementada na indústria e expandida aos demais ramos da cadeia produtiva, começou a se delinear mais nitidamente no final da década de setenta, redefinindo as estratégias do capital no que diz respeito às relações de trabalho, abrindo novas linhas de investigação. Nesse novo contexto, estudar as transformações do trabalho significa observá-las sob diversos ângulos, considerando que, para compreender a atual conjuntura mundial, é preciso considerar uma sociedade global, com extraordinário crescimento do desemprego em meio a profundas transformações estruturais.

Para Mattoso (1999), tem-se como consequência a criação de um novo padrão industrial, conflitante não somente com o velho padrão, mas, sobretudo, com as relações sociais, salariais e de consumo até então vigentes. O autor ainda afirma que está se configurando um novo paradigma, baseado na expansão de novas tecnologias e na automação integrada flexível. Esse paradigma está conduzindo ao questionamento – e à ruptura – do compromisso social e das relações/instituições econômicas, sociais e políticas, alterações essas que afetarão o mercado de trabalho, o papel dos sindicatos, as negociações coletivas e os direitos adquiridos.

Em decorrência disso, está surgindo um novo segmento de trabalhadores e o embrião de novas relações de trabalho. E como resultado dos questionamentos, direitos e conquistas dos trabalhadores, surge um novo trabalhador, que perde seus antigos direitos e passa a trabalhar de acordo com novos critérios e qualificação para não ficar desempregado e à margem do processo, já que o desemprego é estrutural, ou seja, ao demitir o empregado o “empregador extingue também o posto de trabalho”. Vive-se hoje num mundo com um número cada vez menor de postos de trabalho, e é preciso compreender que o trabalho, em sua forma clássica – empregado dependente e sem assumir riscos – está cedendo lugar a um mercado em que não existem garantias e em que o emprego deve ser reconquistado a cada dia. Chega-se, assim, ao conceito de empregabilidade, que pode ser definido como a aptidão dos trabalhadores de conquistar um emprego e mantê-lo todos os dias, sobrevivendo e prosperando numa sociedade sem empregos. Esse fenômeno é sentido no cotidiano do trabalho em saúde, setor igualmente atingido pelos reflexos diretos ou não do desemprego estrutural vigente. O trabalho em saúde acaba por se tornar uma espécie de “catalisador” das demandas sociais, não exclusivas ao campo da saúde.

A década de 1990 se caracterizou por um processo de reversão das conquistas sociais consagradas na Constituição Federal de 1988. Ou, como Behring (2002) nos indica, tratou-se de deflagrar um processo de *contra-reforma* no país, o que significou:

um salto para trás, sem o sentido da ampliação das possibilidades de autonomia ou de inclusão de segmentos no circuito 'moderno', diferente das transformações estruturais anteriores, apesar dos limites também destas últimas. Esse retrocesso é o que configura uma contra-reforma, onde há quebra de condições historicamente construídas de efetivas reformas, dentro de um processo mais amplo de profundas transformações (BEHRING, 2002, p. 13).

A autora nos indica ainda alguns exemplos de desmonte do Estado no Brasil, na perspectiva de adaptação do país à dinâmica do capitalismo contemporâneo: a flexibilização nas relações de trabalho, as privatizações e sua relação com o capital estrangeiro, e os ataques à Seguridade Social pública. Considera-se de fundamental importância — principalmente ao assumir a direção governativa do país um novo governo que se propôs a redefinir o direcionamento dado às políticas sociais e, também, à política econômica — apreender como se efetivou o processo de flexibilização das relações de trabalho na área de saúde pública na década de 1990. Tal processo reúne um conjunto de estratégias, dentre as quais a desarticulação dos trabalhadores e a desqualificação do atendimento ao público — o que vem sendo denominado por alguns autores de *reforma informal* do Estado na área de saúde pública (NOGUEIRA, 1999).

Com tal balanço, acreditamos ser possível avançar para uma análise crítica acerca da gestão da força de trabalho e avaliar se houve ou há indicativos de mudanças nesse campo na área de saúde pública. Isso não é propriamente objeto do presente artigo, mas indicaremos algumas das ações realizadas pelo atual governo na temática trabalhada. O setor saúde detém importante parcela da população economicamente ativa deste país. Como parte do setor terciário, tem a característica de, mesmo com o incremento tecnológico, apresentar um dinamismo de crescimento, principalmente se comparado ao mercado de trabalho em geral (VIEIRA, 1998).

Paim (1994) apresenta distintos significados para o termo recursos humanos, como: pessoal de saúde; força de trabalho em saúde; categorias profissionais; agentes; e trabalhadores de saúde na área de saúde pública. Todas estas noções/conceitos "referentes aos Recursos Humanos [...] procuram, portanto, valorizar o componente trabalho. Conseqüentemente trazem para a reflexão [...] toda a problemática atinente ao 'mundo do

trabalho". No presente estudo, utilizamos a designação *força de trabalho em saúde* na acepção de Paim (1994), que:

[com] a compreensão dos Recursos Humanos como força de trabalho na sua dupla dimensão 'mercadoria' específica com desvantagem estrutural e ator social capaz de fazer história — além de 'sujeito-agente' das práticas de saúde, eticamente comprometido com a vida e com a redução do sofrimento humano, implica a superação da idéia de meros insumos da função de produção. Já não bastam os enfoques da administração, do planejamento normativo, de teoria do capital humano. Seus problemas também não são redutíveis à gestão do trabalho, ao planejamento estratégico, à economia política (PAIM, 1994, p.87).

E, para a designação *trabalhadores de saúde*, baseamo-nos na definição de Médici (citado por PAIM, 1994):

todos aqueles que se inserem direta ou indiretamente na prestação de serviços de saúde, no interior dos estabelecimentos de saúde ou em atividades de saúde, podendo deter ou não formação específica para o desempenho de funções atinentes ao setor (MÉDICI in PAIM, 1994, p.25).

Desde a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (leis n.ºs. 8.080 e 8.142/90), a questão da força de trabalho em saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) tem sido apontada como um dos seus nós críticos, sem, com isto, merecer o devido tratamento no que diz respeito à sua organização e gestão em nível nacional. Após mais de uma década da promulgação da Lei Orgânica da Saúde não temos — ainda — uma norma operacional que viabilize uma normatização clara para a gestão dos trabalhadores em saúde, tanto no que diz respeito às condições de trabalho de uma forma geral (formas de vínculo empregatício, carga horária, piso salarial), quanto à formação profissional dos trabalhadores em saúde.

A XI Conferência Nacional de Saúde apontou a necessidade premente de se formular uma Norma Operacional Básica de Recursos Humanos e as dificuldades no que diz respeito à questão. Apesar das dificuldades apontadas, a gestão da força de trabalho em saúde se efetiva na prática cotidiana dos gestores em saúde, baseada, no entanto, em princípios radicalmente contrários aos preconizados pelo SUS e pelo projeto de Reforma Sanitária. A década de 1990 é marcada pelo desenvolvimento do projeto de *contra-reforma do Estado*, com a gestão da força de trabalho em saúde através da estratégia de terceirização. Nogueira (1999b) realiza um balanço do SUS e aponta a realização de múltiplas reformas do Sistema Único de Saúde, mesmo que informais. No entanto, compreendemos que esta faz parte da mesma lógica — neoliberal — da chamada *reforma oficial* e expressa uma forma de implementação de

concepções liberais num país de características históricas como o Brasil. O autor afirma que a *reforma informal* se realiza sob a formatação das terceirizações e aponta duas formas de terceirização — uma externa e outra interna:

O contrato de serviços [...] é sempre sinônimo de terceirização [...] há um tipo de relação contratual que tem uma longa tradição no sistema público de saúde no Brasil e que é feito com a iniciativa privada [...] caracterizado pelo fato de o contratado privado entrar na relação utilizando a totalidade dos seus recursos físicos e humanos para prestar os serviços à clientela vinculada ao contratante público [terceirização externa]. O que há de novo na reforma informal [...] é que o contratante cede ao contratado [...] uma parte de seus próprios recursos (materiais e humanos) para prestar o serviço requerido, originando uma semiprivatização [uma terceirização interna]. Na medida em que esses arranjos ocorrem como resultados de negociações internas à organização [...], a legalidade e a impessoalidade do processo licitatório são bastante contestáveis (NOGUEIRA, 1999, p. 73-74).

A terceirização nos serviços públicos de saúde é prática recorrente, através dos prestadores de serviços, e também através de contratos por tempo determinado, que passam ao largo das determinações inscritas no Regime Jurídico Único. Além disso, não seguem à risca a expressão "por tempo determinado", visto que muitos contratados permanecem em seus cargos anos a fio, sem a realização de concursos públicos. É o que Cherchglia (1999) nos aponta, além da íntima relação entre terceirização e precarização do trabalho:

Uma forma de contratação temporária [...] é o contrato por tempo determinado, utilizando-se como argumento 'a necessidade temporária de excepcional interesse público'. [...] o que se tem observado é uma prorrogação indefinida [...] em determinadas situações. A terceirização estaria intrinsecamente ligada à precarização do trabalho, pois tem acarretado: menores salários, diminuição dos níveis de proteção social do trabalho, ausência de benefícios ou salários indiretos [...] e níveis mais altos de rotatividade. Um ponto destacado pelos sindicalistas é que a terceirização tem provocado fragmentação e desmobilização dos trabalhadores, com perda de poder de barganha dos sindicatos: as negociações perdem seu caráter coletivo para se tornarem localizadas e até mesmo individualizadas. [...] O processo mais geral de precarização das relações de trabalho, na saúde, é evidenciado pelas inúmeras formas de contratação, seja pela terceirização [...] pela 'cooperativização' do trabalho ou pelo contrato individual por tempo determinado [...]. No setor público de saúde encontramos [...] contratos de trabalho que transitam dentro de um gradiente de nenhuma proteção social até a estabilidade no emprego [...] (CHERCHGLIA, 1999, p. 382).

A questão central do impacto da gestão da força de trabalho no setor da saúde passa também pela terceirização dos serviços de saúde, seja via cooperativas, fundações,

organizações não-governamentais. Porém, devido à particularidade do funcionamento das cooperativas — a usurpação, com o respaldo jurídico-formal, dos direitos trabalhistas/sociais — estas vêm sendo umas das principais formas de terceirização na saúde pública, pois a flexibilização dos contratos de trabalho, sejam terceirizados ou não, acaba por refletir direta ou indiretamente na saúde de seus trabalhadores.

1.2 A SAÚDE E O SETOR PRIVADO

O setor privado mostra significativa complexidade (Elias, 1999), seja em termos dos subsetores que o compõem, seja na diversidade das modalidades internas de seus vários segmentos. O autor ainda esclarece sobre o segmento não lucrativo representado pelas instituições filantrópicas (principalmente as Santas Casas de Misericórdia), geralmente vinculadas ao SUS. O segmento lucrativo, à exceção de uma fração altamente especializada (ambulatorial e hospitalar), não mantém vínculo com o SUS. Sua parcela mais expressiva é representada pelo subsistema da atenção médica supletiva, conforme menciona Rodrigues Neto (1996):

Embora tido como autônomo em relação ao recurso público, esse segmento beneficia-se de várias formas desse recurso: na dedução do imposto de renda, na apuração dos balanços e lucros das empresas, das isenções tributárias decorrentes de alegadas finalidades filantrópicas e, sobretudo, do uso corrente dos serviços públicos pelos seus beneficiários, especialmente em emergências e procedimentos de alto custo (Rodrigues Neto, 1996, p.9).

O mesmo autor lembra ainda que a medicina supletiva teve origem no país através de um convênio firmado entre a Volkswagen e a Policlínica, em 1945, para atendimento de saúde a seus funcionários. Mas foi somente em 1964 que foi instituída oficialmente no sistema brasileiro, quando o então Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriários (IAPI) celebrou convênio com a Volkswagen, através do qual o instituto deixaria de prestar assistência médica aos empregados da organização conveniente, passando essa responsabilidade à própria empresa. Tal prática foi incorporada pelo INPS (Instituto Nacional de Previdência Social), após a unificação dos institutos, que devolvia mensalmente à empresa uma quantia correspondente a 5% do salário mínimo por trabalhador da empresa e, apenas no princípio, se desobrigava da atenção a esses segurados (OLIVEIRA E TEIXEIRA, 1986).

Desse modo, com a unificação dos institutos, a maioria das empresas convenientes com o INPS prestava assistência médica aos seus empregados através da contratação de outras empresas, denominadas de medicina de grupo, cuja função principal era de selecionar e controlar o absenteísmo da força de trabalho, melhorando a produtividade das empresas (BAHIA, 1997). O mesmo autor cita, ainda, que os convênios entre a Previdência e as empresas de medicina de grupo foram extintos em 1979, em decorrência de mudanças na Previdência, dentro de um contexto de abertura política pelo qual passava o país, desfavoráveis ao empresariamento da medicina. No entanto, várias empresas mantiveram os convênios com grupos médicos, mesmo sem a intervenção da Previdência, no início dos anos de 1980, período em que se observava latência no que tange ao crescimento da medicina supletiva no país (BAHIA, 1997).

Assim, um crescimento mais acelerado dessa modalidade de assistência ocorre no final dos anos 1980 e, segundo Bahia (1997), coincide com a redemocratização do país, envolvendo a modificação de aspectos da legislação no que se refere à participação das seguradoras como ofertantes de planos de seguros-saúde. Porém, esse crescimento é explicado, segundo a autora, por um conjunto de causas e efeitos que articulam relações do mercado segurador com elementos no interior do setor da saúde, mais especificamente com o declínio da qualidade de assistência médico-hospitalar pública. Na opinião de Pereira Filho (1999), o aumento observado entre 1987 e 1995 de 38% no número de pessoas que se filiaram ao sistema de saúde privado no país deve-se à precariedade dos serviços públicos de saúde.

De acordo com esses pensamentos, Paim (1999) alega que os mecanismos de racionamento das ações e serviços públicos de saúde dos anos 1980 (queda na quantidade de atendimento e filas) possibilitam a instalação de um círculo vicioso, em que a insatisfação expulsaria cada vez mais os setores com poder reivindicatório pela melhoria dos serviços. Esse quadro foi o responsável pelo que se convencionou denominar de “universalização excludente” – ou seja, a universalização da assistência à saúde veio acompanhada da exclusão de segmentos sociais de camadas médias e operariado qualificado.

Esses segmentos, dessa forma, demandam serviços diferenciados e contribuem para o crescimento e consolidação do mercado de planos e seguros no Brasil dos anos 1990, cuja cobertura, em 1997, era de 41 milhões de brasileiros, correspondendo a 25,6% da população (PEREIRA FILHO, 1999). Segundo os autores ALMEIDA A. (1999), PEREIRA FILHO (1999) e ELIAS (1999), o subsistema supletivo de saúde é composto por diferentes modalidades de empresas:

- **Medicina de Grupo** – empresas que trabalham com estrutura própria, além de serviços credenciados, administram planos para empresas ou famílias e são custeados por sistema de pré-pagamento. Em 1997, eram responsáveis pela cobertura de 17 milhões de beneficiários, 82,5% compostos por trabalhadores de empresas e seus familiares. São empresas dessa modalidade a Golden Cross, Amil, Blue Life, entre outras;
- **Cooperativas Médicas** – empresas regidas e organizadas pelas leis do cooperativismo, representadas pelas diversas uniões de médicos (Unimeds). Prestam assistência aos beneficiários por meio de contratos coletivos e/ou individuais, e o lucro de suas operações são rateados entre os cooperados (médicos e outros profissionais da área da saúde) que são, simultaneamente, sócios da cooperativa e prestadores de serviços. Esse segmento em 1997 foi responsável pela cobertura de cerca de 10 milhões de beneficiários;
- **Autogestão** – modalidade organizada por empresas públicas ou privadas, com administração própria ou contratada, que atua exclusivamente no atendimento dos quadros funcionais da empresa e de seus dependentes. Em 1997, perto de 9 milhões de pessoas foram assistidas por este sistema. São empresas que operam por essa modalidade: a Volvo, a Vilarés, o Banco do Brasil/CASSI, a Petrobras/Petros, dentre outras;
- **Seguro-Saúde** – operam no sistema de reembolso de despesas de acordo com as condições contratuais fixadas entre as partes e geralmente é aberto a todos os médicos e hospitais. Atuam nesse segmento as empresas Bradesco, Itaú, Sul América, dentre outras do ramo de seguros. Possuíam em 1997, aproximadamente 5 milhões de segurados.

A atuação dessas modalidades na assistência em saúde, apesar de largamente difundida, não possuía regulamentação comum que definisse quais as obrigações de um plano de saúde, ocorrendo, muitas vezes, a fraude contra o consumidor. Estes, precisando de assistência, freqüentemente acabavam sendo atendidos pelo subsistema público de saúde (REHEM, 1999). Com o intuito de que não só o Estado pudesse se ressarcir do atendimento aos beneficiários dos planos de saúde, mas também desafogar a rede pública para melhor atender aos que dispõe apenas do SUS (REHEM, 1999), foi sancionada a Lei nº 9556, de junho de 1998, que regulamenta a atuação dos planos privados de assistência à saúde no

Brasil (CONSELHO FERAL DE MEDICINA, 1999). Nessa Lei, através das medidas previstas, ficam mais claras as obrigações dos planos privados no sistema de saúde bem como o papel do Estado, que não pode se omitir, deixando que o contratante e o contratado se entendam, visto que o mercado não deu conta de se ajustar à complexidade do setor. O Estado deve, além de continuar sendo o responsável pelos serviços públicos de saúde, regulamentar a fiscalizar a prestação de serviços de saúde à população pela iniciativa privada, respeitando os direitos constitucionais, conforme rege a nossa carta magna:

A saúde é um direito de todos e dever do Estado (art. 196); a assistência à saúde é livre à iniciativa privada (art. 190); são de relevância pública as ações de saúde, cabendo ao Poder Público dispor, nos termos da Lei, sobre sua regulamentação (art. 197) (BRASIL, 1988, p.133).

1.3 ATENÇÃO INTEGRAL NA SAÚDE PÚBLICA E SUAS INTERFACES COM A SAÚDE DO TRABALHADOR DA SAÚDE

Ao escrever sobre saúde do trabalhador, têm-se noções de que se constitui uma área que tem como campo de intervenção as relações entre trabalho e saúde, objetivando a promoção e a proteção da saúde do trabalhador por meio do desenvolvimento de ações de vigilância dos riscos presentes nos ambientes e condições de trabalho, dos agravos à saúde do trabalhador e a organização e assistência aos trabalhadores, compreendendo procedimentos de diagnóstico, tratamento e reabilitação, de forma integrada, no SUS.

A década de 1980 presenciou, nos países capitalistas, profundas transformações no mundo do trabalho, nas suas formas de inserção na estrutura produtiva, nas formas de representação política sindical. Foram tão intensas essas modificações que se pode mesmo afirmar que a “classe-que-vive-do-trabalho”⁸ sofreu a mais aguda crise do século, que atingiu não só a sua materialidade, mas teve profundas repercussões na sua subjetividade e, no íntimo inter-relacionamento desses níveis, afetou a sua forma de ser (ANTUNES, 2002).

A dinâmica econômica redefinida pelas transformações em curso em escala mundial, a adoção de novas formas de gestão das empresas, o mercado de trabalho, as condições de vida

⁸ Essa expressão trazida por Antunes (2002) dá validade contemporânea ao conceito marxista de classe trabalhadora, pretendendo dar contemporaneidade e amplitude ao ser social que trabalha, à classe trabalhadora hoje. Inclui a totalidade do trabalho coletivo assalariado, ou seja, aqueles que vendem sua força de trabalho, tendo como núcleo central o proletariado industrial ou os trabalhadores produtivos (no sentido dado por Marx).

dos trabalhadores: essas mudanças constituem um novo paradigma econômico e societário que ocorre com inusitada rapidez; os seus impactos, porém, sobre os agentes sociais são desestruturadores e interferem na identidade dos trabalhadores que se tornam vulneráveis na estrutura societária em curso (CATTANI, 2002).

Fatores como a competitividade exacerbada, a exigência de produtividade, a busca incessante de lucro, mudanças na matriz produtiva e difusão quase planetária da teoria neoliberal (e a seu lado a idéia de Estado mínimo), levaram à precarização do trabalho. E, nesse jogo de mercado, o trabalhador se expõe a diferentes níveis de riscos que comprometem sua saúde e muitas vezes sua vida. Assim, a combinação entre avanços tecnológicos, aceleração imprevisível dos processos econômicos, sociais e culturais, a flexibilização dos direitos, colocam em jogo o ser humano em suas várias dimensões, individual e social.

A intensificação do processo de modernização tecnológica traz, para o universo do mundo do trabalho, profundas transformações. Há uma múltipla processualidade: de um lado, verificou-se uma desproletarização do trabalho industrial, fabril (diminuição da classe operária industrial tradicional), nos países de capitalismo avançado, com maior ou menor repercussão em áreas industrializadas do Terceiro Mundo e, de outro, efetiva-se uma expressiva expansão do trabalho assalariado, alicerçado em uma subproletarização intensiva, presente na expansão do trabalho parcial, temporário, precário, subcontratado, terceirizado (ANTUNES, 2002; CASTEL, 2000; POCHMANN, 2000).

Verifica-se, principalmente nos países desenvolvidos e em áreas industrializadas do Brasil, um processo de reestruturação na produção, nas formas organizacionais e no mercado de trabalho. Os novos processos de trabalho que emergem do atual processo de reorganização produtiva, ao induzir a flexibilização da estrutura ocupacional, recriam formas precárias de atividade produtiva e de trabalho. Ao fazê-lo, desarticulam a composição dicotômica que preponderava nos mercados de trabalho daqueles países que, em geral, podia ser sintetizada nas situações de emprego e desemprego (DEDECCA; MONTAGNER, 1992).

Os caminhos recentemente traçados para o estudo da relação trabalho e saúde têm-se definido pela pluralidade metodológica em direção à interdisciplinaridade, configurando possibilidades mais concretas de aproximação da realidade. Esses caminhos adquirem novos contornos no encontro de problemas atuais e antigos, mas que são colocados diariamente pelo universo do trabalho, pela área da saúde, pelos movimentos sociais no Brasil e em todo cenário nacional.

Tomando-se a saúde como perspectiva sociológica (THÉBAUD-MONY, 2000) e de processo social, torna-se possível pensá-la como um processo dinâmico através do qual o

indivíduo se forma ao longo de sua vida. Crescer e se desenvolver pressupõe passar por processos durante o desenvolvimento físico, psíquico e social, o que deixa marcas, ou seja, registros desses processos que ficam inscritos no corpo, na mente e nas atitudes, subsidiando, dessa forma, a subjetividade dos indivíduos.

Conceituar saúde não é uma tarefa fácil. O mais comum é usar o antônimo *doença* como explicação de se estar saudável, ou seja: não estar doente. Dejours (1987, p.11) destaca que “falar de saúde é sempre difícil. Evocar o sofrimento e a doença é, em contrapartida, mais fácil: todo mundo faz”. Mendes (2003) afirma que

o binômio saúde/doença pressupõe articulação entre as diferentes interfaces sociais e que ele depende do modo de viver, da qualidade de vida e do acesso que os indivíduos tenham a bens e serviços. Ao refletirmos sobre saúde, doença e trabalho na vida dos indivíduos e da coletividade, fica cada vez mais difícil falarmos de um mundo do trabalho que pertença, unicamente à esfera da fábrica e de um outro mundo externo ao trabalho, da esfera da rua (MENDES, 2003, p.88).

A concepção que norteia o foco deste trabalho é considerar a saúde do trabalhador como expressão do contexto em que ele está inserido, no qual os mais diversos fatores se associam e interagem, configurando vidas e ultrapassando a concepção causa e efeito, pura e simplesmente, buscando uma ampliação do conceito sociológico de saúde que abranja a totalidade das relações que ele contém e que se expressam no cultural (MINAYO, 2005). A relevância na compreensão desses aspectos é o que torna ainda mais desafiador este trabalho: ouvir histórias vividas e trazê-las em forma de palavras, sem menosprezar a riqueza dos detalhes implicados neste processo.

Dejours (1987) estabeleceu a noção de que a saúde, além de um conceito social e histórico, é a liberdade de adaptação dada ao corpo. Para que o trabalhador possa libertar seu corpo, é preciso garantir a qualidade de vida mesmo no ambiente de trabalho, entendendo-se que esse ambiente seja o “conjunto de fatores interdependentes, que atua diretamente e indiretamente na qualidade de vida das pessoas e nos resultados do próprio trabalho” (WERNER, 2001). São fatores ou componentes do ambiente de trabalho: o espaço que o trabalhador ocupa e seus fatores de espaço físico, mas também sua organização, a temporalidade, segurança e relações de trabalho. E aí se tem um espaço riquíssimo para explorar os processos escondidos pela invisibilidade social acerca desses fatores.

Ao mesmo tempo, o Brasil se encontra em uma etapa de seu desenvolvimento em que se necessita falar de trabalho no sentido amplo de seus significados, fato perceptível na

pluralidade dos processos vigentes, pois, no chão da mesma fábrica, é possível encontrar diferentes modelos de produção, que vão desde a manufatura até a automação industrial, sobrecarregando muitas vezes o trabalhador, que deve ter diferentes habilidades e qualificações cada vez mais exigentes para dar conta da produção, denotando a obviedade de seu sofrimento, muitas vezes claramente perceptível e impresso na expressão sofrida e rotinizada de cada trabalhador, mas que acaba por banalizar e tornar invisível aos olhos da sociedade a sua saúde mental. Como afirma Sato:

O Brasil é como se fosse um mapa arqueológico, onde formas materiais e simbólicas de vidas distintas convivem lado a lado oferecendo-nos desde processos manufatureiros até os mais sofisticados baseados na automação; onde o trabalho escravo faz parte da cadeia produtiva de grandes empresas; onde a crença de que o trabalhador é indolente e preguiçoso – dizem que porque descendemos de índios – convive com aquela que o trabalhador agora é responsável e tem condições de planejar seu próprio projeto de atividades e metas prescindindo de um controlador externo (SATO, 2002, p.32-33).

A realidade descrita acima é percebida não somente nos mesmos moldes de trabalho, mas também no chão da mesma fábrica, no mesmo espaço de trabalho, o que suscita a reflexão acerca das diferentes histórias, trajetórias e marcas dos trabalhadores, responsabilizando-os quando “falham ou erram”, ao ocasionar “a oportunidade de um acidente de trabalho” – discurso ainda presente nas falas implicadas neste processo marcado pela lógica da organização do processo de trabalho através da disciplina e do controle.

A área do conhecimento da saúde do trabalhador vem atender questões implicadas além do processo de trabalho, tendo sido definida por Nardi como:

O conjunto de conhecimentos oriundos de diversas disciplinas – como Medicina Social, Saúde Pública, Saúde Coletiva, Clínica Médica, Medicina do Trabalho, Sociologia, Epidemiologia Social, Engenharia, Psicologia, entre tantas outras –, aliado ao saber do trabalhador sobre as condições e a organização do trabalho, estabelece uma nova compreensão da relação saúde-trabalho e propõe uma forma diferenciada de atenção à saúde dos trabalhadores e intervenção em ambientes de trabalho (NARDI, 2002, p.283).

Esse conceito é fruto de uma construção coletiva e transdisciplinar, erigida ao longo do tempo, que evoluiu com as teorias sobre os esquemas de produção e os processos de trabalho neles implicados. No Brasil (NARDI, 2002), a denominação ‘saúde do trabalhador’ surge junto ao movimento de reforma sanitária, iniciado no início da década de 80, reunindo vários níveis da sociedade e promovendo espaços de discussões coletivas. Como resultado, a

consolidação do conceito legal pela lei 8.080 de 1990 do SUS – Sistema Único de Saúde, que estabeleceu os procedimentos de orientação básicos como forma de instrumentalização das ações e dos serviços em saúde do trabalhador. Essa lei foi definida e ampliada em 1998 pela portaria N.º 3.908, pela Norma Operacional em Saúde do Trabalhador – NOST-SUS. A seguir, citaremos o quadro formulado por Oliveira e Mendes (1996), que operacionaliza a evolução conceitual da Saúde do Trabalhador:

Determinantes do Processo Saúde/Doença	Ação Principal	Caráter Principal da Ação	Ator Principal	Cenário	Papel do Usuário	Campo da Saúde
1. Biológico	Tratamento da doença	Técnico	Médico	Hospital	O usuário é o objeto	Medicina do Trabalho
2. Ambiental	Prevenção da doença	Técnico	Equipe	Ambulatório	Usuário e ambiente são objetos	Saúde ocupacional
3. Social	Promoção da saúde	Técnico/Político	Cidadão	Sociedade	Sujeito	Saúde do trabalhador

QUADRO 1: SITUANDO O DESENVOLVIMENTO CONCEITUAL EM SAÚDE DO TRABALHADOR

Fonte: Oliveira, P.A. & Mendes, J.M. 1996.

Esta operacionalização possibilita perceber que a área da Saúde do Trabalhador contemporânea transcende os conhecimentos específicos da Medicina do Trabalho na direção do conflito capital-trabalho, tendo a saúde e o acidente de trabalho como expressão das desigualdades geradas por esse conflito (MENDES, 2003). Torna-se importante, até mesmo fundamental, ao se estudar a relação da saúde com o trabalho, entender como as sociedades constroem a saúde e quais são as possibilidades de sobrevivência individual e coletiva (THÉBOUD-MONY, 2000). O trabalho está, contudo – através de sua presença ou ausência – totalmente ligado à evolução da questão da saúde, evidenciando a atualidade do nexo produção-reprodução da força de trabalho-consumo-ambiente-saúde-doença, vistos na sua integralidade (FREIRE, 1995).

É importante se reconhecer a saúde do trabalhador, os desgastes físicos provocados pela modalidade do trabalho repetitivo, associado agora à característica polivalente da produção, e os fatores psicossociais do desemprego crescente, pois fornecem as bases para a criação de estratégias favoráveis ao trabalhador. Se o local de trabalho é o espaço no qual os processos organizativos estão disponibilizados para alcançar determinados fins, é importante

perceber que os elementos que o integram não são homogêneos, pois os trabalhadores criam vínculos e regras próprias, e nem sempre obedecem ao dito, ao mensurável, ao controlável. A observação dessas práticas de trabalho, bem como das relações delas decorrentes, tornam-se pertinentes em um estudo como este, que busca compreender a relação do adoecimento com o trabalho.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS)⁹, oficializado pela Constituição Federal de 1988 e pelas leis subseqüentes gestadas pelo Estado, determinam a saúde como direito igualitário e universal, garantido pelo Estado e baseado na universalidade do acesso, na integralidade e equidade da atenção, com participação e controle da sociedade organizada. O trabalhador da saúde tem, nessa história, um papel decisório, pois representa o resultado de políticas e práticas pensadas e planejadas pelos gestores. Mesmo tendo avançado, o SUS motiva debates relativos a questões enfrentadas no cotidiano do trabalho, que agem diretamente no processo do fazer dos profissionais que atuam no sistema. Problemas e dificuldades sentidos e vividos nos mais diferentes processos de trabalho e que acabam por refletirem-se na saúde de seus trabalhadores.

Sob esse contexto, pode-se perceber que o trabalhador da saúde também é partícipe das transformações sofridas não só pelo Estado, mas pelo próprio mercado de trabalho. As transformações societárias repercutem diretamente na implementação das políticas sociais, em especial as de saúde, pois o trabalhador da saúde “ainda fica exposto aos riscos que afligem ao conjunto da classe trabalhadora, submetida a novas formas de gestão e organização do trabalho e consumo da força de trabalho. Nesse contexto, são sujeitos e sujeitados” (MENDES, 2006, p.01).

⁹ Definido como sendo o “o conjunto de ações e serviços de saúde prestados por órgãos e instituições Públicas Federais, Estaduais e Municipais, da Administração Direta e Indireta e das Fundações mantidas pelo Poder Público” e, complementarmente, “pela iniciativa privada.” Esta definição está no artigo 4.º da Lei federal 8.080. O SUS é uma nova formulação política e organizacional para o reordenamento dos serviços e ações de saúde estabelecida pela Constituição de 1988 e posteriormente às leis que a regulamentam. O SUS é resultante de um processo de redemocratização impulsionado pelo debate impulsionado pelo movimento sanitário, ampliado mais tarde para o campo da saúde coletiva sendo, portanto, um novo sistema de saúde que está ainda em construção. O SUS há que ser entendido em seus objetivos finais – dar assistência à população baseada no modelo da promoção, proteção e recuperação da saúde – para que, assim, busquemos os meios – processos, estruturas e métodos – capazes de alcançar tais objetivos com eficiência e eficácia e, torná-lo efetivo em nosso país. Esses meios, orientados pelos princípios organizativos da descentralização, regionalização, hierarquização, resolutividade, participação social e complementaridade do setor privado, devem constituir-se em objetivos estratégicos que dêem concretude ao modelo de atenção à saúde desejado para o Sistema Único de Saúde.

A priorização do tema ‘saúde dos trabalhadores da saúde’ parece estar latente na agenda dos debates sobre o SUS. A escuta dos trabalhadores desse setor não pode mais ser adiada. O destaque que o trabalho em saúde ocupa, para além das discussões normativas, torna-se peça chave de uma política de base sistêmica: temos que cuidar de todas as partes, independentemente de sua relevância ou grandeza, ou seja, para que o sistema funcione, o todo deve ser harmônico e coeso.

A discussão que se impõe neste trabalho parte da fala dos trabalhadores da saúde. Para além de queixas, serão priorizados pontos estratégicos para fomentar o debate sobre a política do trabalhador e sua relação com a política de atenção básica em saúde. O processo de humanização em saúde tem suas origens nos movimentos de reformas sanitárias, nas conferências de saúde e nos grupos militantes voltados a ações em prol do desenvolvimento de uma consciência cidadã, cujas atuações se tornaram, a partir da década de 1980, gradativamente influentes, estruturadas e articuladas. A reordenação do conceito de saúde, pedra de toque do movimento de reforma sanitária, incorpora entre seus determinantes as condições de vida e desloca no sentido de ser a comunidade médico-hospitalar a diretriz da atenção à saúde (QUEIROZ, 1992).

A institucionalização desse processo, com a Constituição de 1988 e a estruturação do SUS, inaugurou o reordenamento teórico, paradigmático e operacional da saúde, que a levou a ser compreendida no âmbito da Segurança Social. Nesse contexto, a idéia de humanização passou a ser entendida como “a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde” (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE/POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2004).

Destaca-se, na definição, que o esforço da humanização é concebido como aporte de valor positivo, alocado ao sujeito implicado na produção da Saúde, embora no entendimento comum não seja raro que se designe o usuário ou o cliente externo como principal, senão único, agente da humanização. Quaisquer que sejam as antropologias consideradas na sustentação da noção de sujeito, tem-se ainda, no âmbito da humanização em saúde, uma dimensão que transcende a idéia de pessoa, funcionário, servidor ou usuário, aproximando-se da noção de instância ou de lugares institucionais.

Isso, por outro lado, não significa que ela venha ignorar a dimensão particular dos sujeitos. Ao contrário, pelo fato de a humanização em saúde definir-se pelo valor atribuído ao esforço dos sujeitos na produção de saúde, quando se contemplam a autonomia, o protagonismo, a co-responsabilidade e a vinculação das instâncias, põe em evidência (dada a noção de valor) a dimensão da subjetividade e da singularidade. Categorias como vínculo,

responsabilidade e autonomia destacam a ênfase na subjetividade, posto que não são categorias do mundo inerte, mas próprias do sujeito.

No plano de sua realização político-institucional, a humanização recebeu acolhimento, com a implantação do Programa Nacional de Humanização, continuidade e incremento, quando o Programa foi alçado a uma dimensão de Política Nacional de Humanização. Esse passo não foi sem importância, como se refere explicitamente o documento oficial: “Para isso estamos construindo uma política que nomeamos Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde Humaniza – SUS” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004, p. 9).

Contudo, a despeito de sua maior visibilidade de esforço voltado a sua implementação, bem como do grau de realidade envolvido em suas propostas e do compromisso oficial traduzido em empenho de organização e formalização, a política de humanização encontra-se longe de constituir-se em realidade. Em seus esforços de implementação, não raro observam-se desequilíbrios, que ocorrem até como consequência da falta de assistência endêmica instalada no setor saúde. O fato é que a ênfase dada ao empenho de humanização na saúde pende para o lado das necessidades imediatas do usuário ou cliente externo, de acordo com uma lógica dicotômica de confrontação alimentada por uma tradição paternalista, cujo efeito mais direto se traduz em uma espécie de passividade dos serviços. Nesse caso, é a própria essência da política de humanização que se vê comprometida nessa má ponderação, uma vez que se alteram os preceitos de co-responsabilidade, vinculação solidária e participação coletiva no processo de gestão. A integralidade, numa acepção mais ampla e livre, implica mais do que uma lógica definidora do objeto saúde, entendido como entidade biopsicossocial, mas uma compreensão do próprio processo de produção de saúde e de seus sujeitos. O próprio Ministério da Saúde enfatiza essa concepção integral das instâncias presente na política de humanização quando salienta que parte importante do encaminhamento do processo de humanização apóia-se “no estilo de gestão e na estrutura de poder das instituições de saúde”, uma vez que estilo e estrutura “determinam e condicionam posturas e comportamentos relativos aos vínculos profissionais de saúde e usuário, bem como entre os profissionais de saúde entre si” (POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO, 2004).

As iniciativas de humanização, encaminhadas como programa e, em seguida, como política, receberam influências diversas. Não cabe aqui históriá-las. Uma delas foi particularmente importante e, se é salientada, é porque trouxe de imediato à baila a questão da subjetividade dos sujeitos e pôs em relevo, como condição precípua de sua realização, a questão da reflexão das relações dos profissionais no interior das instituições de saúde. Trata-

se do processo de humanização que incidiu inicialmente num setor mais específico e menos abrangente, que é a área de Saúde Mental.

O modelo da saúde mental se desenha no discurso da medicina desde que, em 1948, a recém fundada Organização Mundial da Saúde passou a promover um novo conceito de saúde, transcendendo as dimensões exclusivas da saúde biológica. Nesse novo conceito, não se tratava mais de se pensar a saúde como ausência de doença ou invalidez, mas de promoção de um estado de bem-estar completo, físico, mental e social. Uma das conseqüências imediatas dessa nova definição foi a substituição do conceito de higiene mental pelo de saúde mental, o que implicou uma mudança substancial de concepção, no rastilho que acompanhou a mudança geral do campo da saúde (REIS et al., 2004).

Na América Latina, essa mudança se concretizou no Primeiro Congresso Latino-americano de Saúde Mental, organizado no Brasil em 1954, e no Segundo Congresso, que aconteceu em Buenos Aires, dois anos mais tarde. O novo conceito, estreitamente ligado à Declaração Universal dos Direitos Humanos, também nascida em 1948, permitia articular de forma estruturada as disciplinas pertencentes à Saúde Mental às ligadas à Saúde Física. Apesar das críticas que foram formuladas — *a posteriori* — no sentido de sua generalidade e imprecisão, o novo conceito se legitimou com relativa rapidez dentro do campo médico e da saúde pública (REIS et al., 2004).

Nesse momento, há de se assinalar que não só o campo da Saúde Pública era atingido pelo impacto dos movimentos de recomposição da prática médica (Medicina Integral e Medicina Preventiva), como estes começavam a gestar os princípios que antecipariam a proposta da Saúde Coletiva. Esse fato abriria espaço, a partir do segundo quarto do século XX, para o ingresso e contribuições decisivas das Ciências Humanas no campo da Saúde Pública, tal como bem mostrou Birman (1991).

No primeiro caso, o movimento se caracterizou, de acordo com Alvarenga (1984), entre outros aspectos, pela integração do “social” à prática médica, bem como pela “necessidade do descentramento do enfoque biológico [...]” (DONNANGELO, 1976). Tratou-se, pois, conforme Alvarenga (1976), de uma estratégia que promoveu uma concepção globalizada do objeto individual e tentou recuperar sua totalidade biopsicossocial.

No segundo caso, mais tardio, caracterizado pela proposta de Saúde Coletiva, o conceito de Saúde foi enriquecido pelos aportes das Ciências Humanas, particularmente na incidência de suas críticas ao discurso bionaturalista, que condicionava então o estreitamento pela qual se considerava a saúde. Esse remanejamento de paradigmas possibilitou que, a partir daí, se passasse a considerar legitimamente o corpo não apenas como entidade natural, mas

como lugar atravessado por desejos e condicionado em seu funcionamento pela vida simbólica. Na esteira dessa legitimação, começa a emergir a categoria de “trabalhadores de saúde mental”, já que se faz necessária uma ampliação de categorias profissionais para tratar da saúde psíquica, que até esse momento era patrimônio quase exclusivo do médico, enfatizando prioritariamente a doença, e não o sujeito. Já não se fala em trabalhar com a patologia, mas sim a favor do bem-estar. Assim, percebe-se que o modelo que vai se construindo sob a égide do conceito de saúde mental é um modelo que, embora se tenha organizado a partir da psiquiatria, recebeu influências de várias outras disciplinas, com destaque para aquelas pertencentes ao campo das ciências humanas, tais como a psicanálise, a sociologia, a antropologia.

Num plano mais geral, não se pode ocultar o pano de fundo sobre o qual se desenharam as transformações no campo da Saúde. Trata-se, no caso, de um dos acontecimentos políticos mais significativos do século XX: a Segunda Guerra Mundial. As conseqüências da deflagração do conflito mundial imprimiram a necessidade do resgate dos valores humanos frente aos horrores dos campos de extermínio e da guerra atômica.

Toda uma construção que alicerça o Estado de Bem-Estar social se originou a partir da tentativa de se criarem novos paradigmas, visando evitar a repetição do pior, e a Saúde não se achou excluída desse esforço. A valorização do conceito de saúde mental, bem como seu campo de atuação, veio deslocar a ênfase dada ao discurso médico para uma atenção multidisciplinar, na qual os discursos de diversos saberes pudessem construir uma visão integrada do sujeito em sofrimento, trazendo, desta feita, a um plano primeiro, a sua singularidade e sua subjetividade, opondo-se à visão fragmentada de sujeito, repartido entre diversas disciplinas.

Nesse âmbito, convém assinalar que parte do aporte significativo da psicanálise no remanejamento dos paradigmas da Saúde foi dada pelo conceito de singularização do acontecer psíquico. Vale dizer que, enquanto a psiquiatria procedia pelo estabelecimento da ordenação do mal-estar dentro dos grandes quadros psicopatológicos, a psicanálise propunha uma abordagem singular do paciente, no sentido de considerar a maneira própria pela qual os pacientes conseguiam organizar o seu sofrimento dentro de um sentido possível para eles.

Torna-se mais claro que a questão sobre a qual se desenrola o embate não incide sobre o indivíduo, mas sobre a singularidade do sujeito em sua dimensão psíquica. Além disso, diversas contribuições oriundas das vizinhanças psicanalíticas, como os trabalhos iniciais de Bion (1967) sobre o funcionamento psíquico dos grupos, vieram mostrar que o aspecto da realidade social deveria ser parte incontornável do procedimento diagnóstico e curativo.

Assim, no âmbito da Saúde Mental, passou-se a incorporar estratégias capazes de entender e atender os aspectos alienantes da realidade social e laboral na qual o paciente encontra-se inserido. Os trabalhos realizados pela psiquiatria sobre os efeitos dos traumas de guerra serviram de importante alicerce para se poder realizar essa conexão entre um processo de adoecimento e o meio em que este se realiza.

É verdade, igualmente, que as iniciativas que se desenrolaram no campo da Saúde Mental foram incentivadas pelo fato de ali vicejarem as condições mais deletérias, mais desumanas no campo da saúde, afetando e brutalizando todos, clientes internos e externos. Foi nesse elo fraco do Sistema de Saúde que irrompeu uma das primeiras e mais radicais manifestações em prol da humanização do setor. Tal processo se deu através da batalha antimanicomial, pela extinção dos castigos corporais e mentais disfarçados em técnicas terapêuticas, pelo fim do abuso medicamentoso, pela liberação da palavra e abertura de sua escuta, pelos direitos dos pacientes e, sobretudo, pelo reordenamento das relações dos profissionais de Saúde entre si e de suas relações com os pacientes. As iniciativas no campo da Saúde Mental, que antecipariam o movimento mais geral de humanização da saúde, se constituíram, antes de tudo, em uma instância de liberação.

Nos anos 70, tornaram-se célebres, sobretudo no Primeiro Mundo, as iniciativas voltadas à prática de análises institucionais e à criação de comunidades terapêuticas em que se processaram as primeiras experiências significativas de relações humanizadas no campo da saúde. Compreendeu-se, nesse contexto, que as relações desenvolvidas entre os profissionais das comunidades tinham um efeito direto sobre a saúde dos pacientes. A partir das experiências desenroladas no interior dessas comunidades, entendeu-se de imediato o desmantelamento do poder institucional, produtor de práticas abusivas e desumanas, e que passava por discussão de suas iniciativas e problemas, a qual era capaz de envolver, em seus níveis diversos, o conjunto dos sujeitos participantes do processo de produção da saúde. Fora dessas condições de participação, responsabilidade e interação, os procedimentos de humanização, mesmo tratando-se de iniciativas positivas, quando processados “goela abaixo”, só mantinham o que aparentemente se queria abolir. No rastilho disso e fortemente condicionado pelas lutas feministas, o processo de humanização que colocava em questão tanto uma visão naturalista do processo de saúde-doença como o princípio de poder institucional comandando práticas e comportamentos estendeu-se também em relação às práticas médicas dirigidas à mulher, precipuamente ao parto. Daí para frente, a Saúde como um todo se viu atingida por um movimento libertador iniciado nos porões sombrios onde jaziam os dementes (REIS et al, 2004).

Certamente, o profissional de saúde que trabalha no contexto da rede pública já ouviu falar, até bastante, das iniciativas de humanização. Alguns deles já participaram — e participam — de iniciativas isoladas, bem-sucedidas, nos seus locais de trabalho. Geralmente, elas se realizam porque o gestor demonstra interesse em impulsioná-las. A utilização do conceito de humanização no campo da saúde é recente, não existindo, ainda, grande quantidade de pesquisas sobre o tema. Humanização pode ser objeto de distintas interpretações, as quais orientarão as questões a serem pesquisadas. Uma vez que o conceito de humanização está ligado ao paradigma dos direitos, e a cada dia surgem novas reivindicações de direitos que remetem às singularidades dos sujeitos, esse paradigma vem se tornando complexo, expandindo-se e alcançando novas esferas sociais e discursivas.

Muitas vezes, a empreitada toma o viés de uma melhoria nas condições do espaço físico e de circulação dentro dos prédios; outras vezes é relativa à instalação de diversos grupos de acolhimento a pacientes com patologias específicas; ou, ainda, dirige-se a trabalhos sobre aleitamento e orientação do parto. Também não é raro assistir à promoção de uma série de treinamentos, dirigidos aos funcionários encarregados de recepção ou da enfermagem, sobre a melhor modalidade de atendimento aos pacientes e, então, o projeto de humanização está em andamento.

Sem nenhuma intenção de se desvalorizar tais medidas, que em muito ajudam os pacientes que circulam pelas instituições de saúde, faz-se, entretanto, necessária uma análise mais aprimorada, tendo-se em conta o contexto institucional no qual elas se desenvolvem. Como ponto de partida, convém resgatar a famosa frase pronunciada no filme de Visconti, baseado no romance de Tomasi di Lampedusa, *“Il Gattopardo”*. O velho aristocrata, questionado em relação às mudanças que se anteviam na sociedade italiana com a ascensão da burguesia, replicava: “Se faz necessário que algo mude, para que o essencial continue intacto”. Sob que condições a humanização na saúde pode servir ao conservadorismo? Em suma, qual seria esse “essencial” que necessita ser protegido? Ora, pode-se perceber nas instituições de saúde, tanto no nível dos complexos hospitalares como em postos ou centros mais simples, a existência organizadora de certa lógica — “árvores de lógicas”, na expressão de Baremlitt (1986), ou ramificações de sentidos — que continua sendo tributária do discurso da medicina. Esse discurso médico é aquele que dá ênfase e promove a relação curativa e assistencial, estimando como menores as ações que possam advir da prevenção e elidindo, na consideração diagnóstica, os fatores relacionados ao estatuto socioeconômico ou subjetivo, singular, do paciente atendido.

Esse tipo de lógica, que se poderia denominar instrumental, estende-se como pano de fundo da prática da medicina. Foi somente em tempos recentes, da segunda metade do século XX em diante, que tal prática passou a ser alterada pelas contribuições de numerosas disciplinas pertencentes a outros campos epistemológicos, conforme já mencionado, de forma a poder abrir novos espaços para outras formas de tratamento.

Isso não significa que a velha lógica, a título de instituído fundador, não reapareça de forma às vezes muito pouco consciente nas práticas cotidianas dos agentes de Saúde, fazendo resistência às intenções de maior abertura preconizadas, no plano ideológico, pelos próprios agentes. Nesse particular, entende-se que toda ideologia porta tanto aspectos conscientes quanto inconscientes, que se encontram numa permanente tensão, à medida que as práticas que ela propõe acham espaço para operar na realidade.

Foucault (1994; 1995), através de sua obra dedicada à observação da história da medicina, demonstra que a predominância do discurso científico — do qual a medicina é uma das filhas diletas — vai produzindo uma prática que se afasta cada vez mais da singularidade para se alicerçar numa consideração da generalidade do “caso”, excluindo o sujeito como possível co-responsável no processo de sua cura, privando-o de fala ou decisão sobre seu corpo, e colocando o profissional médico como possuidor de uma verdade inquestionável sobre a doença. A humanização em saúde aparece, assim, como uma intervenção nessa lógica e finda por questionar paradigmas que sustentam esse modo de ver o mundo. Tal intervenção e tal questionamento têm, amiúde, por efeito, provocar fortes resistências nos sujeitos que compartilham a lógica instrumental.

Freud (1856-1939) ensinou que toda forma de ver o mundo se sustenta, para cada sujeito, em poderosas moções inconscientes. Essa idéia, apropriada e largamente desenvolvida pelas correntes institucionalistas, ajuda a compreender, em parte, a forte inércia que acompanha todo processo de mudança. A relação entre uma visão de mundo e os sujeitos que a sustentam não opera em sentido único. A visão de mundo e as práticas que dela se desdobram também produzem uma subjetividade específica, criam sujeitos que apóiam sua identidade nessa visão.

O ditado popular o expressa de forma clara: “o hábito faz o monge”. Em muitos momentos das discussões com os profissionais da saúde, em relação à humanização, essa resistência aparece claramente travestida de diferentes roupagens, que pode ser bem apreendida quando da escuta desses profissionais, conforme demonstrado nos resultados da pesquisa. Pode-se pensar que ali se manifestam sujeitos que foram se produzindo nas práticas que eles desenvolvem ou, no mínimo, reforçados por elas em traços que lhes são próprios.

Não se pode esquecer, a respeito desse propósito, que nossa cultura é muito permeável a um estilo de gestão autoritário, tanto na esfera pública quanto na privada, que gera uma constante confusão entre o espaço próprio e o espaço coletivo.

Mas o melhor diagnóstico encontra-se no Documento Básico para Gestores e Trabalhadores do SUS, sobre Política Nacional de Humanização, que elenca certo número de desafios que o SUS enfrenta na sua implantação (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004. p.13):

- fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais”;
- fragmentação da rede assistencial dificultando a complementaridade entre a rede básica e o sistema de referência;
- precária interação entre as equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção;
- sistema público de saúde burocratizado e verticalizado;
- baixo investimento na qualificação dos trabalhadores, especialmente no que se refere à gestão participativa e ao trabalho de equipe;
- poucos dispositivos de fomento à co-gestão e à valorização e inclusão dos gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção da saúde;
- desrespeito aos direitos dos usuários;
- formação dos profissionais distante do debate e formulação da política de saúde;
- controle frágil dos processos de atenção e gestão do SUS;
- modelo de atenção “centrado na relação queixa-conduta”.

Essas práticas, mais do que ações condenáveis e criticáveis, aparecem como elementos institucionais produtores de sujeitos fragmentados, burocratizados na sua relação com os usuários, individualistas e distantes da percepção da sua própria importância para a sustentação da política de saúde, na qual se acham imersos. A apatia e a indiferença são majoritariamente efeitos da violência e do desamparo, do cerceamento que uma política de saúde como a descrita os submete no seu cotidiano.

É importante, ainda, assinalar que, embora a discursividade médica, com sua lógica centrada no profissional, na ação curativa e focada na queixa, produza efeitos presentes numa prática de saúde desumanizada, não é possível, contudo, atribuir-lhe uma total responsabilidade na manutenção das condições de precariedade do sistema de atenção à

saúde. O essencial da desumanização reside no descaso histórico e politicamente produzido pelos sucessivos governos, pela insuficiência de políticas próprias e pela falta de inter-relação entre as que foram planejadas. Outros países, aplicando corretamente o mesmo modelo, conseguem condições razoáveis, dentro do campo da assistência.

Mas, retornando ao particular da questão da humanização na saúde, entende-se que uma política de humanização efetiva só pode funcionar se compreendida como uma verdadeira intervenção institucional na lógica instalada dentro do sistema de saúde, assim como nos diferentes níveis de efeitos que ela comporta. Para isso, a intervenção não pode ser menos que uma política, isto é, um dispositivo de amplo alcance sustentado pela maior instância de gestão do Estado. O fato de a humanização ter sido apresentada, até recentemente, como um programa, e não como uma política, limitava suas possibilidades de autorização e, portanto, de intervenção nos espaços onde era proposta.

1.4 DESAFIOS E POSSIBILIDADES DA POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO DA SAÚDE

A temática da Humanização se legitima a partir de 2000, quando o Ministério da Saúde regulamenta e formaliza o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), sendo incluído esse tópico na 11.º Conferência Nacional de Saúde, realizada no mesmo ano. Constituído como uma política ministerial, o PNHAH destina-se a promover uma nova cultura de atendimento à saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000) e teria o objetivo de aprimorar as relações entre profissionais e usuários, hospital e comunidade, visando à melhoria da qualidade e eficácia dos serviços prestados por essas instituições (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000).

Segundo revisão teórica produzida por Deslandes (2004), o termo Humanização vem sendo utilizado freqüentemente no campo da saúde, identificado inicialmente com a humanização na assistência ao parto e no acompanhamento aos direitos reprodutivos das mulheres. Alguns projetos relacionados à promoção da saúde nos infantes e à proteção materno-infantil têm sido amplamente apoiados pelo Ministério da Saúde e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), considerados referência para saúde pública.

Atualmente, o programa foi substituído por uma perspectiva transversal, ampliada a uma política de assistência denominada “Humaniza SUS”. Com um conjunto de iniciativas que alocam um alicerce mais amplo, ainda há a carência de uma definição mais objetiva, pois,

como sugere Deslandes (2004), configura-se como “uma diretriz de trabalho, um movimento de parcela dos profissionais e gestores, do que um aporte teórico-prático”. A autora discute ainda que a temática da humanização poderia gerar algum desconforto entre os profissionais, pois a designação de uma atenção mais “humanizada” poderia ser subentendida como uma sobreposição a práticas anteriores “desumanizadas”, reforçando o caráter contraditório presente nas ações em saúde. Deslandes (2004) traz ainda a idéia de que a noção de humanização empregar-se-ia sob uma forma de assistência que valorizasse a qualidade do cuidado sob o ponto de vista técnico, associado ao reconhecimento técnico dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, implicando ainda a valorização do profissional e o diálogo intra e inter-equipes. Essa operacionalização da atenção em saúde se configuraria como a expressão prática de algumas lutas históricas do campo da saúde coletiva, tais como a democratização das relações envolvidas no atendimento, a melhoria da qualidade do diálogo entre as partes envolvidas e o reconhecimento das expectativas tanto de profissionais quanto dos usuários, sujeitos dos processos terapêuticos.

A compreensão de que a Humanização pode ter uma incidência sobre a lógica do atual sistema de organização das práticas de saúde, por tudo o que foi expresso, não implica nem a cegueira em face das dificuldades da tarefa, nem a necessidade de firmá-la como um processo de longo alcance, que não sofra deturpações de acordo com a vontade do governante do momento. Decorre daí a importância de se estabelecer a Humanização como política de amplo alcance dentro do campo nacional da saúde. Essa política, se continuada, deve contemplar alguns aspectos concretos que aparecem como fundamentais. Assim, em primeira instância, deve ser entendido que as instituições de formação profissional são partes imprescindíveis desse processo, uma vez que são os grandes aparelhos formadores que possibilitam a transmissão não somente da técnica e da informação quanto da ideologia que sustenta sua operacionalização concreta.

Um dos grandes desafios da Humanização é incidir na reformulação curricular, de forma a permitir uma visão mais abrangente do processo de prevenção e assistência, que toma o nome de “clínica ampliada”. Ampliada, na medida em que se entende qualquer procedimento clínico como produtor de subjetividade, sendo, portanto, uma ferramenta importantíssima tanto na formação de cidadãos ativos e responsáveis quanto para propor lugares alternativos à passividade e à inércia presentes no processo de adoecimento e cura. Isso constitui uma reviravolta de porte, não somente para os pacientes, instados a “não incomodar o médico”, quanto para os profissionais, que foram ensinados a não escutar o paciente, na medida em que ele próprio “não sabe” do seu mal-estar.

Outro espaço em que essa mudança enfrenta uma batalha cotidiana é o da gestão das práticas. Todo um sistema de pensamento está plasmado num sistema de gestão, que abrange desde a maneira pela qual o profissional se posiciona até a elaboração de planejamentos institucionais, locais e gerais. A incorporação efetiva dos organismos já existentes de participação da comunidade, assim como a criação de novos dispositivos, surgem como formas decisivas de intervir na gestão institucional dos problemas, de realizar a humanização da saúde como instância de libertação. Considerando a organização e a estrutura física das instituições de saúde da rede pública, a formação biomédica, as relações de trabalho e sua lógica de produção, haveria espaço para mudanças estruturais e para a implementação de novos conceitos e práticas voltados para a humanização da assistência?

Na verdade, trata-se de diferentes efeitos de um mesmo processo. Contudo, um dos mais importantes aparece como sendo o espaço do próprio profissional da saúde. À proporção que a política de humanização passa a ser vivida, prioritariamente, como uma perda do poder de decisão e uma delimitação de sua autonomia, o profissional de saúde a ela resistirá, com maior ou menor intensidade. A política de Humanização em Saúde deve ser um instrumento de transferência de um poder centralizado, que envolve naturalmente risco e responsabilidade, para um poder compartilhado, no qual diferentes instâncias – profissionais, pacientes e gestores — possam sustentar o delicado processo de prevenção e assistência.

Os elevados índices de adoecimento daqueles que devem dar conta de demandas de altíssima complexidade com precários recursos materiais e subjetivos, como mostrado por autores como Kogima (2004), Moreno e Cols. (2002), sobre a comunicação do resultado de sorologia positiva de Aids, são mostras correntes dos efeitos dessa concentração de poder que se sustenta na lógica instrumental. Ora, uma política de humanização consistente não é nada mais – e nada menos — que uma rede de amparo e contenção não somente para os pacientes, como também para os profissionais que nela se acham implicados e, nesta exata medida, surge como uma instância de libertação real de seus sujeitos.

A superação da díade tecnologia e fator humano¹⁰ é etapa fundamental para a solução de conceitos que não dão mais conta da peculiaridade do trabalho em saúde. Há de se voltar para a construção de um olhar ampliado sobre a produção do cuidado em saúde, incluindo-se fatores de gestão de saberes e competências da saúde. As mudanças culturais deverão respeitar a diversidade de suas próprias expressões, bem como as expectativas e demandas não só dos usuários em relação aos serviços, mas também dos trabalhadores da saúde em

¹⁰ Fator Humano compreendido aqui como expressão que denomina o comportamento dos sujeitos no trabalho

relação ao seu próprio processo de trabalho. Há de se ampliar, ainda, a discussão para as condições estruturais do trabalho em saúde e do profissional, sujeitado muitas vezes à carga intensa de trabalho, o que acaba refletindo na degradação de sua própria saúde, de forma que a discussão da humanização da assistência em saúde deva passar, antes, pela discussão da humanização da produção dessa assistência, humanizando-se.



Fonte: Pesquisa Diagnóstico de Saúde do Distrito Leste de Porto Alegre, 2005

2 O ACOLHIMENTO COMO PRÁXIS DE APROXIMAÇÃO ENTRE O USUÁRIO E O SERVIÇO

Nesta seção, procura-se localizar a noção de acolhimento como um eixo norteador das ações em saúde realizadas na atenção básica, entendendo o acolhimento como um modo de cuidado. A noção de cuidado, personalizada na figura do cuidador, tem sido debatida, há algum tempo, por diversos autores (ROTELLI, 1990; DELL'ACQUA & MEZZINA, 1991; LEAL, 1999; FIGUEIREDO, 1999; MERHY, 2002), em decorrência dos novos paradigmas que demarcam o Modo Psicossocial¹¹. Para os fins desta pesquisa, a noção de acolhimento é tomada como uma práxis “intercessora”¹² nos processos relacionais travados entre profissional de saúde e usuário, e como um atributo das práticas clínicas em saúde, realizadas por qualquer membro da equipe.

Dessa forma, a pretensão da discussão aqui proposta é situar o lugar do acolhimento enquanto uma atitude cuidadora ou postura capaz de redimensionar a práxis cotidiana nas unidades básicas de saúde e nas equipes de Saúde da Família, quando da abordagem e do cuidado às pessoas. Esse movimento de acolher não se restringe aos espaços de recepção nas

¹¹ Costa-Rosa (2001, p.14) afirma que o Modo Psicossocial pode ser conceituado segundo quatro parâmetros: 1) Em relação ao objeto e aos meios de trabalho, preceitua a implicação subjetiva do usuário e a horizontalização das relações interprofissionais e para com a população da área; 2) Em relação às formas de organização intrainstitucionais, preconiza reorientação no sentido de uma distribuição horizontal e distinção das esferas de poder; 3) No que se refere à situação espaço-geográfica, imaginária e simbólica da instituição, indica a tomada do território como referência e a integralidade das ações nele realizadas; 4) Quanto à ética dos efeitos das ações em saúde mental, pontua a superação da ética da adaptação para uma ética pautada na meta da produção de subjetividade singularizada.

¹² A palavra intercessora é utilizada neste trabalho na mesma acepção que lhe é conferida por Gilles Deleuze, ao desenvolver o conceito de “intercessor” (2000, p.151-168). Para aprofundamento no tema, ver trabalho do autor: Os Intercessores. In: Conversações. (Tradução de Peter Pál Pelbart). Rio de Janeiro: Editora 34, 1992/2000. 3a ed., p.151-168. Passos & Barros (2000, p.77) desenvolvem uma boa compreensão desse conceito quando o concebem como um “conceito-ferramenta”, cheio de força crítica, capaz de gerar crise, desestabilizando lugares e concepções cristalizadas.

unidades de saúde, mas se estende e se operacionaliza nos muitos espaços de encontro entre profissionais e usuários. No dizer de Ayres (2001), esse cuidado é atravessado pelo vetor da intervenção técnica em saúde, mas seu alcance ultrapassa esse limite: “cuidar, no sentido de um ‘tratar que seja’, que passa pelas competências e tarefas técnicas, mas não se restringe a elas, encarna mais ricamente que tratar, curar ou controlar aquilo que deve ser a tarefa prática da saúde coletiva” (AYRES, 2001, p.71).

É importante pontuar que alguns dos conceitos trabalhados atualmente na esfera da assistência médico-sanitária dentro de concepções que pretendem romper com modelos assistenciais hegemônicos – tradicionalmente verticalizados e fragmentários – já vêm sendo construídos no cerne das discussões acerca dos novos modos de cuidado na atenção em saúde mental. Portanto, tais conceituações não trazem em si um caráter inovador, a não ser pelo viés de sua incorporação na lógica da reorganização das ações e dos cuidados primários em saúde.

Na verdade, a utilização de conceitos operacionais como o acolhimento visa produzir novos sentidos às negociações estabelecidas entre a população que chega à unidade de saúde demandando algum tipo de assistência e os profissionais que ali atuam. Uma vez entendido como conceito operativo, o acolhimento pode ser capaz de tangenciar e agenciar transformações no campo das experiências de encontro entre o usuário e o profissional da atenção básica, criando outras formas de produzir saúde. Dadas essas considerações, o acolhimento concebido enquanto agir atravessa os processos relacionais em saúde, rompendo com os atendimentos tecnocráticos e criando atendimentos mais humanizados. Esse é o deslocamento fundamental operado pela noção de acolhimento. O acolhimento pode ser expresso num olhar dirigido a quem chega ao serviço, em uma palavra entoada de forma mais acolhedora, pode estar presente em atividades de sala de espera que estejam para além da recepção, por exemplo. Nesse mesmo espírito de materialização do acolhimento, Boff (2002) atribui ao olhar no rosto do outro a concretude de uma postura de acolhida:

[...] É concretamente um rosto com olhar e fisionomia. O rosto do outro torna impossível a indiferença. O rosto do outro me obriga a tomar posição porque fala, pro-voca, e-voca e com-voca. [...] O rosto e o olhar lançam sempre uma pro-posta em busca de uma res-posta. [...] Aqui encontramos o lugar do nascimento da ética que reside nesta relação de res-ponsa-bilidade diante do rosto do outro [...]. É na acolhida ou na rejeição, na aliança ou na hostilidade para com o rosto do outro que se estabelecem as relações mais primárias do ser humano e se decidem as tendências de dominação ou de cooperação (Boff, 2002, p.139).

2.1 O PROCESSO DE TRABALHO EM SAÚDE: ACOLHENDO SUJEITOS

No contexto de produção da saúde em que o acolhimento esteja presente, os processos de trabalho tendem a ocorrer centrados no usuário¹³ (FRANCO et al., 1999). O foco da atenção desloca-se do profissional de saúde (em geral, médico) para o usuário e também para os outros membros da equipe. Nesse modo de agir em saúde, através da inversão do modelo assistencial, todos os profissionais possuem maior autonomia para avaliar, decidir e executar as ações de saúde, ainda que a interação na equipe multiprofissional seja fundamental para o processo.

Nesse ponto, acredita-se que a concepção de território, entendido como o espaço de construções simbólicas e de pertencimento subjetivo do sujeito – não um território meramente geográfico, e sim um território existencial –, media a rede de relações sociais e deve integrar um locus privilegiado de ação no cenário das políticas de saúde mental da rede básica. Isso porque estratégias de atenção à saúde, como a Estratégia Saúde da Família (ESF), preconizam o serviço de base territorial e estruturam suas ações em torno do núcleo familiar e comunitário, no qual os recursos disponíveis na comunidade devem ser incorporados e instrumentalizados. A inversão do modelo assistencial concretiza-se através de uma lógica que procura responder aos problemas de saúde/doença da comunidade de um modo mais amplo, compreendendo a indissociabilidade entre a produção da saúde e as condições ambientais, sociais e econômicas locais.

No tocante, então, à questão da responsabilização, é essencial ressaltar que a “tomada de responsabilidade” refere-se à responsabilidade da unidade sobre a saúde de toda a área territorial de referência e pressupõe um papel ativo, ao assumir a demanda com todo o alcance social ligado ao estado de sofrimento do sujeito e da coletividade (DELL’ACQUA E MEZZINA, 1991). Assim, as ações de saúde na atenção básica – dado o cenário dos distritos sanitários¹⁴ – podem participar das redes sociais de apoio ao sujeito. E mais, devem apropriar-

¹³ Usuário-centrado é o termo utilizado pelos autores (FRANCO, BUENO & MERHY, 1999, p.33) para abordar a questão dos processos de trabalho em saúde, nos quais a ênfase do atendimento recai sobre aquele que busca o serviço. Essa estratégia de ação possui como característica fundamental a interação humanizada entre o usuário e o profissional de saúde.

¹⁴ Segundo Costa & Maeda (2001, p.20), “o Distrito Sanitário corresponde ao que internacionalmente foi disseminado na proposta dos Sistemas Locais de Saúde (Silos), encaminhada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), de transformação dos sistemas nacionais de saúde com o objetivo de favorecer a aplicação da estratégia de atenção primária, de forma a propiciar a “Saúde para Todos no Ano 2000”.

se da noção de mobilidade no território, não aguardando apenas a demanda espontânea, mas integrando e intervindo politicamente no universo simbólico da comunidade.

A atual proposta de reorganização da Atenção Básica, principalmente a partir da Norma Operacional da Assistência à Saúde (2002) - NOAS-SUS 01/02 -, indica a ampliação e a complexificação das ações desenvolvidas na rede básica de saúde, expressas na designação Atenção Básica Ampliada. Esse realinhamento parece favorecer uma nova composição das estratégias nela desenvolvidas e reafirma seu posicionamento estratégico enquanto porta de entrada do sistema público de saúde. Isso exige uma reestruturação dos processos de trabalho em saúde para que, de fato, as ações da atenção básica possam primar por um redirecionamento do modelo assistencial. As ações de saúde operacionalizadas na rede básica podem assumir características mais complexas, no sentido de englobar novos modos de agir e de intervir junto a essa clientela, que busca cuidados psiquiátricos nas unidades de saúde ou expressa sua demanda à equipe do PSF. É premente uma reestruturação das unidades, por exemplo, no que diz respeito às dinâmicas de recepção e de atendimento às pessoas em grave sofrimento psíquico na atenção básica em saúde. O acolhimento é apontado, então, como um possível operador dessa transformação.

Conforme Campos (2001), grande parte dos problemas de saúde que atingem o primeiro nível de cuidado do sistema público de saúde poderiam ser equacionados fortalecendo-se a atenção primária através, por exemplo, da função de acolhimento aos problemas de saúde que chegam às unidades:

[...] 80% dos problemas de saúde no nível de atenção primária podem ser resolvidos atribuindo-se à Rede Básica as funções de acolhimento, assistência e vigilância à saúde. Impõe-se à Rede Básica a função de acolhimento, ou seja, o atendimento de todas as intercorrências que chegam aos serviços, resgatando-a como a verdadeira porta de entrada do sistema [...] (CAMPOS, 2001, p. 25).

Para que esse processo, esse movimento seja efetivo e permanente, deve deparar-se com um trabalho simultâneo de desconstrução da cultura institucional, baseada em antigas concepções do processo de saúde/doença e das relações assistencialistas em saúde – de acordo com as quais o usuário perde sua capacidade de interlocução com o profissional da unidade. E, no que tange às intervenções em saúde mental no âmbito da atenção básica, o movimento que se coloca é o da integração e articulação das práticas sanitárias locais com as novas práticas da atenção psicossocial. A imagem-objetivo que guia essa mudança no plano assistencial é a conformação de uma rede dinâmica e ampliada de dispositivos comunitários,

integrados entre si, que promovam maior acessibilidade aos serviços de saúde mental e garantam a integralidade das ações voltadas ao sujeito da saúde. Essa mudança, porém, ainda esbarra em algumas políticas de saúde centralizadas na especialização dos serviços de saúde mental.

2.2 ENCONTROS E DESENCONTROS ENTRE PROFISSIONAIS E USUÁRIOS: O DESAFIO DO TRABALHO EM SAÚDE

Pensar em termos das necessidades e das demandas em saúde que atravessam o universo dos serviços da rede de atenção à saúde e, para este estudo em particular, das unidades básicas e da estratégia de Saúde da Família que compõem os dispositivos assistenciais da atenção básica dos SUS, impele a uma inevitável questão: a que necessidades e demandas estamos nos referindo? Sob a perspectiva de que atores sociais nos colocamos? Na verdade, a dicotomia que parece instaurar-se quando se levantam tais questões reflete muito mais um aspecto pontual, que tangencia as elaborações teóricas acerca das relações entre demanda e oferta, que alguns estudos tendem a analisar seus componentes separadamente, atribuindo o foco na demanda dos usuários dos serviços e na oferta dos profissionais de saúde ou dos gestores, como bem observa Pinheiro (2001), do que em uma distinção factível no cotidiano¹⁵ das instituições de saúde.

Elementos outros perpassam o campo das práticas sanitárias, aqui concebidas também como práticas sociais, nas quais os atravessamentos tecno-políticos assumem papel preponderante nos mecanismos de co-produção da saúde, interferindo e produzindo seus efeitos nos contratos que se estabelecem continuamente entre os atores envolvidos nesse processo. Assim, a apropriação das categorias de oferta e de demanda como “analisadores” das práticas de saúde na atenção básica vem atender a essa necessidade de se buscar instrumentos que possam contemplar não somente a dimensão assistencial, mas também a dimensão tecno-política que emerge das relações travadas entre o serviço e a comunidade. Alguns estudos sinalizam a existência de uma centralidade em torno da categoria doença nas práticas médicas em unidades de saúde, característica da racionalidade médica contemporânea, conforme suscitado a seguir:

¹⁵ Neste estudo, escolheu-se trabalhar com a compreensão do dia-a-dia do serviço consoante com o conceito de cotidiano elaborado por Milton Santos, no qual o autor sintetiza as idéias principais que gostaria de ressaltar. Segundo ele, “[...] o cotidiano representa os aspectos de um lugar, que é compartilhado entre as mais diversas pessoas, firmas e instituições, em uma relação dialética de cooperação e conflito, sendo essas as bases da vida comum” (SANTOS, 1999, p.258).

Parece que o modelo explicativo para os problemas de saúde apresentados pela população não possui similaridade com os modelos utilizados para elucidar as doenças - ao mesmo tempo que esta constitui o elemento central da racionalidade da prática médica, que é hegemonicamente exercida nos serviços de saúde. Haja vista a existência de um consenso entre profissionais e técnicos sobre os 'sintomas e sinais' apresentados pelos pacientes, que embora considerem como verdadeiros e que de fato geram desconforto e incapacidade, não caracterizam na maioria dos casos uma doença, o que deveria ser o real motivo para procura dos serviços (PINHEIRO, 2001, p.78).

Ademais, enquanto modelos explicativos para saúde lançam mão de conhecimentos das ciências sociais e humanas, as doenças são elucidadas por meio de conhecimentos cumulativos acerca da fisiologia e da anatomia humana, daí partindo para sua prevenção, diagnóstico e tratamento. Entretanto, para Camargo Jr. (in PINHEIRO, 2001, p.81), há uma consonância de objetivos entre a oferta produzida nos serviços e a demanda produzida pela população, devido principalmente:

...ao *modus operandi* dos médicos no desempenho de suas funções nas unidades de saúde, que, na prática, tem sido diversificado, na medida em que se ancora na ciência enquanto um componente que favorece a objetivação do que será investigado, ao mesmo tempo que se apóia em elementos subjetivos como mecanismo de aproximação e convencimento do paciente sobre suas condutas (CAMARGO JR. in PINHEIRO, 2001, p.81).

Alguns estudos apontam para a existência de uma dicotomia entre a “doença do médico” e a “doença do doente” (TESSER; LUZ; CAMPOS, 1998), explicitando que é “corriqueiro nos hospitais, clínicas e serviços, no discurso da biomedicina, e soa normal a qualquer profissional de saúde, particularmente ao médico, que a realidade da doença do doente independa dele próprio e do profissional que o atende” (TESSER, LUZ & CAMPOS, 1998, p. 07).

De acordo com as elaborações desses autores, essa concepção disseminada no campo da atenção à saúde tem propiciado a criação de duas doenças no plano da assistência médico-sanitária: uma advogada pelo doente e outra pelo profissional de saúde. Vejamos a descrição a seguir:

A doença ‘do médico’ – aquele construto teórico com critérios objetivos, boa parte deles desvinculados das vivências, das sensações e dos sentidos vividos pelos doentes, ainda que extraído destes e de informações do corpo, e com estatuto de realidade. E, por outro lado, a doença do ‘doente’ – na maioria das vezes, um mosaico de sintomas, sensações, concepções e sentimentos de várias qualidades, com valores e significados diversos para cada um e para cada subgrupo cultural, social etc. (TESSER; LUZ; CAMPOS, 1998, p.07).

E, correlacionada a essas questões, porém localizando-as numa perspectiva etnográfica sobre a referência ao “nervoso”¹⁶ nas classes trabalhadoras, Duarte (1994, p.88) indica que muitos autores tematizam a existência de uma oposição entre cultura popular e cultura profissional, quanto às teorizações acerca do sofrimento psíquico. As evidências desse distanciamento emergem com mais clareza quando se toma como eixo de análise as linguagens-código particulares aos “especialismos” do campo da saúde, produzidas e reproduzidas no interior das instituições assistenciais.

A própria oposição entre cultura laica x cultura profissional [...] ganha novos contornos desde que se compreenda que o nervoso não é a cultura laica, mas uma das culturas laicas possíveis (como há hoje também uma psicologizada e houve certamente outrora uma outra humoral) que se enfrentam com uma cultura profissional quase completamente afastada do modelo nervoso e comprometida com alguma das versões do saber psicologizado contemporâneo sobre a pessoa. A compreensão dos embaraços (e perturbações) decorrentes desse descompasso entre teorias da perturbação no confronto entre terapeuta e paciente [...] é sem dúvida uma das frentes de pesquisa mais urgentes e sérias (DUARTE, 1994, p.88).

Talvez esse distanciamento entre técnicos, profissionais e usuários do sistema de saúde seja minimizado nas ações da atenção básica desenvolvidas pela Estratégia de Saúde da Família, haja vista um dos agentes do cuidado tratar-se de um membro integrante da comunidade local – como é o caso dos agentes comunitários de saúde; está, portanto, implicado nos mesmos processos culturais e sociais vivenciados pelo usuário e é partícipe das mesmas redes de significação sociológicas produzidas e reproduzidas nas interações pessoais

¹⁶ Duarte (1994, p.84-85; 1998, p.23-31) realiza uma minuciosa investigação a respeito do espaço cultural dos “nervos” e dos “nervosos” nas classes trabalhadoras, identificando a categoria “nervos” como “código de expressão privilegiado das perturbações das classes populares brasileiras”. Descreve que “os nervos não abolem o dualismo físico-moral, mas constituem antes uma verdadeira teoria das conexões e fluxos possíveis entre as duas dimensões [...]”. E o que advém dessa constatação, segundo o autor, é a composição de uma teoria não-psicologizada do humano a partir do caráter relacional do nervoso.

e institucionais locais. O agente comunitário aparece como um ator importante no trabalho em saúde desenvolvido pela ESF, uma vez que ele, segundo a análise de Lopes et al.:

...identifica, encaminha, orienta, dá sugestões, apóia, controla e acompanha os procedimentos necessários, buscando encontrar alternativas para o enfrentamento das situações problemáticas, por meio do fortalecimento de vínculos de co-responsabilidade, junto à comunidade (LOPES et al., 2002, p.29).

Seguindo esse caminho, supõe-se que as atividades de atenção em saúde mental realizadas no cenário dos cuidados primários em saúde podem imprimir uma nova dinâmica às ações de saúde como um todo se realizarem um deslocamento do foco de suas ações do lócus das unidades de saúde para o cenário comunitário, uma vez que, de acordo com Pinheiro (2001:94):

é possível perceber que as diferenças qualitativas entre as UBSs e os módulos do PSF residem na multiplicidade de relações e interações entre os atores envolvidos com a oferta e demanda por serviços de saúde. A principal delas consiste principalmente no estreito e intensivo contato do profissional com a comunidade, no qual a participação do agente comunitário tem sido fundamental para o fortalecimento da relação equipe/serviço/usuário (PINHEIRO, 2001, p.94).

Certamente, esse movimento apresenta implicações importantes, pois opera um redirecionamento das ações, dinamizando os modos de cuidado em saúde mental na atenção básica e buscando implementar alternativas ao modelo assistencial tradicional. Deve-se esclarecer que, embora se acredite que os atendimentos realizados por profissionais nessas Unidades muitas vezes caracterizem-se por ser tecnocráticos e desarticulados das outras ações de saúde em termos de planejamento e organização – em outras palavras, desconhecendo o por que fazer, o como fazer e o para quem fazer – não se defende que o espaço clínico ou techno-assistencial seja despotencializado nesses espaços. A população que chega com demandas que possam vir a ser identificadas como problemas de saúde mental pode e deve receber algum tipo de resposta, de atenção na sua unidade sanitária, e o lugar da clínica é também um espaço legítimo para o desenvolvimento dessas ações.

A questão que se impõe é a do reconhecimento de que não se pode fornecer uma resposta adequada ao sofrimento psíquico nas instituições de saúde, nem aos usuários nem aos trabalhadores da saúde. Pensar novas possibilidades para a inserção da saúde mental na atenção básica, voltada também ao trabalhador da saúde e para o seu comprometimento com o

movimento de inversão do modelo de assistência psiquiátrica, no Brasil, é, sobretudo, procurar agenciar outros equipamentos sociais disponíveis num determinado território, criando novos recursos de intervenção, fora dos contornos e limites do consultório, articulando-os a outros dispositivos de atenção em saúde existentes. Uma política de saúde mental para a atenção básica deve primar pela promoção ou emergência de novas formas de abordar as questões de sofrimento mental em seus dispositivos, desvelando, assim, novos sentidos para as práticas desenvolvidas. Por exemplo, ao criar a estratégia de manter como referência um profissional de saúde mental para uma ou duas equipes de Saúde da Família, sem que a saúde mental seja uma forma de “especialização” na atenção básica. Essa aproximação do profissional da comunidade, essa modalização entre discursos e práticas de saúde mental pode ser considerada o deslocamento fundamental para revigorar as práticas nesse campo. Novamente, a relação produzida entre as necessidades de saúde e a oferta de ações/serviços atravessa o cuidado em saúde mental que pode ser co-produzido entre usuários e profissionais.

Muito dessa problemática reside na constatação de que as relações pessoais estão despontencializadas no processo de produção da saúde, tanto como instrumento capaz de dinamizar os recursos terapêuticos, postos em jogo na situação clínica, quanto como instrumento de “intercessão” nas relações construídas entre usuário/profissional, usuário/serviço e profissional/serviço, como visto na seção anterior. A armadilha das relações baseadas em movimentos corporativos parece colaborar para essa despontencialização da produção em saúde. Sendo assim,

...a tônica da discussão sobre a relação médico-paciente redonda sobre o eixo competência médica e atenção, sendo esta, na grande maioria dos casos, referida como sensibilidade e carinho que o profissional tem, ao dedicar-se à medicina como ‘arte de curar’ (PINHEIRO, 2001, p.85).

Essas afirmativas significam não apenas apontar para uma conhecida dificuldade de comunicação entre o profissional de saúde e o usuário, o que habitualmente implica compreensões distintas por parte destes sobre o fenômeno do adoecimento e sobre o sofrimento que essa experiência acarreta, mas, primordialmente, indicam um deslocamento operativo no qual a ação focaliza a “doença do médico” em detrimento do “sujeito doente” (TESSER; LUZ; CAMPOS, 1998). Ainda seguindo algumas considerações desses autores, pode-se concordar que:

Todo aquele relato extra [do usuário], quando pode existir – que está além e aquém dos sintomas e sinais que são úteis e identificáveis com síndromes e patologias constantes no rol das ‘doenças do médico’ –, não tem utilidade. Pode interessar ao profissional da biomedicina apenas muito secundariamente. Pois, a rigor, o conhecimento estabelecido (a fisiopatologia, a grade nosológica) nada tem a fazer com ele. Pode ser absorvido no sentido de desviar a atenção do doente dos mesmos, desqualificando-os em geral como ‘doença’ e tentando aliviar ansiedades e/ou obter aderência, ou seja, garantir o cumprimento da terapêutica. Ou pode ser abordado com alguma estratégia de enfoque ‘psi’ – psicossomático, psicológico etc. Mas isso só ocorre raramente: geralmente esses relatos, essas vivências e sintomas são mesmo ignorados, e, mais freqüentemente, são abortados. Isto é: o médico contemporâneo não sabe o que fazer com a ‘doença do doente’ ou, se quisermos, com a grande (e progressivamente), maior ou parte dela que não tem interseção com as ‘doenças do médico’. Temos aí, pois, um grande nó da crise da atenção à saúde na biomedicina, fonte de desencontros inesgotáveis entre médicos e pacientes (TESSER; LUZ; CAMPOS, 1998, p. 08).

No entanto, a superação dessa dicotomia – que é também expressão da dicotomia psique-soma –, segundo alertam os autores, não pode restringir sua estratégia de ação a uma abordagem integrativa de saberes médicos e saberes “psi” – ainda que esse seja um dos pontos nodais da questão da crise de atenção à saúde. É preciso reconhecer, sobretudo, que na co-produção da saúde e no processo de adoecimento dos sujeitos muitas dimensões do ser humano confluem – como pertencimento sociocultural desses sujeitos, situação econômica e ambiental – e participam sobremaneira na constituição dos processos de saúde/doença, como também atuam na sua interpretação e na sua assimilação por parte dos atores envolvidos.

Torna-se claro, portanto, que buscar uma compreensão não somente teórica do que designamos como necessidade de saúde constitui parte importante desse processo de conhecimento acerca dos fatores e das dinâmicas que compõem os encontros e os desencontros entre usuários e profissionais na produção da saúde. Repensar a organização dos serviços ou das ações de saúde mental na atenção básica pressupõe recolocar as necessidades de saúde como eixo central dessa discussão, já que sustentam de um modo geral a configuração da instituição, em termos de alocação de profissionais, distribuição de equipamentos e demais recursos assistenciais, bem como dinâmica operacional desempenhada cotidianamente (rotinas organizacionais). Scraiber e Mendes-Gonçalves (1996) apresentam muito apropriadamente algumas “imagens sugestivas” da complexidade implícita ao conceito de necessidades:

Ao pensar em necessidades de saúde imediatamente nos lembramos da ‘assistência’, pois a imagem mais clara delas está representada pela procura de cuidados médicos que um doente faz ao dirigir-se a um serviço assistencial. Caracterizamos essa procura como demanda, uma busca ativa por intervenção que representa também consumo, no caso de serviços. A origem dessa busca é o carecimento, algo que o indivíduo entende que deve ser corrigido em seu atual estado sociovital. Pode ser uma alteração física, orgânica, que o impede de seguir vivendo em sua rotina de vida, ou um sofrimento ainda não identificado fisicamente; ou até mesmo uma situação que reconhece como ‘uma falta’, algo que carece, como, por exemplo, uma informação (SCRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996, p.29).

Campos (1991) reitera que muitos autores consideram que as necessidades percebidas e expressas pelo indivíduo ou pela população como um todo devem ser consideradas no processo de planejamento em saúde, pois:

...são essas necessidades a principal razão da existência de demandas ao sistema de saúde. E, ainda, seriam essas demandas fonte de grande parte do respaldo político e social que, em última instância, dá legitimidade às ações do setor, que teria como obrigação social a tarefa de resolver problemas de saúde (CAMPOS, 1991, p.32-33).

Outro ponto nodal dessa dinâmica oferta-demanda refere-se à importância da relação do usuário com os serviços de saúde disponíveis na comunidade. É consensual no campo da saúde coletiva que a disponibilização de determinados serviços de saúde nas comunidades é geradora de demandas de saúde, enfocando-se, nesse caso, também as demandas psiquiátricas. Scraiber e Mendes-Gonçalves (1996, p.29-30) situam essa relação entre oferta, distribuição e consumo de serviços de saúde em termos de uma conexão circular, tendo em vista que:

Considerando-se [...] que toda intervenção só tem existência na sociedade como uma dada produção e distribuição social de serviços, em tal ou qual padrão de serviços articulados entre si (Sistema de Saúde), o modo de organizar socialmente as ações em saúde para a produção e distribuição efetiva dos serviços será não apenas resposta a necessidades, mas, imediatamente, ‘contexto instaurador de necessidades’ (SCRAIBER; MENDES-GONÇALVES, 1996, p.29-30).

Tais considerações confirmam que realmente existe uma profunda relação entre a disponibilização de serviços extra-hospitalares em saúde mental, nas comunidades, e a frequência com que esses serviços são demandados pela população local. Isso leva a pensar

sobre as implicações decorrentes da organização e do incremento de ações em saúde mental na atenção básica, principalmente na esfera do PSF. Considera-se que no trabalho em saúde pública e em saúde mental existe uma grande interferência de determinantes sociopolíticos e que há de se problematizarem os efeitos que podem ser engendrados no plano comunitário, quando se propõe que ações de saúde mental sejam incorporadas ou reinstrumentalizadas no cenário das políticas da rede básica do SUS. A relevância da formulação de políticas para a atenção básica em saúde que englobem um cuidado integral àqueles que sofrem com problemas mentais em suas comunidades justifica-se no direito do usuário de encontrar, em sua unidade sanitária de referência, uma estratégia de acolhimento articulada com os demais dispositivos assistenciais em saúde mental presentes na rede de atenção.

Em outras palavras, seria desejável um outro tipo de enfrentamento dessa problemática na atenção básica em saúde, bem como uma disposição dos novos serviços de atenção diária em saúde mental para mobilizar as unidades de saúde pertencentes ao seu território de ação. Isso visando um melhor planejamento das ações realizadas pelos profissionais da rede de saúde (em termos das modalidades de atendimento prestadas, capacitação de técnicos de referência nas unidades sanitárias ou nas equipes de Saúde da Família, mapeamento de serviços de referência disponíveis em sua área de abrangência, encaminhamento pactuado com os demais serviços) na tentativa de um equacionamento das funções de cada dispositivo de atenção e de uma integração maior das ações desenvolvidas nas comunidades. Portanto, o desafio parece ser qualificar a atenção básica como um dos dispositivos comunitários de apoio aos serviços de atenção diária¹⁷ em saúde mental, ao acolher, atender e encaminhar adequadamente essas demandas que continuam chegando às unidades básicas de saúde. Segundo Sampaio e Barroso (2001, p.212), o ponto central dessa relação entre estratégias de atenção à saúde da rede básica e dispositivos de atenção psicossocial reside na seguinte questão:

¹⁷ Sob a designação de serviços de atenção diária, agrupamos os diversos dispositivos extra-hospitalares de atenção psicossocial desenvolvidos a partir do movimento de Reforma Psiquiátrica no Brasil, como os Núcleos de Atenção Psicossocial, Centros de Atenção Psicossocial, Lares Abrigados/Residências Terapêuticas, dentre outros serviços, que se constituíram a partir de experiências diversas e que atualmente compõem uma rede de atenção substitutiva ao hospital psiquiátrico.

...a parceria PSF/CAPS não quer dizer treinamento das equipes de saúde da família em procedimentos simplificados da psiquiatria. Há uma construção recíproca e responsável de uma teoria, de uma prática e de uma ética, mediante o estabelecimento de um eixo epistemológico comum e de um acordo político. A busca do eixo epistemológico pressupõe pesquisa sistemática dos perfis psicossanitários, das demandas recíprocas, da satisfação dos trabalhadores em saúde e dos usuários. O acordo político exige um gestor socialmente sensível, apoiado por um pacto de governabilidade, decidido a inverter paradigmas arcaicos de relação Estado/sociedade. CAPS e PSF implicam transformações profundas nas práticas do Estado, em todos os seus níveis (SAMPAIO; BARROSO, 2001, p.212).

Refletir sobre os aspectos supramencionados é repensar toda uma rede assistencial em saúde que ainda se encontra bastante cindida e fragilizada, não apenas em termos das concepções de saúde/doença presentes entre os profissionais da área – meramente compreendida à luz de uma racionalidade médica biologizante e fragmentária – mas, e diretamente a ela ligada, em decorrência do modo como tradicionalmente as instituições de saúde organizam-se e relacionam-se. O impacto mais visível dessa fragilidade do sistema aparece na discrepância entre os processos subjacentes à formulação das necessidades de saúde e os processos de trabalho conduzidos para o seu enfrentamento.

Autores como Scraiber e Mendes-Gonçalves (1996, p.33) sugerem a “criação de espaços de emergência de necessidades na organização da produção [de saúde] e em razão dessa organização”, através do que concebem ser o “contexto instaurador de necessidades” inerente aos serviços de saúde – como já comentado anteriormente. Trata-se, então, de contemplar, no projeto assistencial das unidades de saúde, uma gama de necessidades pertencentes à vida cotidiana relacionadas ao adoecer humano e ao seu cuidado que, tradicionalmente, encontram-se excluídos ou marginalizados no processo de promoção, proteção ou recuperação da saúde das comunidades – como riscos ambientais e sociais (condições de habitabilidade, situações de violência e desemprego, só para citar alguns exemplos). Dirigir a atenção para essa gama de necessidades potenciais referentes às dimensões da vida social dos usuários não significa uma proposta de unilateralização da organização das ações da atenção básica em função dessas necessidades. Pelo contrário, o que emerge a partir dessa proposição é a recolocação dos problemas de saúde em termos de necessidades humanas mais amplas, inseridas num novo sistema de valoração que reconheça a complexidade do processo saúde/doença de maneira incisiva, expresso no modo de abordar e acolher esses problemas.

Para Scraiber e Mendes-Gonçalves (1996, p.34), a atenção primária em saúde “tem sido associada a uma assistência de baixo custo” e “tem sido confundida com medicina

‘simplista’ ou de ‘baixa qualidade’”. Todavia, esses autores ressaltam que, ao entender atenção primária como atenção primeira e básica, confere-se a ela lugar de destaque no sistema assistencial, posto que servirá de porta de entrada do usuário à rede. Dessa maneira, os autores atestam que a gama de necessidades básicas apresentadas nesse primeiro nível de produção da saúde agrega ações médico-sanitárias bastante complexas, que exigem simultaneamente alta capacidade resolutiva e alta sensibilidade diagnóstica para atuar de modo eficaz no interior do sistema de atenção à saúde.

2.3. PELA INTEGRALIDADE DA ATENÇÃO: A ESCUTA DO SUJEITO *VERSUS* COMPREENSÃO DA DOENÇA

Para Pinheiro (2001, p.66-67), é através das categorias oferta e demanda que podemos apreender como a ação do que se denomina sob a égide de integralidade ocorre no cotidiano dos serviços de saúde. Discorrer sobre o alcance desse conceito em um trabalho que se propõe a cartografar o modo de produção das ações de saúde mental na atenção básica é sustentado pela importância atribuída aos processos dialógicos no cuidado à saúde e, em particular, no cuidado às pessoas em adoecimento psíquico. De acordo com a análise de Onocko (2001) quanto à preocupação do planejamento em saúde pública com as questões da clínica¹⁸, entende-se que:

O Planejamento em Saúde, em seu processo de constituição disciplinar no interior da Saúde Coletiva Brasileira, manteve-se, em geral, afastado das questões clínicas [...]. Contudo, no âmbito dos serviços assistenciais de saúde, quando saímos do aspecto teleológico e chegamos ao operativo, nos deparamos sempre com uma escolha clínica (ONOCKO, 2001, p.99).

E a prática clínica nas unidades da atenção primária à saúde e na esfera da ESF encontra-se fortemente marcada por essa tendência, que mantém distanciados o campo do planejamento em saúde e o campo da clínica. Desse modo, a escuta ofertada pelos técnicos e profissionais de saúde aos usuários, no cotidiano da atenção básica, assume em diversas situações a função privilegiada de concretizar em ato o ideário da integralidade, presente no “corpus” do SUS, mas que representa um verdadeiro desafio a ser garantido nas ações cotidianas de atenção à saúde em todos os níveis de complexidade do sistema. Falar em “atendimento integral” (Brasil, 1988, art.198) pressupõe uma constatação prévia do caráter

¹⁸ A autora considera clínica não apenas as práticas médicas, mas todo o conjunto de ações realizadas por outros profissionais que “lidam no dia-a-dia com diagnóstico, tratamento, reabilitação e prevenção secundária” (ONOCKO, 2001, p 99).

polissêmico e complexo do termo integralidade, que se reflete sobremaneira nos sentidos atribuídos a essa noção através das ações e das políticas de saúde implementadas no país. Tal constatação direciona a discussão para o questionamento acerca de qual seria a especificidade das políticas e das práticas sanitárias concebidas como sendo de atenção integral à saúde da comunidade. Tomando por referência as considerações de Mattos (2001), pode-se dizer que:

...a integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma 'bandeira de luta', parte de uma 'imagem-objetivo', um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns [...] desejáveis [...] cabe defender integralidade como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde, ou seja, um valor que se expressa na forma como os profissionais respondem aos pacientes que os procuram.(MATTOS, 2001, p.41-48).

Parece que o grande salto a ser operado para a conquista de uma prática integral na atenção à saúde é a superação dos limites da medicina anátomo-patológica, ainda muito presente na racionalidade médica contemporânea. Uma postura de abertura dos técnicos e profissionais de saúde, como a escuta a outras necessidades apresentadas pelos usuários – necessidades essas que não estejam visivelmente vinculadas aos agravos à saúde –, pode ser um caminho possível. Através de um movimento de reaproximação entre quem cuida e quem é cuidado, através desse vetor da escuta – aqui designada como escuta do sujeito da experiência (Amarante, 2001) –, um novo espaço de produção da saúde pode ser colocado em constituição. Essa escuta do sujeito não se constitui uma escuta redutora e fragmentada dos processos de saúde/doença pelos quais passa o sujeito, mas caracteriza-se por ser uma escuta integradora das dimensões que o constituem, presentes e corporificadas nos problemas de saúde que, em última instância, o fazem procurar a assistência médica ou psiquiátrica. Cabe pontuar que não estou me propondo a trabalhar com o conceito psicanalítico de escuta do sujeito do inconsciente, filiado à tradição lacaniana. O uso da expressão “escuta do sujeito”, no presente estudo, é derivada de uma compreensão não-psicológica, exteriorizada e não-individual de sujeito, concebido então como sujeito da concepção da Filosofia Fenomenológica de tradição husserliana.

Há de se lembrar que a integralidade expressa pela dimensão da escuta do sujeito da experiência não se reduz ao ato de um único profissional de saúde. Pressupõe, na maioria dos casos, redefinições e reorganizações estruturais dos processos de trabalho em saúde, de maneira incisiva, no que tange, em especial, ao trabalho das equipes das unidades básicas de

saúde e das estratégias de Saúde da Família, visando a uma apreensão ampliada das necessidades da população a qual atendem. Nessa direção, Mattos (2001, p. 52) afirma que:

...talvez fosse mais útil falar da integralidade como uma dimensão das práticas. Quando a configuração dessas práticas assume a forma de um encontro entre o profissional (médico, enfermeiro, psicólogo ou agente de saúde) com um usuário, caberá quase que exclusivamente a esse profissional (e, portanto, a suas posturas) a realização da integralidade. Mas, mesmo nesses casos limite, há de se reconhecer que a maneira como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar a realização da integralidade. Por exemplo, as cobranças de produtividade podem, tanto no caso de consultas médicas ou no caso das visitas domiciliares de um agente comunitário [...], impedir que se preste um atendimento integral (MATTOS, 2001, p.52).

A noção de integralidade aplicada à formulação e à implementação das políticas de atenção básica em saúde mental, enquanto formas de enfrentamento de problemas específicos de saúde concernentes a certos grupos populacionais, requer a transgressão dos espaços das políticas setoriais, pois se a problemática do sofrimento psíquico não é simples, a resposta para o seu enfrentamento também não deverá ser apenas médica nem tampouco localizada em um modelo único de serviço. Ela deve englobar uma série de aspectos da vida humana – social, laborativo, lazer, dentre outros – e buscar diversificar a gama de recursos assistenciais comunitários existentes, a fim de responder às necessidades coletivas, preservando seu caráter polissêmico. Neste trabalho, há uma preocupação em evidenciar que a integralidade, seja como princípio organizador das ações, seja como postura a ser exercitada nas práticas cotidianas em saúde, corresponda e exprima – por meio de algumas experiências de inclusão da saúde mental no PSF (LANCETTI, 2001; SAMPAIO E BARROSO, 2001) – a formulação de uma nova política que se recuse a reduzir o fenômeno do adoecimento psíquico, ao contextualizar os sujeitos sobre os quais essas políticas e essas ações incidem. A clínica, nos espaços dos cuidados primários em saúde, organizada em torno do eixo da integralidade, precisa reconhecer que doença é um conceito historicamente construído e “na doença há uma construção de subjetividade radicalmente diversa, por isso nunca se pode tratar o sintoma, é preciso tratar o sujeito” (Torre e Amarante, 2001, p.78). Todavia, agenciamentos tecnosemiológicos – recorrendo ao já referido conceito desenvolvido por Teixeira (2001) –, como o acolhimento e os processos dialógicos, encontram-se despotencializados nessa clínica do sujeito da saúde coletiva.

Ao tratar da escuta do sujeito na abordagem dos problemas de saúde, há de se romper com o padrão de escuta da doença (Mendes, 1999). Na tradição da saúde coletiva, a escuta das

necessidades de saúde, dos processos sociais e das condições de vida historicamente construídas ao longo da trajetória das pessoas tendem a ficar em segundo plano, pois a patologia, com seus sinais e sintomas, comumente rouba a cena. A constatação mais eloqüente e atual desse fenômeno é a de que a racionalidade médica contemporânea está assentada nos paradigmas da medicina baseada em evidências. Nessa lógica, apenas o visível, o observável merece ser contemplado com o olhar ou com a escuta – mais ausculta, na verdade. E, por conseguinte, essa escuta da doença invade o relacionamento diário com o usuário, esvaziando o encontro pela ausência de cuidados com a dimensão processual das necessidades de saúde apresentadas.

Apesar de privilegiar-se nesta discussão o vetor da escuta do sujeito na atenção e no cuidado à saúde, reconhece-se também no olhar dirigido ao usuário e ao sofrimento do qual é porta-voz a possibilidade de concretizar em ato o ideal da integralidade nas ações de saúde. Não se pretende, portanto, reproduzir a separação já existente entre olhar e escuta na prática clínica. Ao contrário, procura-se investir de nova significação o vetor que aparece menos potencializado no cotidiano dos serviços de saúde: a escuta. Colocar-se a ouvir o discurso do usuário parece tarefa árdua para técnicos e profissionais de saúde, habituados que estão a olhar para a doença e para os sintomas, e muito pouco para o doente.

Essa clínica médica tradicional, ainda prevalente na maioria das instituições públicas de saúde, continua sendo a grande detentora do conhecimento, das técnicas de intervenção e do *modus operandi* em saúde, ou seja, do que fazer e de como fazer clínica nas relações de cuidado estabelecidas no processo de co-produção da saúde. O saber e a fala do usuário da atenção básica encontram-se, também, bastante despotencializadas. Nesse sentido, a clínica que emerge das novas relações entre usuários e profissionais, no campo da atenção à saúde mental, procura romper com este modo de agir em saúde: tecnocrático e fragmentário. Nas palavras de Amarante (2001, p.108), “no cenário da reforma psiquiátrica, a clínica também tem de ser desconstruída e transformada estruturalmente, uma vez que a relação a ser estabelecida não é mais com a doença, e sim com o sujeito da experiência”.

Como foi visto, a dicotomia existente entre o olhar e a escuta na prática clínica é o grande desafio a ser superado pela clínica dos profissionais de saúde mental, no lócus da atenção básica, prioritariamente, no que se refere aos atendimentos tradicionais, restritos ao espaço do consultório e limitados pelos *settings* da clínica psiquiátrica e psicológica. Onocko (2001) lembra que: “Para a tradição da saúde coletiva, a clínica tradicional opera – predominantemente – no *setting* individual, do encontro singular. Sendo que a própria área de

Saúde Coletiva estruturou-se contrapondo as práticas coletivas às individuais [...]” (ONOCKO, 2001, p.100-101).

Essa clínica pública, na qual se vislumbra um maior poder de participação do usuário do sistema de saúde, caracteriza-se por ser uma prática da clínica com a coletividade. E, nesse sentido, a clínica pública encontra na dimensão política sua especificidade e sua força motriz, pressupondo sempre um movimento dirigido à devolução do sujeito ao plano do coletivo.



Fonte: Pesquisa Diagnóstico de Saúde do Distrito Leste de Porto Alegre, 2005

3 O MÉTODO QUALITATIVO: A VALIDADE DA INVESTIGAÇÃO EM QUESTÃO

A ciência é uma grande coisa quando está a nossa disposição; no seu verdadeiro sentido, é uma das palavras mais formidáveis do mundo. Mas o que pretendem esses homens [...] ao pronunciar-la hoje? Pretendem colocar-se no exterior de um homem e estudá-lo [...] sob o que chamariam de luz severa e imparcial – e que eu chamaria morta e desumanizada. Pretendem distanciar-se dele [...] tratar um amigo como estranho e fazer com que algo familiar pareça remoto e misterioso. [...] Bem, o que você chama de ‘segredo’ é exatamente o contrário. Não tento me colocar do lado de fora do homem. Tento me colocar no seu interior” (CHESTERTON, 1944, p.34).

Procurar descrever a metodologia empregada para o desenvolvimento de um estudo acerca de um tema específico, ou, mais propriamente, acerca de um determinado fenômeno social de interesse particular do pesquisador ou de um grupo de pesquisa, é procurar traçar o caminho, a trajetória percorrida desde a elaboração das hipóteses preliminares do estudo, da delimitação do objeto investigado, da circunscrição do espaço-tempo no âmbito do qual tal investigação foi desenvolvida, além das técnicas utilizadas para obtenção das informações necessárias durante o trabalho de campo e do método escolhido para análise e construção de conhecimento sobre a realidade estudada. Essa tarefa requer, já inicialmente, que sejam contempladas algumas conceituações metodológicas amplamente utilizadas, com sentidos por vezes um tanto variados, por teóricos e pesquisadores em áreas sociais. O referencial teórico que sustentará todo este trabalho de pesquisa – bem como as análises permanentemente presentes na tarefa de rever criticamente posicionamentos preliminares à entrada em campo e que se seguem durante a fase de consolidação e análise final dos dados – encontra, nas discussões realizadas na interface entre disciplinas que transversam a Saúde Coletiva, a sua base mais pertinente e profícua.

Essa escolha não se dá por uma simples escolha ou afinidade com a produção da área em questão. Advém da premissa de que os estudos em saúde coletiva inserem-se numa dimensão mais ampla dos estudos sobre os homens em sociedade, implicados numa permanente co-produção de sentidos, simbologias, valores e normas que transcendem as respostas unívocas de alguns setores do conhecimento científico, ultrapassando, portanto, os limites impostos pela compreensão, muitas vezes meramente biomédica, de alguns estudos em saúde.

Embora bastante utilizada, freqüentemente a pesquisa qualitativa tem sido vista com desconfiança por investigadores das ciências exatas e da natureza. Por um lado, tais metodologias apresentam um vínculo importante com preocupações características do pensamento crítico e de ideologias progressistas. Por outro lado, podem ser questionadas em termos de validade e confiabilidade, particularmente, quando comparadas com metodologias utilizadas pela pesquisa quantitativa.

Sob este aspecto,

A pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos (RICHARDSON, 1999).

A pesquisa qualitativa pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos. Essa preocupação por revelar as convicções subjetivas é comum à etnografia, observação participante, pesquisa-ação e aos vários outros tipos de pesquisa qualitativa. Para muitos pesquisadores qualitativos, as convicções subjetivas das pessoas têm primazia explicativa sobre o conhecimento teórico do investigador.

A definição de pesquisa qualitativa coloca diversos problemas e limitações do ponto de vista da pesquisa social. Em primeiro lugar, poucas tentativas são feitas para colocar as concepções e condutas das pessoas entrevistadas em um contexto histórico ou estrutural. Considera-se suficiente descrever formas diferentes de consciência sem tentar explicar como e por que elas se desenvolveram. Isso conduz a um segundo problema: a tendência de adotar uma atitude não crítica em relação às concepções e à consciência dos entrevistados, sem se considerar o seu desenvolvimento epistemológico.

Superficialmente, tal aproximação parece ser o epítome de uma pesquisa social livre de valor; em lugar de analisar a vida dos outros, o pesquisador se torna um repórter imparcial que permite aos entrevistados expressar a própria definição da situação. Contudo, a relutância em enfrentar os processos pelos quais as diferentes formas de consciência são social e historicamente construídas, junto com a ausência de qualquer avaliação do *status* epistemológico e do potencial emancipatório de um conjunto de crenças, significa pouco mais que uma legitimação passiva da ideologia dominante.

Em lugar de ser um meio para desenvolver uma consciência crítica em relação à opressão ideológica, a teoria social é conceituada como uma parte inevitável da ideologia dominante – algo a ser resistido – em vez de uma base para a atividade emancipatória. Em resumo, acredita-se que o pesquisador tenha tudo para aprender com as pessoas que entrevista, mas, consoante a teoria social crítica, não pode ter nenhum papel na emancipação delas.

À luz de tais críticas, uma nova geração de etnógrafos (HAMMERSLEY,1992) tentou sintetizar o enfoque tradicional dos significados e das definições dos sujeitos de um fenômeno social com a compreensão obtida ao fazer a crítica social. Não obstante Hammersley & Atkinson (1983, p. 234) tentem distanciar-se da etnografia crítica, reconhecem o valor dessa aproximação, ao afirmarem que

não temos como desconhecer a validade dos resultados da compreensão participante: são uma fonte crucial de conhecimento, pois derivam da experiência do mundo social. Mas não estão imunes à avaliação nem à explicação. Devem ser tratados da mesma maneira que os resultados científicos sociais (HAMMERSLEY & ATKINSON, 1983, p. 234).

Porém, a síntese entre a etnografia e a pesquisa social crítica é instável, necessita de um conceito de **validade** diferente daquele adotado pela pesquisa quantitativa tradicional ou pelo empirismo positivista. A investigação crítica é variada e flexível e só assume uma forma específica quando aplicada ao estudo de um fenômeno particular. Mesmo assim, a aproximação crítica tem vários elementos essenciais, e a intenção é resumi-los para chegar a uma melhor compreensão do fenômeno. Na parte central de uma metodologia genuinamente crítica, encontra-se a **lógica dialética**.

A aplicação da lógica dialética permite-nos reconhecer a especificidade histórica e a construção social dos fenômenos existentes, para que nós possamos agir conscientemente para a transformação e a satisfação de nossas necessidades. A lógica dialética revelada por Marx e Engels refletiu a técnica inconscientemente utilizada por

outros cientistas. Por exemplo, Darwin revelou um mundo orgânico em um estado constante de fluxo, no qual pequenas mudanças quantitativas conduziram, com o passar do tempo, à transformação qualitativa de uma espécie para outra.

A preocupação em dar nomes fixos a coisas que mudam constantemente é uma questão de praticidade em lugar de precisão – damos nomes às coisas para entendê-las e poder usá-las na satisfação de nossas necessidades. A fixação de significados implícitos no ato de nomear não pode seguir o ritmo do mundo em constante mudança. Isso nos conduz a revisar continuamente nosso conhecimento do mundo. Nesse sentido, o conhecimento está sempre historicamente especificado. Isso não implica a adoção de uma epistemologia relativista, porque em determinado momento algumas reivindicações de verdade estarão mais adequadas que outras.

A lógica dialética permite-nos escolher entre reivindicações de verdade alternativas, sem perder a visão de sua especificidade histórica e sua transitoriedade. A adoção da lógica dialética tem uma série de conseqüências metodológicas para a pesquisa social crítica. Primeiro, é essencial estudar o desenvolvimento histórico de um fenômeno para revelar mudanças na sua conceitualização através do tempo. O propósito de estudar um fenômeno através do tempo não é de apenas registrar mudanças em sua aparência ou essência, mas revelar a natureza da relação entre a aparência e a essência do fenômeno.

Já mencionamos que a produção de conhecimento envolve a abstração do mundo material para o mundo teórico para poder informar melhor sobre nossa atividade prática. A aproximação dialética problematiza essa relação entre a realidade objetiva e nossas tentativas de representá-la no conhecimento. Parte do problema reside no fato de que a realidade objetiva está em estado de fluxo permanente, e nossas tentativas de captá-la por categorização ou definição, com o passar do tempo, ficam obsoletas ou inadequadas. Configura-se uma difícil relação entre um processo (a realidade) e sua representação (um estado). Assim, o objetivo de estudar um fenômeno através do tempo é revelar a especificidade histórica de sua aparência e essência e verificar até que ponto é construído socialmente.

A relação entre essência e aparência não só é problemática porque as formas dos fenômenos ficam obsoletas em face às constantes mudanças no mundo material, mas também porque as categorias historicamente específicas pelas quais nós captamos o mundo material têm uma dimensão política que permite a grupos poderosos exercer dominação sobre grupos menos poderosos. Portanto, o segundo elemento da crítica social é a "desconstrução" de categorias e fenômenos. Isso não implica a necessidade de

descrição detalhada dos conteúdos materiais de determinada categoria, mas uma tentativa de revelar até que ponto a existência de uma categoria depende de uma série de relações com outros fenômenos na totalidade social e econômica.

A **análise crítica das categorias** tem efeitos importantes. Primeiro, troca a ênfase explicativa das próprias categorias para as relações sociais que lhes servem de base. Isso faz que as categorias assim derivadas sejam mais duradouras. Um segundo efeito da "*desconstrução*" é a descoberta da essência de um fenômeno, localizando-se suas condições de existência em um conjunto específico de relações sociais e econômicas. Tal descoberta também revela fatores políticos que não podem ser captados na aparência do fenômeno.

O exemplo clássico é a crítica de Marx às formas da economia política burguesa (MARX, 1983), que revelou as relações essencialmente exploradoras e coercitivas que subsistem por trás da aparente liberdade e equidade na produção de um bem. Em resumo, apesar da diversidade da pesquisa social crítica e de seu constante desenvolvimento, podem-se destacar as seguintes características:

- a aplicação da lógica dialética, que vê o mundo material e social em um estado constante de movimento. O estudo diacrônico dos fenômenos que revela sua especificidade histórica;
- a crítica ou desconstrução das formas dos fenômenos existentes e de categorias analíticas que, ao procurar uma análise mais profunda que as aparências disponíveis ao senso comum, ajuda a revelar relações sociais e econômicas essenciais para a existência de um fenômeno;
- a exposição de estruturas opressivas ocultas;
- a orientação praxiológica, pela qual o conhecimento é considerado algo inseparável da atividade prática consciente.

A chave para tratar a relação entre observação e crítica social está na reconceitualização de **validade** em termos de uma prática reflexiva. Isto é, uma compreensão consciente do investigador do processo de pesquisa (HAMMERSLEY E ATKINSON, 1983) ou, mais especificamente, uma aproximação questionadora ao testemunho dos informantes (p. ex.: Estão me contando o que eu quero ouvir?) e ao desenvolvimento do esquema teórico (p. ex.: Estou vendo o que quero ver?). O propósito

da reflexão não é produzir um relato objetivo ou não valorativo do fenômeno. A pesquisa qualitativa desse tipo não oferece resultados padronizados, pois

no coração da aproximação qualitativa está o suposto que dita pesquisa está influenciada pelos atributos individuais do investigador e suas perspectivas. A meta não é produzir um conjunto unificado de resultados que um outro investigador meticuloso teria produzido, na mesma situação ou estudando os mesmos assuntos. O objetivo é produzir uma descrição coerente e iluminadora de uma situação, baseada no estudo consistente e detalhado dessa situação (SCHOFIELD,1993, p.202).

Assim, a reflexão não é um meio de demonstrar a validade da pesquisa para uma audiência, mas uma estratégia pessoal pela qual o pesquisador pode administrar a oscilação analítica entre a observação e a teoria que considera válida. Evidentemente, isso será um anátema ao positivismo. Mas é realmente tão diferente do processo de validade da pesquisa quantitativa? A amostragem aleatória e os testes estatísticos aparentam mostrar clareza sobre a transparência da validade; tais técnicas não estão, no entanto, imunes à manipulação de pesquisadores sem escrúpulos. De fato, a validade de um determinado resultado de pesquisa, quantitativo ou qualitativo, depende em última instância da confiança no pesquisador. A procura da validade aplica-se em cada etapa do processo de pesquisa, iniciando no projeto e terminando nas conclusões do relatório.

3.1 A PESQUISA QUALITATIVA NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE

Sobre Estudos Qualitativos em Saúde, como já apontado por Minayo (1999:20), adentrar no campo da Metodologia da Pesquisa Social é defrontar-se com diferentes posicionamentos e com questões inconclusivas que estimulam diversos autores ao debate. Os temas mais polêmicos desse debate estão concentrados na existência de especificidade metodológica no terreno das Ciências Sociais – que seria expressão de suas particularidades enquanto campo de investigação, distinto, por exemplo, das ciências físico-naturais.

Alguns autores (DEMO, 1981; GOLDMANN, 1980; MINAYO, 1999) convidam a pensar acerca do caráter histórico do objeto das Ciências Sociais. E pode-se localizar nos estudos desenvolvidos na área da saúde esta característica incontestável da mutabilidade permanente dos fatores que intervêm nos chamados processos de saúde e de adoecimento das

pessoas ou das comunidades. Isso reafirma a importância e a necessidade da pesquisa social ser sempre conduzida de modo a contemplar as peculiaridades do contexto local na qual se dá, isto é, considerando os determinantes de espaço, tempo, bem como as motivações dos atores institucionais envolvidos e as dinâmicas de poder que permeiam as práticas institucionais.

Um conceito bastante apropriado a essa discussão é o de “consciência possível”, introduzido por Goldmann (1980, p.20-21), o qual concebe o conhecimento produzido pelos diversos grupos sociais, inclusive o conhecimento científico, como um conhecimento relativo, incapaz de superar totalmente o nível do “senso comum” – produzido pelos grupos majoritários (ideologia dominante) – e que apenas parcialmente é capaz de acessar as relações sociais de produção concretas existentes nas sociedades. A esse respeito, Minayo (1999) afirma que

as ciências sociais, enquanto consciência possível, estão submetidas às grandes questões de nossa época e têm seus limites dados pela realidade do desenvolvimento social. Portanto, tanto os indivíduos como os grupos e também os pesquisadores são dialeticamente autores e frutos de seu tempo (MINAYO, 1999, p.20-21).

Em relação à suposta neutralidade científica, concorda-se com Rockwell (citado por SATO e SOUZA, 2001, p. 05) no que se refere à suposta neutralidade do investigador perante o fenômeno estudado e ao seu grau de implicação com os atores em campo. Esse autor pondera que não existe entrada neutra no cenário da pesquisa:

Sempre entramos vinculados a alguém, a alguma instituição, a alguma instância, as quais ocupam posições em relação às pessoas do local. Ainda que não tenhamos sido convidados para pesquisar aquele local, alguém permitiu nossa entrada e nossa convivência ali, tem poderes e interesses em relação àquelas pessoas, e isso define a posição que ocupamos na visão das pessoas do local, ainda que não compartilhem dos mesmos poderes e interesses dos nossos interlocutores iniciais. [...] O fato de não utilizarmos instrumentos visíveis de investigação e de estarmos ali, com eles, passando horas e horas observando, conversando, andando, muitas vezes como qualquer outro visitante o faria, é também motivo de curiosidade e, talvez, de apreensão. Estarmos ali, muitas vezes desprovidos de caneta e papel, é motivo de curiosidade sobre como estamos fazendo a pesquisa, como saberemos o que falar, afinal, as pessoas do local também [em algumas circunstâncias] têm uma visão sobre o que é pesquisa, como se pesquisa e para que ela é feita (ROCKWELL in SATO & SOUZA, 2001, p. 05).

Sendo assim, a construção do conhecimento nas investigações em Saúde Pública está imersa nessa rede de determinantes sociológicos, políticos e ideológicos que complexificam a

tarefa do pesquisador e o impelem a buscar novos caminhos para abordar o fenômeno estudado, metodologias que permitam coordenar as concepções teóricas da pesquisa e o conjunto de técnicas necessárias à apreensão de uma dada realidade, bem como a consciência crítica das limitações inerentes aos recursos técnicos utilizados, além da criatividade necessária para construir, conferir significação às informações encontradas em campo. Em consonância com as palavras de Minayo (1999, p. 21-22), “Se falamos de Saúde ou Doença essas categorias trazem uma carga histórica, cultural, política e ideológica que não pode ser contida apenas numa fórmula numérica ou num dado estatístico”. E, ainda conforme a autora,

A rigor, qualquer investigação social deveria contemplar uma característica básica de seu objeto: o aspecto qualitativo. Isto implica considerar sujeito de estudo: gente, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe, com suas crenças, valores e significados. Implica também considerar que o objeto das ciências sociais é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação” (MINAYO, 1999, p. 21-22).

Para Sato e Souza (2001, p. 03), a diferença primordial existente entre pesquisas qualitativas e outros enfoques de investigação centra-se na:

decisão do pesquisador de utilizar como critério básico de validade os significados imediatos e locais das ações, definidos como ponto de vista de seus próprios atores. Concebido dessa maneira, o trabalho de campo permite responder a importantes questões para a pesquisa, tais como: o que está acontecendo especificamente nesta ação social que ocorre num determinado cenário particular? Que significados têm para os atores nela envolvidos? Como outras pessoas se fazem presentes neste mesmo cenário? Como se relaciona um cenário específico com o seu entorno, com outros níveis do sistema dentro e fora do próprio cenário? Como se comparam as formas de organização da vida diárias neste cenário com outras formas de organização da vida social mais ampla? (SATO e SOUZA, 2001, p.03).

Assim, também para Cruz Neto (1998, p. 51), ao se tomar como referencial de investigação o método qualitativo, a compreensão do que vem a ser trabalho de campo passa pela idéia da “possibilidade de conseguirmos não só uma aproximação com aquilo que desejamos conhecer e estudar, mas também de criar um conhecimento, partindo da realidade presente no campo”. Uma das formas mais utilizadas em pesquisa qualitativa para alcançar essa aproximação com o fenômeno estudado é o estudo de caso. Para Merriam (citado por BOGDAN e BIKLEN, 1994), o estudo de caso consiste na “observação detalhada de um contexto, ou indivíduo, de uma única fonte de documentos ou de um acontecimento

específico”. Existem algumas maneiras distintas de realizar-se esse tipo de estudo, dependendo do foco que lhe é conferido: podem-se realizar estudos de caso de organizações, de grupos sociais e até mesmo de uma única pessoa (comumente designados ‘histórias de vida’). Há de se considerar, também, a possibilidade de realização de estudos de caso múltiplos (visando à possibilidade de generalização dos resultados) e de estudos de caso comparativos, nos quais o pesquisador realiza dois ou mais estudos em diferentes campos de investigação com o objetivo de comparar e contrastar os resultados.

Alguns autores (ERICKSON, 1975; SMITH e GEOFFREY, 1968, BOGDAN e BIKLEN, 1994) consideram que a microetnografia caracteriza-se por ser um tipo específico de estudo de caso, podendo-se fazer uso desse termo quando o estudo é conduzido em unidades pequenas dentro de uma instituição ou quando o cerne da investigação concentra-se em uma atividade organizacional muito específica. Lembra-se que, numa perspectiva etnográfica, ocorre um deslocamento no eixo analítico da pesquisa, através de um afastamento das macro-análises e uma progressiva aproximação das relações cotidianas, considerando o universo micro-social e micropolítico, no qual essas relações tomam parte (SATO E SOUZA, 2001).

Os estudos em saúde de abordagem qualitativa possuem como um dos marcos de referência os trabalhos realizados por Scraiber (1993, 1995) no campo da prática médica. Sua pesquisa sobre a profissão médica parte da premissa de que o exercício da medicina é um trabalho de cunho social. Isso conduz a autora a utilizar recursos, como o relato oral e as entrevistas abertas com os médicos, em busca da auto-representação desses profissionais com relação à sua prática. Segue como exemplo de seu método de investigação trechos extraídos do relato de uma de suas pesquisas:

[...] os entrevistados foram levados a refletir sobre seu dia-a-dia profissional, trabalhando a ‘hipótese’ central do estudo: a formulação de que a autonomia profissional, perdendo espaço na esfera mercantil, busca centrar-se na dimensão técnica interna ao processo de trabalho, em um movimento que corresponde à sua transformação, para preservar-se enquanto possibilidade efetiva na profissão (SCRAIBER, 1995, p. 64).

Argumentando a favor da adequação da pesquisa qualitativa ao seu objeto de estudo, Scraiber (1995, p.73) coloca em relevância suas características amplas que “permitem explorar a subjetividade como objeto de conhecimento, promovendo resgates das dimensões subjetivas dos processos sociais, respeitando o todo complexo de sua constituição”. Os autores referidos demonstram claramente sua preferência por uma abordagem qualitativa de

investigação em saúde – não em detrimento de estudos quantitativos, mas na medida em que reposicionam e reforçam o lugar conquistado pelas pesquisas qualitativas no cenário atual da produção científica. Uma possibilidade então é conjugar os métodos qualitativo e quantitativo: o método quali-quantitativo. Acerca disso, concorda-se com Minayo (1999), que aponta:

Frente à problemática da quantidade e da qualidade, a dialética assume que a qualidade dos fatos e das relações sociais são suas propriedades inerentes, e que quantidade e qualidade são inseparáveis e interdependentes, ensejando-se assim a dissolução das dicotomias quantitativo/qualitativo, macro/micro, interioridade e exterioridade, com que se debatem as diversas correntes sociológicas (MINAYO, 1999, p.11-12).

Ao discutir sobre as técnicas de coleta dos dados, encontram-se as entrevistas como uma das modalidades mais utilizadas nas pesquisas qualitativas em saúde. Ao utilizar a fala dos informantes como instrumental analítico do sistema de valores, das concepções ou das normas que regem a dinâmica de determinados grupos e instituições, caminha-se no sentido de conceber os relatos fornecidos durante a entrevista não apenas como mera construção subjetiva e individual de determinada pessoa, mas como parte de uma produção coletiva, dadas as circunstâncias e determinantes comuns a que os sujeitos estão submetidos e implicados no seu cotidiano. Nas palavras de Minayo:

O que torna a entrevista instrumento privilegiado de coleta de informações para as Ciências Sociais é a possibilidade de a fala ser reveladora de condições estruturais, de sistemas de valores, normas e símbolos (sendo ela mesmo um deles) e ao mesmo tempo ter a magia de transmitir, através de um porta-voz, as representações de grupos determinados, em condições históricas, sócio-econômicas e culturais específicas (MINAYO, 1999, p.109-110).

Essa questão da representatividade de um membro de determinado segmento social em relação à construção simbólica do conjunto já foi tratada por outros pesquisadores preocupados com a metodologia qualitativa de pesquisa. Destacam-se algumas considerações de Bourdieu (1999), para quem “Todos os membros do mesmo grupo ou da mesma classe são produtos de condições objetivas idênticas. Daí a possibilidade de se exercer, na análise da prática social, o efeito de universalização e de particularização, na medida em que eles se homogeneízam, distinguindo-se dos outros” (BOURDIEU 1999, p.111).

Prosseguindo com algumas indicações de Bourdieu quanto à dimensão das interações travadas no desenvolvimento de uma pesquisa:

As relações interpessoais numa pesquisa nunca são apenas relações de indivíduos, e a verdade da interação não reside inteiramente na interação [...] é a posição presente e passada na estrutura social que os indivíduos trazem consigo em forma de ‘habitus’ em todo o tempo e lugar que marca a relação (BOURDIEU 1999, p.112).

Dadas essas colocações, Minayo reafirma esse posicionamento, acrescentando que a “entrevista não é simplesmente um trabalho de coleta de dados, mas sempre uma situação de interação na qual as informações dadas pelos sujeitos podem ser profundamente afetadas pela natureza de suas relações com o entrevistador” (MINAYO, 1999, p.114).

As entrevistas podem ser agrupadas em dois conjuntos, a saber: as entrevistas estruturadas, que comumente são realizadas por meio de um questionário ‘fechado’, com perguntas específicas acerca do tema investigado; e as entrevistas semi-estruturadas ou não-estruturadas, nas quais podemos situar os relatos sobre as histórias de vida e as discussões de grupos focais. Para efeito do presente estudo, aqui será ressaltado o uso das informações previamente coletadas durante a execução da pesquisa originada do “Diagnóstico de Saúde do Distrito Leste – PROMED” (2005), que teve como problemática central: “Como se expressam as percepções dos usuários, trabalhadores da saúde e líderes comunitários da Região Leste da cidade de Porto Alegre sobre qualidade de vida, necessidades locais de saúde e rede de atenção básica?”.

Cabe aqui, a revisão histórica deste processo de pesquisa que, buscando a mudança do processo formador de recursos humanos na área da saúde, as Diretrizes Curriculares do Curso de Medicina (CNE/ME, 2001) constituíram-se em marco histórico ao propor um perfil de competências e organização curricular capaz de balizar o profissional formado às necessidades do SUS. Fortalecendo, conseqüentemente, as dimensões sócio-ambientais, preventivistas, humanizadoras e comunitárias das estratégias de ensino-aprendizagem (PROMED, 2005).

O Programa de Incentivo a Mudanças Curriculares nos Cursos de Medicina (PROMED) é resultado concreto desta importante articulação, que envolve os Ministérios da Saúde e da Educação, Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), Associação Brasileira de Ensino Médico (ABEM) e o projeto da Comissão Interinstitucional Nacional de Avaliação das Escolas Médicas (CINAEM), e que deve reorientar os currículos das escolas médicas envolvidas (vide PROMED - Termo de referência, 2002).

A proposta do “Campus da Saúde da PUCRS” articula-se com a orientação distrital e programática do gestor municipal de sua política pública de saúde. Busca produzir conhecimentos atentos à concepção organizacional do gestor, referida à consecução dos

objetivos do plano Plurianual da Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Porto Alegre (SMS, 2000) e voltados para uma concreta mudança de cenários de práticas no reordenamento dos processos de ensino da FAMED/PUCRS. Como a concepção do “Campus da Saúde/PUCRS” envolve não somente o espaço de ensino médico, mas também outros cursos da área da saúde, a Faculdade de Serviço Social foi convidada a fazer parte desta etapa do PROMED: realizar o Diagnóstico do Campus da Saúde/PUCRS (PROMED/PUCRS, 2005).

O diagnóstico situacional é elemento fundamental no planejamento conseqüente das ações de saúde, na qualificação dos serviços prestados e na integração ensino e serviços. Dada a complexidade da realidade, são necessárias abordagens integrais de conhecimento desta realidade, onde as diversas disciplinas do conhecimento interagem e buscam o maior número de elementos para compreender as necessidades de saúde da população, as situações de risco à vida, o impacto das ações de saúde e as alternativas de ação para modificar esta realidade (PROMED/PUCRS, 2005).

A análise do espaço geográfico presta-se, antes de tudo como meio operacional, para avaliação objetiva de compreensão do real, através da observação das condições criadas no espaço para a produção, circulação, residência, comunicação, para o exercício da política e das crenças, para o lazer e como condição de vida. Além disso, esse espaço é um meio percebido, subordinado a uma avaliação subjetiva de acordo com representações sociais específicas. O espaço geográfico é definido por Santos (1988), como um “conjunto indissociável de sistemas de ações e objetos”. Para que adquiram materialidade, estes objetos, tanto naturais, quanto elaborados tecnicamente, e ainda, os eventos da vida, precisam estar situados no espaço e no tempo. Para Santos, a racionalidade do espaço, entendida historicamente e fruto das redes e do processo de globalização, é expressa através do “conteúdo geográfico do cotidiano” (SANTOS, 1999).

Assim, o Diagnóstico do Distrito Leste, cuja área de abrangência situa-se na Região Leste do Município de Porto Alegre, articulou um conjunto de informações fundamentais sobre a situação de saúde da população moradora dessa área, seu perfil cultural, sócio-demográfico e a disponibilidade de recursos públicos e outros de uso da comunidade.

A compreensão da evolução das comunidades humanas e das transformações que o movimento dos grupos provocam na esfera social apresenta certa significância, pois a partir do seu entendimento poderemos compreender, criticar e transformar ações e produção de saberes, no sentido de possibilitar avanços relevantes na qualidade dos métodos utilizados e

dos serviços de saúde prestados pelos profissionais dedicados à determinada população. (SCARPARO, 1998).

A aplicabilidade deste conjunto de informações refere-se tanto aos profissionais de saúde, na execução dos objetivos propostos no plano Plurianual da Secretaria Municipal da Saúde/, como no reordenamento dos processos de ensino da FAMED/PUCRS, que poderá orientar conteúdos e práticas de acordo com o perfil epidemiológico da população do distrito sanitário.

As responsabilidades atendidas pela equipe de pesquisadores da FAMED e da Faculdade de Serviço Social/PUCRS (FSS) constituíram-se de várias atividades, todas empreendidas em colaboração, destacando-se: elaboração do projeto de pesquisa; construção dos instrumentos de coleta de dados; seleção e capacitação dos pesquisadores de campo; observações de campo; realização das entrevistas; realização de grupos focais; supervisão das atividades de campo; participação em seminários integrados com a FAMED e FSS; bem como a análise dos dados coletados e a elaboração de relatório. A composição interdisciplinar da equipe de pesquisadores de campo orientou-se por uma proposta de integração entre as duas áreas de conhecimento – Medicina e Serviço Social – concebida como condição de possibilidade para ampliar o aprendizado dos estudantes envolvidos na pesquisa em razão da oportunidade ímpar de socialização de experiências, saberes e fazeres distintos, aportados por cada área (PROMED/PUCRS, 2005).

Foram sujeitos do estudo os usuários dos serviços de saúde, os líderes da comunidade e os trabalhadores da saúde. Destaca-se o compromisso ético da FSS e da FAMED com os procedimentos de investigação baseados no consentimento informado dos sujeitos da pesquisa e com a devolução dos dados e apresentação dos resultados, bem como proposições para os serviços. Estes sujeitos, definidos através de um conjunto de critérios intencionais, foram convidados a participar da investigação de modo a alcançar-se, no conjunto dos respondentes dos diversos instrumentos qualitativos de pesquisa, a expressão de múltiplas vozes que representassem tanto a diversidade sócio-cultural da região, quanto os distintos pontos de vista sobre saúde, rede de serviços e qualidade de vida.

A pesquisa-mãe teve como problemática central: “Como se expressam as percepções dos usuários, trabalhadores da saúde e líderes comunitários da região Leste da cidade de Porto Alegre sobre qualidade de vida, necessidades locais de saúde e rede de atenção básica?”, a metodologia da investigação articulou as categorias teórico-metodológicas antes citadas aos temas centrais da investigação – qualidade dos serviços de saúde, qualidade de vida da população e redes sociais de apoio. utilizando a técnica de entrevistas semiestruturadas, na

qual o pesquisador pôde também fazer uso de um roteiro com perguntas previamente elaboradas, e que se presta muito mais a guiar a conversa realizada com o informante/entrevistado do que a ser algo seguido de forma rígida – o que acabaria por limitar e ‘empobrecer’ as possibilidades de um maior aprofundamento na temática em questão e a relação construída com o entrevistado.

Como assinalado por alguns autores (MINAYO, 1999; RICHARDSON, 1999, MENDES, 2003), durante a situação de entrevista ocorre uma mútua interferência no processo de significação da realidade produzido pelo entrevistado e pelo entrevistador, “e esse encontro de duas subjetividades representantes de códigos socioculturais quase sempre diferenciados é, ao mesmo tempo, rico, problemático e conflitivo”.

Além das entrevistas, podemos situar também a observação de campo¹⁹ como recurso complementar no processo investigativo, e que se constitui em um momento especial da entrada no cenário da pesquisa, podendo ser caracterizado como o momento exploratório da investigação, no qual o pesquisador entra em contato com os atores sociais envolvidos na pesquisa e toma conhecimento das dinâmicas cotidianas em que estão inseridos, num dado local e num determinado tempo. Tem-se, então, que a observação enquanto técnica de investigação realiza-se:

Através do contato direto ou indireto do pesquisador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. O observador, enquanto parte do contexto de observação, estabelece uma relação face a face com os observados. Nesse processo, ele, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto. A importância dessa técnica reside no fato de podermos captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, uma vez que observados diretamente na própria realidade, que transmitem o que há de mais imponderável e evasivo na vida real (CRUZ NETO, 1998, p. 60).

A implicação do pesquisador no trabalho de campo está diretamente ligada ao seu posicionamento enquanto observador. Existe uma gama de situações na observação de campo as quais muitos pesquisadores já se encarregaram de descrever (CICOUREL, 1980; MINAYO, 1999) – que se diferenciam devido exatamente ao *status* do pesquisador no cenário do estudo, seja como “*participante-total*” num pólo, ou como “*observador-total*” no outro extremo. Entretanto, existem as variações desses posicionamentos e, como esclarecido por Minayo (1999, p.142-143), “na verdade nenhum desses [papéis] se realiza puramente”,

¹⁹ Serão utilizadas as informações registradas nos diários de campo dos pesquisadores.

concluindo que: “Mais do que a definição *a priori* do tipo de pesquisador que se deseja ser no campo, é preciso considerar a observação como um processo que é construído duplamente, pelo pesquisador e pelos atores sociais envolvidos” (MINAYO, 1999, p.142-143).

Há de se levar em consideração, durante o processo de observação de campo, a necessidade de alguma sistematização do que é observado: seja o clima institucional, as rotinas organizacionais, as relações de poder entre diferentes grupos, ou a hierarquização de tarefas, somente para citar alguns exemplos. Como, então, proceder o registro dessas informações para a composição de material analítico posterior para a pesquisa? Segundo MINAYO (1999:147), Becker trabalha com o termo “história natural da pesquisa” para referir-se a essa tarefa de registrar cada momento da observação, a qual, certamente, produz significações sobre dada realidade e fornece informações importantes sobre o contexto no qual está inserido o problema pesquisado. Minayo (1999, p.147), ao discorrer sobre alguns comentários de Cicourel quanto à “*objetividade*” da observação não-participante, fornece alguns subsídios que podem auxiliar no entendimento de como seria esse registro sistematizado das observações de campo por parte do pesquisador, através de “revisões críticas do trabalho de campo, explicitação dos procedimentos adotados e dos diferentes papéis representados pelos sujeitos da pesquisa e pelo próprio pesquisador”. Uma das maneiras mais difundidas entre os pesquisadores das ciências sociais é a manutenção de um diário de campo durante todo o período da observação participante. Segundo indicações de Cruz Neto (1998, p.63), o “diário de campo” pode ser considerado um “amigo silencioso”, sobre o qual:

o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que, no seu somatório, vai congrega os diferentes momentos da pesquisa. Demanda um uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação. Quanto mais rico for em anotações esse diário, maior será o auxílio que oferecerá à descrição e à análise do objeto estudado (CRUZ NETO, 1998, p. 64).

Entretanto, cabe ressaltar que o conhecimento empírico advindo do trabalho de observação do cenário da pesquisa não oferece soluções fáceis ao pesquisador. Muitas vezes, o conhecimento produzido nessa etapa pode tornar tal momento um momento de interrogação acerca da pertinência dos recursos escolhidos em face da configuração presente do universo/fenômeno estudado. Esse encontro entre as representações e teorizações iniciais do pesquisador e o cotidiano vivenciado no campo da pesquisa coloca o investigador num movimento permanente, por vezes desconfortável, de manter-se aberto ao que esta própria

experiência aos poucos pode descortinar e diante da possibilidade de rever criticamente suas estratégias metodológicas – postura esta que exige certo grau de flexibilidade e autocrítica. A ocorrência de restrições operacionais ou novas perspectivas de abordar o fenômeno em campo é sempre uma possibilidade, dadas as condições inesperadas que podem favorecer ou dificultar o trabalho de pesquisa. É da competência do investigador administrar as contradições vivenciadas durante esse período, bem como analisar as implicações ou efeitos que podem acarretar ao estudo. Ao discorrer com bastante clareza sobre esse movimento de articulação entre teoria e método durante o trabalho de campo, Cruz Neto (1998, p. 61-62) aponta que é através desse comprometimento que é possível evitar o que comumente é referido como o “mito da técnica”:

Para além dos dados acumulados, o processo de campo nos leva à reformulação dos caminhos da pesquisa, através das descobertas de novas pistas. Nessa dinâmica investigativa, podemos nos tornar agentes de mediação entre a análise e a produção de informações, entendidas como elos fundamentais. Essa mediação pode reduzir um possível desencontro entre as bases teóricas e a apresentação do material de pesquisa (CRUZ NETO, 1999, p. 62).

Quanto ao tratamento das informações obtidas a partir de uma pesquisa qualitativa em saúde, a técnica frequentemente utilizada no terreno das ciências humanas e sociais é a análise de conteúdo. Para Bardin (2002), uma das mais importantes referências nessa área, a análise de conteúdo pode ser compreendida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a interferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens (BARDIN 2002, p.102).

Ao discutir acerca das diversas tendências históricas existentes na produção teórica em torno da Análise de Conteúdo, Minayo explicita que “Todo o esforço teórico para desenvolvimento de técnicas, visa – ainda que de formas diversas e até contraditórias – ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica frente à comunicação de documentos, textos literários, biografias, entrevistas ou observação” (MINAYO, 1999, p.203).

Em termos operacionais, através da análise de conteúdo, o investigador propõe-se a alcançar sentidos e significações não explicitadas num primeiro momento, e que tendem a emergir, quando se relacionam

estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) dos enunciados. Articula a superfície dos textos descrita e analisada com os fatores que determinam suas características: variáveis psicossociais, contexto cultural, contexto e processo de produção da mensagem (MINAYO, 1999, p. 203).

Todavia, a perspectiva analítica oferecida pela matriz do pensamento hermenêutico-dialético – tendo como referenciais importantes os trabalhos de Habermas²⁰ e Lefebvre²¹ - também nos sugere, como referido por Deslandes (1997, p.105), que

a análise de uma ação institucional não pode prescindir da compreensão das contradições presentes naquela ação, pois incorreria ao erro de negar-lhe seu caráter histórico e dinâmico. Entende-se que o real (aqui delimitado como as relações sociais em saúde) é móvel, múltiplo, diverso e contraditório. No movimento dialético de investigação, o conceito de contradição desempenha papel crucial, pois não se trata de uma oposição excludente entre o ‘sim’ e o ‘não’, mas uma relação com profundas vinculações no concreto, que se apresenta sob termos que se negam ativamente, mas que se interpenetram e criam algo novo. O princípio de identidade dialética é, por definição, uma ‘unidade das contradições’ (DESLANDES, 1997, p.105).

Ao realizar o inventário dos elementos ou das unidades temáticas para a análise de dados, é preciso considerar alguns requisitos de natureza operacional que forneçam consistência às categorias finais elegidas pelo investigador como eixo de sua análise. Esses requisitos, segundo Bardin²² (2002, p. 119-120), são, em síntese, as qualidades que um bom conjunto de categorias deve possuir, sendo eles: a exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência, a objetividade e fidelidade e, por fim, a produtividade.

3.2. O CAMINHO DA PESQUISA DE CAMPO

O eixo das preocupações deste estudo gira em torno das formas de relação do programa de atenção básica em saúde com a integralidade da atenção tanto aos usuários

²⁰ Habermas, J., 1987. **Dialética e Hermenêutica**. Porto Alegre: Ed. L&PM.

²¹ Lefebvre, H., 1979. **Lógica Formal**. Lógica Dialética. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

²² Não se tem por objetivo, e seria de todo modo desnecessário neste momento, sintetizar a descrição - realizada por Bardin (2002), no capítulo III do livro *Análise de Conteúdo* - de cada uma dessas qualidades concernentes ao sistema categorial, de forma que se remete o leitor à obra na qual é realizada com maior propriedade a explanação desse processo de construção das categorias de análise.

quanto aos trabalhadores de saúde. Assim, esta investigação focaliza também questões relativas às concepções dos profissionais dos serviços de saúde acerca do dia-a-dia no serviço e as implicações advindas desse modo de conceber o fenômeno saúde/doença nos modos de cuidado desenvolvidos pelo serviço para atender a essa parcela da população.

Por esta investigação constituir-se uma pesquisa descritiva com abordagem *qualitativa*, serão utilizados diversos recursos já trabalhados com o objetivo-diagnóstico de coleta de dados e registro das observações de campo, entrevistas semi-estruturadas com informantes-chave, através de instrumentos já desenvolvidos para esse fim.

O local que escolhido para a realização do trabalho de campo foi a região distrital de saúde leste de Porto Alegre, em serviços de saúde de distintas modalidades e programas, atendendo também a grande multiplicidade das populações atendidas. O critério para seleção da amostra foi intencional, baseado nas diferenças entre as formas de organizações e estratégias da atenção à saúde nesta região (PROMED/PUCRS, 2005).

Cabe localizar, neste momento, algumas preocupações referentes a aspectos éticos do trabalho, bem como os esforços realizados no sentido de preservar os atores envolvidos na pesquisa da identificação e do constrangimento que poderia decorrer desse fato. A princípio, deve-se esclarecer que o Projeto de Pesquisa resultante desta investigação foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, para fins de sua realização, de acordo com as normas do Comitê supracitado, sendo aprovado integralmente.

Os sujeitos desta pesquisa foram profissionais da saúde – médicos, profissionais não-médicos, técnicos e agentes comunitários – que desenvolvem suas atividades na unidade de saúde ou na comunidade (através da Estratégia Saúde da Família). Incluir diversas categorias profissionais e circular através das concepções presentes nos diferentes níveis de hierarquia do serviço encontra seu motivo numa das premissas do trabalho: a de que todos os trabalhadores em saúde, sejam eles técnicos ou profissionais especializados das Unidades Básicas ou das equipes de ESF, desempenham um papel muito relevante no processo de acolhimento dos usuários. A composição dos entrevistados deu-se da seguinte forma:

FUNÇÃO	REPRESENTANTES
Estagiários	28
Auxiliares de Enfermagem	18
Médicos	11
Agentes Comunitários de Saúde	12
Enfermeiros	07
Técnicos em Enfermagem	07
Secretárias	06
Odontólogos	04
Assistentes Sociais	02
Técnicos em Odontologia	02
Psicólogo	01
TOTAL	98

QUADRO 2 – FUNÇÃO E NÚMERO DE PARTICIPANTES DOS GRUPOS FOCAIS
 Fonte: PROMED/PUCRS, 2005

A opção por entrevistar apenas os profissionais, técnicos ou agentes comunitários de saúde – e não incluir a perspectiva dos usuários da Unidade – deve-se ao desejo de privilegiar as *concepções, falas e condutas* desses atores sociais, em consonância com o objetivo principal desta pesquisa, que é identificar e analisar os modos de cuidar, de *agir em saúde*. Usando as palavras de Merhy (1997, p. 2002), “diante de necessidades de saúde que remetem os trabalhadores em saúde a possíveis problemas de saúde”.

Por serem a problemática a relação da visão psicossocial dos significados da saúde e da doença com os modos de vida dos usuários dos serviços de atenção básica em saúde e a forma como acontece a interação destes com a organização dos serviços de saúde, foi buscada uma metodologia de pesquisa que contemplasse a visão dos profissionais da rede básica acerca do atendimento às pessoas e seus modos de vida, com ênfase nos modos de ação/intervenção desenvolvidos para o enfrentamento dessa questão. Isso exige uma reflexão acerca das técnicas que melhor auxiliarão a alcançar as informações necessárias à análise e à produção de conhecimento referentes à temática investigada.

Uma vez que o pressuposto central desta pesquisa refere-se ao entrelaçamento, à coabitação de uma mesma dimensão nas ações desempenhadas pela saúde pública e pelo processo de trabalho em saúde, haja vista ambas exercerem intervenções que incidem

diretamente sobre os processos de subjetivação dos sujeitos em geral, deve-se pontuar que o contexto da atenção básica – além de compor a especificidade deste estudo – foi escolhido por apresentar, inclusive historicamente, as ações mais expressivas do caráter preventivo/interventivo dos modelos de atenção à saúde coletiva no Brasil.

3.2.1 Observação de Campo

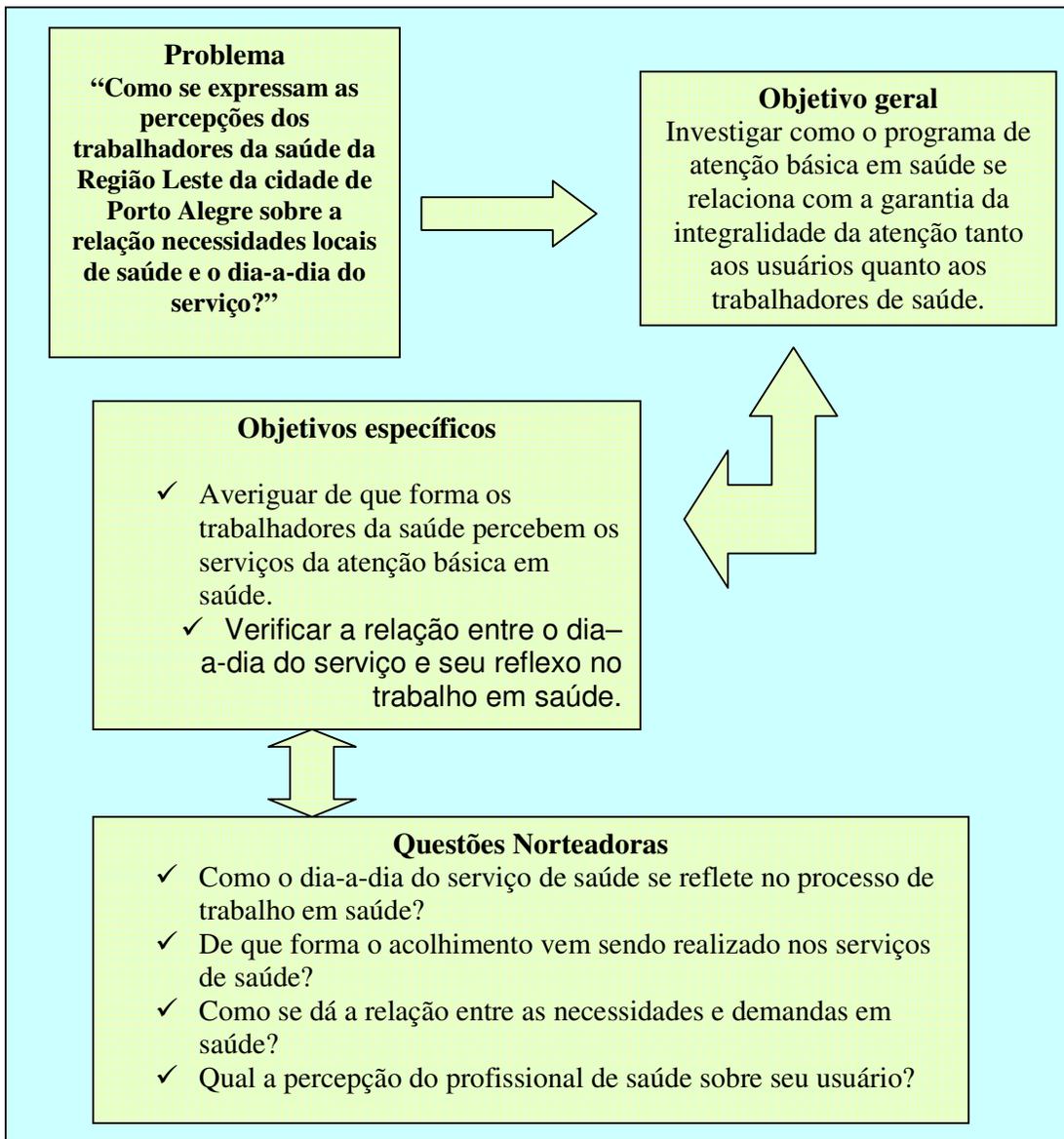
A técnica da observação, no caso desta investigação, consiste numa abordagem complementar do universo pesquisado e num momento privilegiado de construção das primeiras aproximações com os atores envolvidos, sendo um elemento facilitador para a condução posterior das entrevistas com os técnicos e profissionais dos serviços. Em conjunto, ambas as estratégias – observação e entrevistas – formaram como núcleo central do trabalho de coleta de dados. A experiência direta com a atividade tecno-assistencial dos atores sociais e o registro das impressões obtidas no cotidiano institucional possibilitarão a verificação crítica das potencialidades desta pesquisa, da reformulação de inferências prévias à entrada em campo, bem como a composição geral das dinâmicas e dos papéis institucionais dos atores.

Pode-se afirmar que a entrada nos serviços de saúde, as relações travadas com os profissionais durante o período da pesquisa, as observações da triagem e da sala de espera dos módulos de atendimento e os momentos informais de conversa com profissionais mais próximos irão dialogar com as informações coletadas através de outros procedimentos metodológicos.

Ao final de cada observação realizada, foram registrados os eventos e os processos interacionais mais relevantes dentro da configuração geral, como as situações mais significativas daquele dia ou a impressão sobre o clima institucional, registrados nos diários de campo. A vivência da observação, as anotações dos eventos, das dinâmicas relacionais entre técnicos/profissionais e usuários, provou ser de grande valia quando houve a necessidade de retornar às situações, que somente com o auxílio da memória provavelmente perderiam sua riqueza simbólica. Como a observação pode ser considerada um dos sustentáculos da pesquisa qualitativa, a sistematização dos registros, em forma de *diário de campo*, contribuirão de modo ímpar para as análises subseqüentes. A decisão de se utilizar o conteúdo da pesquisa realizada com fim diagnóstico apóia-se no compromisso que todas as profissões têm em comum em seu juramento: o respeito pela dignidade humana. Propor a

reutilização de informações já coletadas protege a população de eventuais abusos travestidos de pesquisas e reafirma o compromisso firmado entre as partes garantindo o compromisso firmado entre sujeito, pesquisador e a questão ética implicada neste processo.

3.3. QUADRO METODOLÓGICO DA PESQUISA



QUADRO 3 –QUADRO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Fonte: Elaborado pela autora para este estudo.



Fonte: Pesquisa Diagnóstico de Saúde do Distrito Leste de Porto Alegre, 2005

4. A REALIDADE DA INVESTIGAÇÃO: AS DIFERENTES FORMAS DE ATENDER À SAÚDE

Conforme explicitado no capítulo 2, o trabalho na Atenção Básica à saúde tem características próprias, e é exatamente a partir delas que iniciamos o processo de divulgação dos resultados a partir das unidades de saúde investigadas, tendo já referido o caminho de investigação percorrido para a construção da caracterização das unidades aqui identificadas como serviço seguido de um número, o que preserva o compromisso ético do anonimato assumido durante a coleta de informações.

A cidade de Porto Alegre possui como características físicas uma área total de 476,30 km², com uma área continental de 431,85 km² e uma área em ilhas de 44,45 km². Possui espaços de planícies, mas está circundado por 40 morros que abrangem 65% da área, limitada por uma orla fluvial de 72 km. Seus limites: Norte, as cidades de Triunfo, Nova Santa Rita, Canoas e Cachoeirinha; Sul, a cidade de Viamão e o Lago Guaíba (Barra do Ribeiro); Leste, as cidades de Alvorada e Viamão; Oeste, o Lago Guaíba (Eldorado do Sul, Guaíba e Barra do Ribeiro). Apresenta 395 praças (área: 3.050.508 m²); 11 parques (área: 5.415.808 m²) com um índice de área verde de 13,62m²/hab. Possui em torno de 85 bairros, totalizando uma população de 1.360.590, entre 724.770 mulheres e 635.820 homens (PORTO ALEGRE/RIO GRANDE DO SUL, 2004).

A expectativa de vida de seus moradores está em torno de 71,4 anos; para o gênero masculino, de 66,2 anos; e para o gênero feminino, de 76,2 anos. Como outros indicadores de qualidade de vida, apresenta 91% de população alfabetizada; homicídios: 2,43 por 10.000 habitantes; mortalidade infantil: 14,84 por 1.000 habitantes; abastecimento de água: 99%; abastecimento de energia elétrica: 98%; recolhimento de lixo: 100%; coleta de esgoto: 83%; e Esgoto tratado: 44% (PORTO ALEGRE/RIO GRANDE DO SUL, 2004).

A seguir, serão apresentadas algumas informações do Distrito Leste de saúde de Porto Alegre, bem como a caracterização dos serviços investigados por este estudo, a fim de explicitar o cenário em que estão inseridos.

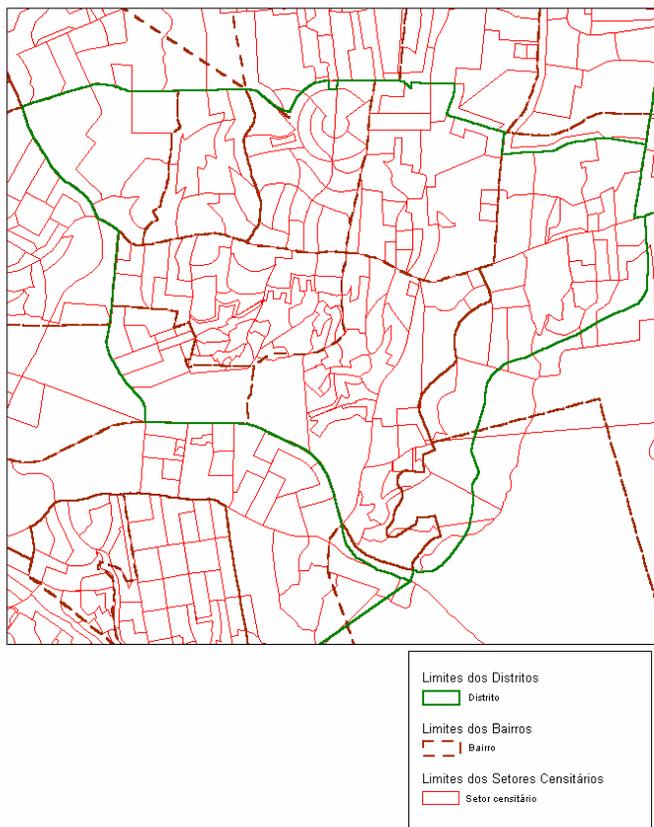
Porto Alegre está organizada em 16 Distritos Sanitários, conforme distribuição a seguir:



MAPA 1. DISTRITOS SANITÁRIOS DE PORTO ALEGRE (POA/RS, 2004)

O Distrito Leste de saúde faz divisa com outros seis distritos sanitários. São eles: Noroeste, Centro, Partenon, Lomba do Pinheiro e Nordeste.

No mapa a seguir, visualizamos a abrangência do território circunscrito do Distrito Leste de saúde:



MAPA 2: ABRANGÊNCIA DO DISTRITO LESTE DE SAÚDE
Fonte: Relatório do Campus da Saúde da PUCRS, 2001.

NOME	TIPO	ENDEREÇO
U.S. Morro Santana	Unidade Básica Saúde	R. Marieta Menna Barreto 210, Protásio Alves
U.S. Vila Jardim	Unidade Básica Saúde	Av. Protásio Alves 4880, Chácara das Pedras
U.S. Campus Aproximado da PUC	Unidade Básica Saúde	R. Quatorze Vila Mato Sampaio 227, Bom Jesus
Centro de Saúde Bom Jesus	Centro de Saúde	R. Bom Jesus 410, Bom Jesus
GHC Unidade Divina Providência (Valão)	Serviço Saúde Coletiva Grupo Hospitalar Conceição	R. Cananéia 220, Vila Jardim
GHC Unidade SESC	Serviço Saúde Coletiva Grupo Hospitalar Conceição	R. Aldrovando Leão 331, Vila Jardim
GHC Unidade Barão de Bagé	Serviço Saúde Coletiva Grupo Hospitalar Conceição	R. Araruama 487, Vila Jardim
GHC Unidade Coinma	Serviço Saúde Coletiva Grupo Hospitalar Conceição	R. Republica do Peru 380, Jardim Itu Sabará
PSF Mato Sampaio	Programa Saúde da Família	R. Vinte Sete Vila Mato Sampaio 685, Bom Jesus
PSF Pinto	Programa Saúde da Família	Bc Cinco Vila Fátima-Pinto 560, Bom Jesus
PSF Brasília	Programa Saúde da Família	R. Juvenal Cruz 246, Jardim Carvalho
PSF Tijuca/PSF Laranjeiras	Programa Saúde da Família	R. Reverendo Daniel Betts 321, Protásio Alves
PSF Milta Rodrigues 1 e 2	Programa Saúde da Família	R. Comendador Eduardo Seco 4, Jardim Carvalho
PSF Jardim Carvalho	Programa Saúde da Família	VA Três Cefer Um 10, Jardim Carvalho

QUADRO 3: UNIDADES DE SAÚDE DE ABRANGÊNCIA DO DISTRITO LESTE
DE SAÚDE

Fonte: PROMED/PUCRS, 2005.

A partir dessas informações, foram selecionados, de forma intencional, seis serviços de saúde que pudessem exemplificar a multiplicidade das ações e políticas de saúde. A partir da técnica de grupo focal, pôde-se contemplar a fala dos trabalhadores da saúde, utilizando-se como dispositivos iniciais duas perguntas: como é o dia-a-dia do serviço e, em seguida, indagamos o significado do acolhimento para os grupos. Os resultados preliminares serão apresentados a seguir.

4.1 CENÁRIOS DO TRABALHO EM SAÚDE

4.1.1 Serviço 1:

O serviço 1 situa-se num bairro de grande diversidade de condições de vida. As ruas próximas à principal avenida de acesso são constituídas de estabelecimentos comerciais, casas com boa infra-estrutura, acesso a transporte público, entre outros recursos. As ruelas e becos se concentram no alto do morro e dispõem de condições fragilizadas. Ao adentrarmos na vila, o nível de vida vai se tornando gradativamente precarizado. Os estabelecimentos comerciais encontrados são mercados, escola, transporte, telefonia, padaria e pequenas lojas de variedades. Todos esses dispõem de estruturas de alvenaria e aparentam bom cuidado.

A unidade em análise situa-se na entrada do bairro, abaixo do nível da rua, ao lado de um mercado. O espaço é dividido com a Associação de Moradores. Esta promove atividades de lazer no salão cedido. Os muros eram pichados e havia grades no entorno do posto. No interior, a conservação é muito boa, apresenta excelente condição de limpeza e aparenta ser recém-reformado. O local, é claro, com boa ventilação, as salas apresentam tamanho razoável, possuem ventiladores e equipamentos.

Não se observa a presença de vigilantes e o controle é realizado na própria recepção. O espaço físico é de bom tamanho para uma equipe de PSF, no entanto, não comporta a atuação de duas equipes e a necessidade de atendimento de uma população de 8 mil pessoas. Há presença de alguns cartazes divulgando campanhas e um aviso de caminhadas para hipertensos, sem com isso provocar poluição visual.

Havia, no momento da visita, decoração de acordo com a data comemorativa que se aproximava, conferindo ao serviço um aspecto acolhedor e familiar. A sala de espera é

composta por bancos de material fixos às paredes e um banco de madeira móvel estofado. Há bom acesso à recepção.

A equipe demonstra muito boa interação com a população usuária, evidencia uma relação familiarizada e acolhedora em todos os espaços de atuação. Os agentes comunitários de saúde vestem-se com uniformes adequados à atividade que realizam, usam tênis, abrigos e camisetas. Os demais usam jalecos. Entre a equipe, observa-se bom entrosamento, dispondo o grupo de uma sala com mesa central, pia e armários para uso interno, tanto em reuniões formais quanto não formais.

Traz-se a seguir o quadro de caracterização do Serviço 1, com informações objetivas de atuação na realidade de saúde do bairro:

N.º DE EQUIPES	COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	PROGRAMAS DESENVOLVIDOS	GRUPOS COM POPULAÇÃO
2	2 médicos, 2 enfermeiras, 4 auxiliares de enfermagem, 8 agentes comunitários de saúde.	Pré-Natal Prá-Nenê Hipertensos Diabéticos Saúde Mental Saúde da Mulher Asma	Pré-Natal Hipertensos Diabéticos Saúde da Mulher Asma (Grupo de Acolhimento)
CAPACITAÇÕES PARA EQUIPE		ATUAÇÃO COMO FORMADOR DE RH	
Capacitação para Inserção de DIU Capacitação Continuada de Saúde Mental		Campo de Estágio para Enfermagem (PUCRS/ UFRGS)	
POPULAÇÃO ATENDIDA		HORÁRIO E DIAS DE ATENDIMENTO	
8 Mil		8h às 12h 13h às 17h segunda à sexta-feira	

QUADRO 4: CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO 1

Fonte: PROMED/PUCRS 2005.

4.1.2 Serviço 2

O Serviço 2 (PSF) está situado num bairro constituído principalmente por condomínios de prédios próximos a uma grande avenida de acesso, tendo em seu entorno alto número de estabelecimentos comerciais e fácil acesso ao transporte público. As ruas

variam de becos estreitos a avenidas pavimentadas. Há grande espaço de área verde e lazer; em alguns pontos estão presentes focos de lixos espalhados pelo chão.

Os condomínios são novos e as casas são, em geral, de alvenaria, com muros e grades. Estão disponíveis serviços, como transporte público, telefonia pública, armazéns, padarias, serralharias, comércio em geral, igreja e supermercados.

O serviço de saúde analisado apresenta estrutura material nova, gradeada ao final de uma rua sem saída. O local é limpo, bem iluminado, ventilado, amplo, e possui diversas salas com diferentes tamanhos; não se evidencia pichação. Observa-se a presença de um segurança na entrada da unidade, e o controle é feito pelos profissionais da recepção. A sala de espera é constituída de bancos de madeira ao redor das paredes, onde há pouco material fixado, não existindo murais.

O quadro abaixo trata das informações de ordem quantitativa da unidade em observação:

N.º DE EQUIPES	COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	PROGRAMAS DESENVOLVIDOS	GRUPOS COM POPULAÇÃO
1 Equipe de Unidade Básica; 1 Equipe de Saúde Mental da Gerência Leste/Nordeste.	. 1 médico clínico-geral (20h), 1 médico clínico-geral (10h), 2 médicos pediatras, 2 médicos ginecologistas, 2 enfermeiras (1 está na coord.), 4 auxiliares de enfermagem, 7 técnicos de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de gabinete odontológico (nível médio), 1 assistente administrativo hospitalar (nível médio). Equipe de Saúde Mental: 3 psicólogos, 1 psiquiatra, 1 assistente social.	Todos os programas de atenção à saúde veiculados pela Secretaria Municipal de Saúde.	Grupo de gestantes (pré-natal) Grupo de Flúor (odonto) Grupo de Asma Grupo Diabéticos Grupo Hipertensos Palestras nas escolas da região de cobertura
CAPACITAÇÕES PARA EQUIPE		ATUAÇÃO COMO FORMADOR DE RH	
Capacitações oferecidas pela SMS Capacitação em hanseníase Capacitação em oxigenoterapia Capacitação continuada em saúde mental		Campo de estágio para enfermagem em aberto; Saúde Mental – campo de estágio em psicologia.	
POPULAÇÃO ATENDIDA		HORÁRIO E DIAS DE ATENDIMENTO	
		7h às 18h segunda à sexta-feira	

QUADRO 5: CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO 2

Fonte: PROMED/PUCRS, 2005.

4.1.3 Serviço 3

O bairro no qual se encontra o Serviço 3 é caracterizado principalmente pela contrastante desigualdade social expressa materialmente nas casas e jardins. As ruas variam de largas e asfaltadas a becos estreitos e irregulares de chão batido. Estes últimos são em maior número e localizam-se no centro da área de abrangência da unidade citada. A unidade fica próxima a um grande centro de comércio voltado às classes A e B – é evidente e intrigante a convivência desses opostos.

As casas são, em sua maioria, construídas precariamente com restos de material e madeiras diversas, possuindo delimitação pouco definida, sendo que várias casas ocupam o mesmo terreno. Outra pequena parcela é composta de casas luxuosas de dois andares, cercadas por grades, cercas elétricas e câmeras filmadoras de segurança.

Há, na região, a forte presença do tráfico de drogas, originando inúmeros problemas para a população. Os serviços disponíveis encontram-se principalmente nos arredores da vila; no centro predominam residências. São eles: transporte público, telefonia pública, armazéns, padaria, serralharia, comércio diverso, igreja, templo religioso. Os estabelecimentos comerciais, apesar de cercados por condições precárias, são normalmente feitos de alvenaria, contrastando com o entorno.

A unidade observada tem sua entrada um pouco afastada da rua. É uma casa simples, com boa conservação, as janelas são gradeadas e não há cerca no exterior. Não se observa a presença de vigilantes ou segurança; o controle é feito pelos profissionais da recepção. O local é limpo, bem iluminado, com ventilação adequada e sem pichações. A sala de espera é razoável, cercada de bancos junto às paredes; há grande quantidade de material educativo exposto nas paredes com campanhas de prevenção e promoção da saúde.

Os funcionários da unidade mostravam relações cordiais e reservadas, com faixa etária predominante acima de 35 anos, e vestiam jalecos. Há espaço para convivência da equipe na cozinha e uma sala logo ao lado, onde se observa a conversa informal entre estes. É possível perceber a qualidade da inserção dos profissionais na comunidade atendida, à medida que se evidencia a interação aproximada entre população usuária e tais profissionais nas ações cotidianas presenciadas.

O quadro que segue aponta informações quantitativas de atuação da unidade:

N.º DE EQUIPES	COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	PROGRAMAS DESENVOLVIDOS	GRUPOS COM POPULAÇÃO
1 equipe fixa 1 equipe rotativa Chefia colegiada: 1 dentista (coordenação geral); 1 enfermeiro (vigilância epidemiológica); 1 psicólogo e 1 médico (educação/residências); 1 técnica de odontologia (manutenção de almoxarifado).	Equipe fixa: 4 médicos gerais comunitários contratados, 2 dentistas, 1 enfermeira, 1 psicóloga, 2 técnicos em odontologia, 4 auxiliares de enfermagem, 2 auxiliares de serviços gerais, 2 administrativos e 1 vigia. Equipe rotativa: 4 residentes de medicina (dois do primeiro ano e dois do segundo ano), 1 residente em psicologia, 1 residente em enfermagem, 2 residentes em odontologia, 2 estagiários de psicologia, 4 doutorandos de medicina (UFRGS, FFCMPA, Faculdade de Pelotas) e 1 dentista cedido do Ministério da Saúde.	Todos os programas de Atenção Materno Infantil; Vacinação; Hipertensão e Diabéticos); Odontologia integrada; Acamados; Residência Integrada; Residência Médica; Preceptoria (Núcleo-profissional/ categoria profissional/ Campo - várias profissões, multidisciplinar.	Grupos dos programas específicos
CAPACITAÇÕES PARA EQUIPE		ATUAÇÃO COMO FORMADOR DE RH	
Capacitações em geral promovidas pelo GHC, Ministério da Saúde, SES (Oxigenoterapia). Seminários; Intercâmbios; Colegiado do distrito; Pesquisa: Ministério da Saúde (Hepatite A, B, C) Projetos elaborados pelos residentes; Campanha de vacina durante 5 anos investigando o aleitamento materno.		Residência Médica e Residência Integrada; Campo de estágio para psicologia e medicina.	
POPULAÇÃO ATENDIDA		HORÁRIO E DIAS DE ATENDIMENTO	
		8h às 18h Com intervalo de almoço. segunda à sexta-feira	

QUADRO 6: CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO 3

Fonte: PROMED/PUCRS, 2005.

4.1.4. Serviço 4

O entorno do Serviço 4 é composto por ruas asfaltadas, não há presença significativa de lixo e as casas próximas à unidade são, em sua maioria, bem estruturadas e de alvenaria. As condições habitacionais em geral são bem estruturadas e adequadas. Ao lado da unidade situa-se a Associação de Moradores, onde são realizadas as atividades com

a comunidade. Há transporte público em frente ao PSF. Ao final da rua, observa-se a precarização das condições gradativamente: as ruas são sem calçamento, evidenciam-se dificuldades habitacionais e a falta de saneamento adequado.

Os estabelecimentos comerciais, de alvenaria, com pátios e área verde, concentram-se predominantemente na principal avenida de acesso. Há uma escola no bairro, distante da unidade; não existe creche. Observam-se telefones públicos e estação de tratamento de água (DMAE).

A estrutura da unidade é de pequeno porte, sendo um terreno cedido pela Associação de Moradores e construído com recursos da comunidade. Possui oito peças, uma sala de espera, um consultório de enfermagem, duas salas de procedimentos, uma sala de recepção, um consultório médico, uma cozinha e um sanitário.

Há boa iluminação e ventilação; não se visualizam pichações. A estrutura é pintada e apresenta bom estado de conservação. Há gramado e pequena varanda, com cercas no entorno e grades nas janelas. Não se observa controle de pessoas na entrada. A sala de espera é composta de dois bancos, um armário com televisão, ventilador de teto e dois murais, onde são afixados cartazes.

Logo abaixo se apresenta o quadro demonstrativo das informações quantitativas de atuação da equipe de saúde da família desta unidade:

N.º DE EQUIPES	COMPOSIÇÃO DA EQUIPE	PROGRAMAS DESENVOLVIDOS	GRUPOS COM POPULAÇÃO
1	1 médico, 1 enfermeira, 2 auxiliares de enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde, 1 estagiário de administração e 1 auxiliar de serviços gerais.	Pré-Natal Pré-Nenê Hipertensos Diabéticos Saúde Mental Saúde da Mulher Asma Palestras e oficinas nas escolas e creches	Prá-Crescer; Gestantes; Grupo da Amizade (3 idosos); Campanha do Lixo; Campanha do Agasalho; Feiras de Saúde; Intersetorial de Zoonose.
CAPACITAÇÕES PARA EQUIPE		ATUAÇÃO COMO FORMADOR DE RH	
Capacitações promovidas pela SMS e Ministério da Saúde: Ex. Capacitação Continuada de Saúde Mental.		Campo de Estágio para nas áreas: Saúde Mental; Medicina Social; Pense (Programas de Penas Alternativas); Faurgs.	
POPULAÇÃO ATENDIDA		HORÁRIO E DIAS DE ATENDIMENTO	
4.200 mil		8h às 12h 13h às 17h segunda à sexta-feira	

QUADRO 7: CARACTERIZAÇÃO DO SERVIÇO 4

Fonte: PROMED/PUCRS 2005.

4.1.5 Serviço 5

O serviço 5 está situado em uma comunidade extremamente carente. Há muita poluição e condições precárias de sobrevivência, havendo forte controle exercido pelo tráfico de drogas, segundo informações de residentes do local. As construções variam de alvenaria, com delimitação adequada, até casebres de madeira praticamente situados nos mesmos terrenos. Os estabelecimentos comerciais observados são todos construídos com alvenaria e apresentam pouca conservação e razoável limpeza.

A unidade de saúde é cercada de grades; o controle da entrada é exercido por um vigilante. No pátio interno há espaço amplo para estacionamento. Ainda antes da entrada na unidade há um pequeno espaço, também gradeado, utilizado para a espera. O local é pouco iluminado, apresenta razoável condição de limpeza no exterior e boa condição no interior das salas. Estas, de tamanho pequeno, são compostas de quadros educativos, registros historiográficos e dados quantitativos do funcionamento da unidade. Há pichação nas paredes externas e em algumas partes observa-se lixo exposto.

A estrutura é grande e comporta, no mesmo terreno, uma igreja e outras duas áreas construídas para atividades diversas. A sala de espera é composta por bancos de concreto

fixados às paredes; aparenta ser de tamanho adequado à necessidade da população. O acesso à recepção é um pouco dificultado, devido à posição que ocupa na sala e aos vidros que separam a população das recepcionistas.

Os funcionários circulam bastante no interior e exterior do serviço. Dificilmente identificamos se o funcionário é estudante, professor ou contratado. Não usam uniformes, além dos jalecos, exceto funcionárias da higienização. Mostram um relacionamento cordial e reservado.

O horário de funcionamento da unidade é das 07h14min às 12h e das 13h às 17h. Contam ainda com profissionais contratados. São eles: duas funcionárias de higienização e duas assistentes sociais.

A unidade de saúde dispõe de metas e objetivos, que se apontam a seguir:

METAS:
Melhorar os indicadores de saúde da população Qualificar a formação acadêmica
OBJETIVOS
Fornecer ensino acadêmico em contato com a realidade epidemiológica do território de atuação Fornecer assistência de qualidade à saúde e à educação da população residente na área, através de ação comunitária

QUADRO 8: METAS E OBJETIVOS DO SERVIÇO 5

Fonte: PROMED/PUCRS 2005.

ATENDIMENTOS PRESTADOS À POPULAÇÃO		
	JUN/03	JUN/04
Clínica geral	189	77
Dermatologia	61	60
Direito	53	-
Geriatrics	37	15
Ginecologia	142	155
Medicina Interna	-	195
Nutrição	35	44
Obstetrícia	81	55
Odontologia Ambulatorial	03	84
Psiquiatria	38	40
Pediatria	475	563
Programa do Leite	152	96
Psicologia	13	66
Psicopedagogia	86	142
Serviço Social	150	295
Enfermagem	746	951
Vacina	187	173
TOTAL	2.459	3.004

QUADRO 9: ATENDIMENTOS PRESTADOS A POPULAÇÃO SERVIÇO 5

Fonte: PROMED/PUCRS 2005.

4.1.6 Serviço 6

O Serviço 6 está situado numa rua asfaltada, com razoável limpeza e inexistência de armazenamento de lixos. As casas mais próximas do serviço são, em sua maioria, de material, bem estruturadas e cuidadas, sendo bastante aproximadas umas das outras e com pátios pequenos. Os estabelecimentos comerciais observados são concentrados na rua da unidade.

Apresenta fácil acesso, transporte público logo em frente e telefonia pública disponível. A recepção é ampla, com local para televisão desocupado. O controle da entrada é exercido por um vigilante. Havia significativa quantidade de cartazes educativos. O local é pouco iluminado e ventilado, há falta de espaço para o atendimento da população usuária.

A sala de espera é razoavelmente grande, onde funciona também o pronto-socorro 24 horas. Estão dispostos cinco bancos compridos, e as pessoas são chamadas através de microfone. Os funcionários apresentam relações profissionais e reservadas. Não foram acessadas maiores informações, bem como detalhamento deste serviço.

4.2 OS SUJEITOS E A VOZ DOS TRABALHADORES DA SAÚDE: ENTRE SENTIDOS DO TRABALHO E A QUALIDADE DOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Realizou-se a partir da delimitação dos 98 trabalhadores da saúde, o que possibilitou aferir alguns aspectos acerca do universo pesquisado. Reconhecer esses sujeitos torna-se um instrumento facilitador da abordagem de entrevista, auxiliando na construção do contexto em que esses trabalhadores estão inseridos, em acordo com a proposta de análise descrita no capítulo 3 – pelo método e técnicas que comportaram a coleta e análise das informações. Dar visibilidade à voz²³ dos trabalhadores é descortinar algumas questões importantes do processo de trabalho em saúde e poderá permitir algumas reflexões acerca da adequação de políticas e diretrizes para uma maior eficácia desse trabalho. A seguir, segue o quadro de categorias retiradas das falas dos trabalhadores entrevistados:

²³ As falas serão descritas de forma original, consonante às gravações dos grupos. Em algumas partes, a gravação não ficou nítida e, nesses casos, utilizou-se a supressão, sinalizada por colchetes e reticências, [...], para exemplificar expressões inaudíveis. Respeitando o compromisso ético assumido perante os sujeitos entrevistados, em expressões que porventura pudessem identificar locais ou pessoas, utilizou-se o asterisco, *, para assegurar o anonimato da informação.

CATEGORIAS A PRIORI	CATEGORIAS INTERMEDIÁRIAS	CATEGORIAS FINAIS
SAÚDE & TRABALHO	Dia-a-dia Acolhimento Vínculos Demandas e necessidades em saúde Estratégias de ação Sentimentos do trabalhador Relação profissional/usuário Limites Recursos Riscos no trabalho Relações interpessoais Gerência central	Sentidos do Trabalho Qualidade dos Serviços de Saúde

A análise das entrevistas teve como referência as seguintes questões norteadoras:

- ✓ **Como o dia-a-dia do serviço de saúde se reflete no processo de trabalho em saúde?**
- ✓ **De que forma o acolhimento vem sendo realizado nos serviços de saúde?**
- ✓ **Como se dá a relação entre necessidades e demandas em saúde?**
- ✓ **Qual a percepção do profissional de saúde sobre seu usuário?**

Gramsci (1995) compreendia que o nível das representações (entendido como uma dimensão da cultura) pode assumir importância decisiva na dinâmica social. Sob esta concepção, podemos pensar a relevância desses sentidos para o acompanhamento e para a avaliação das políticas públicas. A forma com que os trabalhadores da rede básica de serviços de saúde percebem, avaliam e representam o processo de municipalização dos serviços é, assim, entendido como crucial para o sucesso do mesmo.

Pesquisas de cunho qualitativo são consideradas na área das ciências humanas e sociais como dispositivos de extração de bases que possam ser conectadas e dimensionadas de forma ampliada, pois têm como matéria-prima o confronto entre valores múltiplos provenientes da situação vivida individual ou coletivamente pelos atores sociais. Desse modo, princípios culturais que normalmente não vêm à tona tornam-se explícitos e aparentes ao investigador (QUEIROZ, CAMPOS e MERHY, 1992).

Os grupos Focais realizados nos serviços de saúde tiveram como objetivo ampliar a possibilidade de escuta dos trabalhadores sobre a qualidade dos serviços de saúde. Tendo como *rapport* a indagação sobre o **dia-a dia** nos respectivos serviços de saúde aos quais os trabalhadores se vinculavam, ampliou-se a abordagem pela inclusão da indagação sobre o projeto de **acolhimento** neste mesmo *rapport*, atentando-se à consentânea introdução deste instrumento de gestão do atendimento na atenção primária em saúde, que ocorria em período concomitante ao desenvolvimento da pesquisa de campo. Esta aproximação com os trabalhadores da saúde buscou o anverso da história, em suas diferentes expressões, na expectativa de alcançar significados das dimensões do cenário deste cotidiano de trabalho.

O passo seguinte foi perceber o caráter multifacetário das dimensões categóricas, apesar de muitas vezes apresentadas de modo contraditório, ao serem aprofundadas acabaram por revelar o contexto em que Estado e sociedade situam-se atualmente: na questão das reconfigurações do direito à saúde .

Ao serem questionados sobre o **dia-a-dia** no serviço, os trabalhadores expressam a contradição de sentimentos, ao referirem expressões como *saco, difícil, frustração, tensão, tensão interna, desmotivação, desmotivada*, ou ainda: *É uma coisa que me dá prazer, o meu trabalho é uma coisa que me dá muito prazer, senão eu não estaria tanto tempo aqui, eu me realizo muito fazendo isso*. A constatação de sentimentos diversificados, intercalados entre o prazer e o sofrimento no trabalho, reflete a utilização de mecanismos sublimatórios que venham a compensar e não comprometer as atividades dos trabalhadores nas unidades de saúde.

As dimensões relacionadas ao **dia-a-dia** são permanentemente calcadas na contradição, na definição dos opostos. Segundo Bottomore (2001) é nesta contradição que qualquer situação produzida ou vivida tem permitida a satisfação de um fim unicamente às expensas de um outro, isto é, uma conexão e/ou coerção de contradições históricas e/ou estruturais manifestas na sociedade. As contradições têm seu caráter dialético porque se constituem em oposições inclusivas reais e porque são também, sistemáticas ou relacionadas

internamente com a forma de aparência mistificadora, além de próprias ao sujeito e empiricamente fundadas.

Uma questão que emergiu das falas refere-se aos **sentimentos** relacionados ao dia-a-dia, de trabalho. Os trabalhadores expõem os mais diversos sentimentos desde a significativa impotência frente à demanda, a frustração com as condições de trabalho e desmotivação com as tarefas de sua competência; até os mecanismos para permanecer na atividade, ou seja, a utilização de naturezas sublimatórias que venham a compensar e comprometer as atividades destes dentro das Unidades Sanitárias. Uma trabalhadora descreve-se: *Desmotivada; a desmotivação é em relação ao serviço, o meu fazer na unidade... na outra unidade eu me sentia mais útil, aqui eu não sinto isso.* Revelaram o **sentimento de impotência** ao *esbarrar em um monte de dificuldades.* Percebem o sentido negativo como agravante para os riscos de sua saúde, além da permanente exposição às doenças: *está todo mundo adoecendo: uma tá doente, a outra tá doente, a outra se atrasa, uma desmaia, a outra tem uma crise hipertensiva, tudo tem um fundo emocional.*

Por outro lado, algumas equipes demonstraram **sentimentos de prazer e comprometimento** com a atividade exercida, porém relataram **desmotivação e frustração frente à impotência relacionada a demanda**: *num dia é a alegria de trabalhar numa equipe que tá se superando dia a dia, e noutros a frustração da gente não ter retorno das instituições as quais deveriam propiciar um bom trabalho pra gente, porque tu não consegue isso satisfazer o teu cliente que são os pacientes, moradores porque a gente não tem a condição necessária pra isso, sempre falta algo.*

Em alguns casos, constata-se a **motivação da equipe**, a vontade de trabalhar, e de construir relações com a população que é atendida pelo posto: *Para mim é uma coisa prazerosa, porque é uma coisa que eu gosto de fazer, eu sei que vou vivenciar dificuldades...mas essencialmente é uma coisa que me dá prazer; Procuero atender não só as pessoas que são da minha área, mas as outras pessoas que tão esperando, Nós temos uma ligação com a comunidade, a gente tenta amenizar os problemas que eles tem.* As estratégias adotadas são, muitas vezes, de *levar com a barriga*, dando voz ao resultado dos sentimentos dos trabalhadores das unidades: o desânimo.

Segundo PITTA (1990) os trabalhadores da saúde encontram-se e permanente exposição a fatores que produzem doenças ou sofrimento no trabalho. A própria natureza do trabalho, ou seja, o objeto, que é a dor e o sofrimento da população usuária, bem como as formas de organização desse trabalho seriam alguns dos principais determinantes ao estresse característico destes profissionais. A **contradição** foi observada durante toda a análise das

informações, pois é reveladora das condições de vida das comunidades investigadas. A mescla de sentimentos dos trabalhadores, verbalizada nos grupos focais é bem demarcada, não somente em relação à tarefa laboral, mas também em relação ao usuário.

A **expectativa do usuário** pelo acesso à saúde, aparece também como sujeita ao sofrimento, tanto de espera pelo atendimento quanto pelo profissional, que nem sempre tem condições de desenvolver estratégias e planejamento de atenções adequadas a cada situação, percebida na fala a seguir: *A nossa meta é tentar amenizar esse problema da população, a gente tenta amenizar os problemas que eles têm; Porque todo dia tem uma coisa diferente. Como consequência sente-se gratificado com o atendimento prestado: É gratificante saber que o teu trabalho está dando resultado, Porque tu sabe que é um trabalho que vai além, e isso é o interessante, o instigante.* Estudos anteriores (Cohn, Nunes, Jacobi e Karsch, 2002) já apontavam para a discussão do viés da racionalidade e o viés da carência na discussão do acesso, pontuando que as diferentes formulações das políticas de saúde levam em consideração a existência de uma rede sempre insuficiente para uma demanda cada vez maior e diversificada, em que o critério de acesso pressupõe a disponibilidade de serviços para a promoção do atendimento às populações carentes.

As equipes reconhecem que primam em buscar uma **relação positiva com os usuários**, configurando uma parceria fortalecedora. A realidade da população é percebida pelos profissionais como conformismo, apatia e imobilidade que são expressões referentes a estratégias de sobrevivência da população para o convívio com sua realidade. Muitas vezes, frente à revolta do paciente com as dificuldades de atendimento, que, de acordo com o grupo, fica furioso, fala mal com o funcionário, ameaça-o; é explicado: *a gente não tenta enganar o paciente, a gente diz (...) que realmente a farmácia está vazia, que a lista de espera está muito grande, que a Secretaria não contrata médicos, que a Secretaria não se preocupa em abastecer a farmácia.* Em muitos casos, os *clientes* se repetem muito, retornando à U.S. sempre as mesmas pessoas. O grupo interpreta que às vezes o problema é emocional, que *nem sempre sentem dor física, mas uma outra dor*, exemplificando com problemas em casa, financeiros, etc. Referem que para dar conta disso, tem que ter um bom relacionamento com os clientes e compreender a sua realidade. Cohn, Nunes, Jacobi e Karsch (2002), referem ser importante levar-se em conta neste processo, as armadilhas que se impõem à promoção exclusiva de recursos médicos, pois para a maioria da população, a saúde enquanto manifestação da qualidade de vida e tradução das necessidades concretas de atenção médica acaba por circunscrever-se ao momento da necessidade, da doença e da possibilidade de sobrevivência.

A grande maioria da população procura ter acesso aos serviços no contexto da manifestação da doença, e não das condições necessárias a manter a saúde, não questionando a reprodução da dinâmica existente no âmbito político das ações da saúde, aceitando a vigência de práticas clientelistas e paternalistas. (Cohn, Nunes, Jacobi e Karsch, 2002)

Revela-se uma relação normalmente tensa entre o corpo de funcionários e o **Gestor**, considerada como o “*grande problema*” pela equipe. Entre as queixas, destaca-se que *os trabalhadores não são ouvidos*, que gerência e equipe não compartilham da mesma visão sobre o conceito de saúde. *Eles consideram importante é a produção, o número de pacientes atendidos*. Diante desta situação tensa, a relação com o gestor é considerada impositiva e evasiva. Os trabalhadores dos serviços acreditam que não são reconhecidas as precárias condições de trabalho e neste sentido fazem referencia a greve ocorrida em 2002, onde até o presente momento a mesa de negociações não atingiu avanços e os funcionários consideraram-se lesados: *É muita burocracia, a gente é obrigada a fazer e não tem retorno, e porque é tão cobrado se não tem retorno* e da relação conflituosa com o gestor, promovendo um clima opressivo, não motivacional e tenso, *porque as coisas são criadas e se formam de maneira que ninguém possa dizer... é o reflexo do que acontece no trabalho do dia a dia, ninguém consegue dizer o que pensa, ninguém tá acostumado a dizer o que pensa*. Neto (2003), atribui ao que ele chama de “*mercado da saúde*” a violência institucional do próprio sistema em questão, que parece priorizar fatores numéricos, como quantidade de consultas e sua relação temporal, e menosprezar o conhecimento e experiência dos profissionais, no estabelecimento de um “*círculo vicioso de violência silenciada*”, tanto ao profissional, pela desvalorização de sua prática, quanto pelo usuário, pelo desrespeito aos seus direitos, concluindo que

Por anos a fio os gestores de políticas públicas e especialmente os do setor da saúde não consideram essencial a existência de uma eficaz rede pública de produção e de distribuição de produtos essenciais à prevenção e à manutenção da saúde de todos. A efetivação dessa proposta demanda: valorização profissional, infra-estrutura compatível, equipe profissional diversificada, planejamento adequado da produção, controle de qualidade do produto em suas distintas etapas de criação/produção, pesquisa continuada e distribuição garantida. (Neto, 2003)

A **saúde do trabalhador da saúde** também merece destaque, pois é pontuada durante toda a fala dos trabalhadores, seja de modo explícito, marcado nas diferentes formas de sofrer, ou de modo implícito e velado, disfarçado na queixa das impossibilidades cotidianas. As diferentes expressões das modificações dos processos de produção, também são sentidas pela

classe trabalhadora, que sofre com igual intensidade “*pelas vicissitudes geradas pelos determinantes da miséria, da devastação, e da exclusão social*” (Mendes, 2002), emergindo também em sua cotidianidade as dificuldades e restrições impostas por estas modificações. Percebe-se que o **controle social** fica subordinado e dependente do gestor (Estado), muito mais do que a população (sociedade civil), levando para a discussão da paridade, que aparece caracterizada de forma unilateral. Apesar da **diferença de funcionamento dos serviços pesquisados**, a **percepção acerca das dificuldades encontradas pelos profissionais da saúde** em relação ao dia a dia no serviço, parece pautada pelo mesmo sentimento de frustração e impotência. Frustração pela dificuldade em atender especificamente as demandas dos usuários e impotência frente escassez e limitação de recursos, condizente com a própria conjuntura social.

É nítida a sensação de impotência dos trabalhadores no sentido de melhorar suas próprias condições de trabalho; *tu perde a auto-estima e tu perde até a vontade de dizer o que tu achas, chega ao ponto assim que tu não tem o estímulo, não só de não querer fazer melhor, mas a gente quer fazer... as coisas são impostas. É isso e pronto.* Como também de lidar com as questões relativas a indiferença da chefia: *não tem respeito profissional, tu acaba te sentindo um empregadinho... independente do nível que a pessoa seja, então este tipo de relação choca muito.*

Estas questões permearam todo o grupo focal como também afetam as **relações de trabalho do grupo**, pois ainda não ocorre o sentimento de grupo, de união, os trabalhadores não se sentem ouvidos; a estratégia adotada é, preocupar-se somente com o usuário, com a nítida sensação que o trabalho é executado em função deste: *A tensão, a desmotivação não é com o nosso paciente, com a nossa demanda, com as coisas que se está fazendo, quer dizer não são os nossos pacientes que causam esta tensão e demanda e sim o próprio sistema que a gente tá trabalhando.*

Um aspecto importante abordado pelos grupos foi a união existente entre os componentes da equipe: Nós vivemos juntos aqui 40 horas semanais... tu começa a gostar da equipe, das pessoas, dos colegas... acho que é fundamental gostar de trabalhar junto, se acolher e se sentir acolhido dentro da equipe; A questão do trabalho em equipe... essa relação entre as pessoas, com certeza facilita; Eu venho bem relaxada, sabendo com quais pessoas eu vou trabalhar, estão me acolhendo dentro de onde eu estou... esse carinho que um tem com o outro. Outro aspecto apontado pelos trabalhadores foi a própria falta de apoio de rede, fonte de frustração e de desmotivação, pela falta decorrente de especialistas e de continuidade do atendimento: Porque de repente a gente trabalha e tem tantas angústias que a gente vê e quer

resolver junto aos nossos pacientes e não consegue, quanto aos usuários, o que deixa a gente angustiada, é a espera indeterminada por especialidades.

A infra-estrutura das unidades de saúde também é vista como um dispositivo de estresse no trabalho, conforme relata um dos entrevistados: *Eu acho que o que a gente pode dizer assim, que a gente leva um susto quando dizem: Ai, como está calmo hoje, não é a rotina!'. Nós temos um espaço inadequado e uma quantidade de profissionais também inadequada e insuficiente pra atender a essa demanda [...] profissionais de todas as áreas, bem abaixo do ideal, e área física absolutamente inadequada.* Franco e Merhy (1999) já debateram a impotência do PSF em mudar o modelo tecno-assistencial, justificando pela pequena incursão na área clínica, centralizada na priorização de ações de promoção da saúde, pela inabilidade de tratar de problemas advindos da demanda espontânea, por não romper com a dinâmica médico-centrada, fazendo ainda a crítica à implementação de um modelo voltado à redução de custos em saúde, em vez da humanização de serviços voltados às necessidades da população. A impressão do pesquisador, registrada no diário de campo, reforça a relevância da infra-estrutura em relação à qualidade do serviço: *Nos fundos havia uma pequena vala por onde corria água de esgoto praticamente junto a casa. Preocupação com a dengue. Subimos a rua, enquanto o esgoto descia ao nosso lado. Ou ainda: Muita sujeira pelas ruas, pedaços de madeiras espalhados em terreno muito irregular, becos, muito lixo espalhado.* Essas impressões dos pesquisadores refletem o ambiente em que os serviços estão inseridos e a realidade que sobrepõe as necessidades e demandas de saúde que geram a sobrecarga não somente aos serviços, mas também aos trabalhadores da saúde.

O atendimento às demandas espontâneas tem sido o grande desafio para os serviços pesquisados: *O que me vem assim é que a gente tem bastante coisa pra fazer e quem nem sempre toda a demanda que aparece é possível de resolver, né, porque dependem de outras instituições, de outros locais.* Bech (2000) afirma ainda que apenas a organização dos serviços não pode ser considerada ao discutirem-se as rotinas dos serviços. Aponta, ainda, que o potencial transformador não é o território em si (regionalização), mas, sim, as características do trabalho, sendo este vivo e multiprofissional, além de abranger diversas instâncias da vida das pessoas envolvidas (entre elas, os trabalhadores da saúde) e também praticando a vigilância à saúde, considerada pelo autor o maior diferencial na mudança de modelos de atenção em saúde. A impressão no diário de campo do pesquisador sobre o entorno e o serviço ilustra bem essa questão: *Era uma casa antiga mas bem conservada, as pessoas não eram tão receptivas, talvez porque o serviço estava cheio e elas estavam muito concentradas em seu trabalho.*

Relacionado com a administração, aponta-se a incoerência dos projetos criados em espaços distantes da realidade dos serviços; numa fala, cita-se: *como vai fazer projeto de internação domiciliar se nas casas, às vezes, não tem privada?*. Fora citados a falta de conclusão de projetos, que chegam a não serem efetivamente implementadas, as faltas de reconhecimento expresso pela não publicação de dados, entre outros. Desta forma, em âmbito interno, apesar de considerarem estabelecer uma relação cordial com a chefia da Unidade, ponderam que *o clima é tenso e de desconfiança*, numa perspectiva mútua.

Para os profissionais, a **relação com o usuário** é complicada devido às próprias dificuldades inerentes ao sistema, que limita os recursos da rede *cada vez mais a gente vem um pouco mais do que simplesmente o atendimento da saúde, pela carência da população e pela crise econômica que a gente vive, a gente vai assumindo uma série de papéis, tem pessoas que nos procuram com questões legais, de advogados, aqui tem toda uma história de violência (inaudível) tráfico de drogas, então tu ficas sempre mercê e ao mesmo tempo tendo que dar respostas pra uma coisa estrutural muito maior, né, pode se ver assim que em épocas, fim de ano, final de mês, 13º, tal, quando a pessoa tem mais dinheiro na mão, diminui a própria procura das pessoas pelo posto, enquanto que no dia a dia numa certa forma de sentir das pessoas elas vêm, a gente substitui uma série de coisas, desde padre, desde não sei o que.*

Em relação ao sistema de saúde, discutem divergências quanto ao **conceito de saúde** e a complexidade que permeia o tema *É porque o posto ele também é essa questão da mudança do conceito de saúde, não é só uma questão de (inaudível) sintomas, mas tem também uma série de outras coisas que diz respeito ao cotidiano das pessoas, e as dificuldades que elas encontram.* Este fator parece estar bem demarcado no grupo, pois se apresenta também nos sentimentos do trabalhador tanto relacionado a limitação do seu trabalho, quanto à **busca pelo bom atendimento ao usuário**, como demonstrado pelas falas a seguir: *começa às vezes na questão individual do atendimento e depois esbarra na dificuldade de recursos que tu não tem, às vezes é de intercâmbio, às vezes é de ... da própria instituição, acho que perpassa todos os níveis, eu diria só que ele não é limitante, dificulta mas ele não chega a te paralisar, o dia que paralisa é quando acaba, aí complica bastante, mas é superação mesmo, só não sei o quanto, até que ponto que isso pode avançar, mas é em todos os níveis, a gente trabalha com população carente, a gente trabalha com instituição com poucos recursos, a gente trabalha como política de saúde com dificuldades também, trabalha com a compreensão, trabalha com dificuldades de relacionamento intersetorial, e no dia a dia todas essas*

questões estão dadas, assim, quando a gente trabalha na rede pública, eu penso muito nisso, assim.

A **questão da saúde** também é bastante debatida entre a equipe: *A questão da saúde sempre teve uma perspectiva sempre acima da doença, e o comprometimento dos trabalhadores da área: Eu acho que existe um comprometimento do pessoal da saúde, que tem muita vontade... saúde pública na verdade, ela exige mais do profissional; para trabalhar em saúde pública tem que ter uma série de coisas, principalmente na comunidade, fidelidade, cumplicidade, estrutura.*

A fragilidade e ineficiência do **Sistema de saúde** são compreendidas através da sobrecarga de trabalho e dos “*furos da rede*”. Segundo eles, a rede de atenção é deficitária, falta articulação com a universidade, visando uma melhor integração entre as instituições, sinalizam haver a necessidade de se ter um trabalho mais integrado com as instituições e cursos de graduações.

Para os grupos ouvidos, a **dimensão da saúde** envolve a questão do saneamento básico, água tratada, educação, moradia e trabalho. Percebem que os problemas que chegam para eles são muito mais amplos e envolvem uma rede de relações. Por outro lado, observou-se que o grupo demonstrava, através de uma postura de resignação, a dificuldade na prática de mudar suas ações em relação ao modelo centrado na doença, ou seja, saúde não como sinônimo de doença. Pois, elas mesmas anunciam que muitos problemas mudariam com melhorias nas condições de vida (saneamento básico, água tratada, melhores condições de higiene e outros). Então, elas se dão conta do processo que envolve a luta pela sobrevivência da comunidade nos aspectos, políticos, econômicos, cultural e psicossocial dessa população. Isso tudo demonstra que programas como o PACS e o PSF podem ser uma alternativa para que aos poucos se possa mudar a cultura hospitalocêntrica e a visão da saúde como doença. Isso é um processo de mudança cultural, que deve envolver toda a comunidade.

Em relação aos **problemas de âmbito social** os grupos mostraram-se bem conscienciosos: *A gente bate muito em questões de âmbito social, é a questão econômica, a questão de cuidados...As coisas não dizem única e exclusivamente à doença física, tem também a questão social das pessoas, O trabalho dos trabalhadores da saúde, a gente não trata só da saúde a gente se depara com pacientes que não tem condições... Para mim é o que me frustra, são as condições de vida.*

O grupos demonstraram também uma preocupação com a **questão curricular**, citando que alguns pontos devem ser discutidos para o aprendizado do futuro profissional: *Em relação a questão curricular, acho que muita coisa tem que ser levada em consideração, formas de*

entender saúde de uma forma mais efetiva, levando em consideração aspectos que são importantes. Como também deve ficar bem explícita a noção/conceito de saúde: o que é realmente saúde... têm muitas vertentes ou correntes que tem formas de ver a saúde do aspecto bem diferente... quando tu entrou na universidade tem bem a questão técnica. E a necessidade explícita dos novos profissionais que se formam conhecerem a realidade do serviço público: Formando profissionais da área da saúde, deles terem contato com o serviço público, porque às vezes o profissional ele sai e ele não tem noção do que é a realidade.

O **vínculo**, entendido como a adscrição de certo número de usuários a uma equipe multiprofissional, se por um lado apresenta uma facilidade para a atenção básica, pois assegura o conhecimento da realidade e das necessidades dos usuários, por outro, reflete na responsabilização do profissional pela assistência à saúde daquelas pessoas a eles adscrita, o que gera frustração nos casos de não encontrarem respaldos na rede de atendimento, como na fala a seguir *Eu vejo uma divisão de sentimentos, num dia é a alegria de trabalhar numa equipe que ta se superando dia a dia, e noutros a frustração da gente não ter retorno das instituições as quais deveriam propiciar um bom trabalho pra gente, porque tu não consegue isso satisfazer o teu cliente que são os pacientes, moradores porque a gente não tem a condição necessária pra isso, sempre falta algo, se pra nós que trabalhamos em saúde já é difícil conseguir algo pra nós, imagina os pacientes que não tem a cultura que a gente tem, não tem os meios que a gente tem, não tem os caminhos que a gente tem, né, então é complicado (inaudível) administração, porque a gente batalha, batalha, batalha, chega alegre, chega feliz da vida, pra dar o melhor de si e tu olha pra uma parede com o burocrático, aí fica difícil.*

Entendeu -se que o **ambiente** e o **clima entre os colegas de trabalho** são elementos significativos para a superação das dificuldades, principalmente em relação aos sentimentos negativos. Foi concluída que nos serviços onde se observou um clima mais harmônico entre os colegas, as dificuldades eram enfrentadas com maior facilidade.

Como característica geral, o dia-a dia nas Unidades é caracterizado com a expressão “*tumultuado*” sendo percebido que tanto, ***no início da manhã é um grande tumulto e o início da tarde também..*** Consideram que as pessoas que estão na espera tem expressões “*ansiosas*” e com “*medo*” de não conseguir ficha. A pessoa que faz este relato tem uma expressão de muito sofrimento, franze sua testa, e tem um tom de desabafo na sua fala.

Ao serem questionados sobre o **acolhimento**, pôde-se constatar certo distanciamento, o que nega a orientação para a estratégia e as ações realizadas nos serviços. Expressões como *Não há acolhimento, cortina de fumaça, fila virtual* foram encontradas em todos os serviços

pesquisados, com opiniões contundentes chamando de **nova roupagem** para uma questão que é executada a anos por todos os profissionais de saúde: *A palavra acolhimento é uma palavra da moda, porque acolher sempre os pacientes foram acolhido, Parece que estão brincando com a gente, me vem com essa história de acolhimento, uma coisa que a gente está cansada de fazer.* O **acolhimento**, segundo definição do próprio programa executado em Porto Alegre (S/D), significa oferecer acesso a todas as pessoas, ou seja, a todos que procuram a Unidade de Saúde, devem ser ouvidos por algum profissional em uma escuta qualificada, onde o trabalhador deverá comprometer-se em resolver o problema de saúde do usuário, com uma resposta positiva e recursos disponibilizados, garantido desta forma, além do caráter humanizado, o direito a cidadania no acesso aos serviços. Como fica explícita através das falas dos trabalhadores da saúde no tocante ao acolhimento que esta “*atitude*” não é nova, sendo inerente aos profissionais de saúde: *O acolhimento na realidade não é uma coisa nova...a gente faz todo dia o acolhimento, o acolhimento na realidade ele já existe...* , o que talvez mudou é uma nova configuração para uma palavra antiga e uma **maior preocupação com a teoria desta técnica**: *Talvez agora a gente tenha mais subsídios; A gente tem mais embasamento científico ... existe toda uma forma de fazer esse trabalho acontecer... não é conversa fiada.* Por outro lado, o acolhimento parece ser uma **temática discutida e aprofundada pela equipe de trabalho**, como explicitado a seguir: *quando a gente começa a discutir esse processo, e acho que também implica numa grande reestruturação, assim, é uma mudança de paradigma, implica em a gente se reposicionar... “tem que discutir o conceito de acolhimento, ver bem o que é mesmo, e as pessoas entenderem e poder fazer, porque terminar com a fila, às vezes a fila nem é o problema.* Uma das equipes ouvidas passara a semana anterior em treinamento específico com o gestor sobre a temática do acolhimento, fato este, que acreditamos ter contribuído para a discussão e controvérsias sobre o tema.

O acolhimento, por definição constituiria-se como fator integrante da estratégia de organização dos serviços de saúde, de acordo com os princípios do SUS, buscando a ampliação do acesso humanizado aos usuários, com vistas à promoção da qualidade de vida.. Esta nova postura é identificada como a construção de um novo modo de ver o processo saúde-doença (Costeira, 2004).

O acolhimento deveria ser o dispositivo de contato com os pacientes, logo, o lócus privilegiado para os trabalhadores da saúde, que, através dele, obteriam informações sobre o estado de saúde dos usuários, resultando num atendimento adequado às necessidades relatadas. Porém, o que se percebeu nos relatos dos grupos foram dificuldades, não somente frente ao entendimento dessa estratégia, mas também relacionadas à **falta de estrutura dos**

serviços e aos problemas de encaminhamentos: *...mas o que nos falta aqui, e falta em qualquer unidade, é uma retaguarda. Não adianta tu querer escutar o paciente e, enfim, dar um encaminhamento pra ele, se tu sabe que tu não tem uma estrutura compatível. Falta gente, teria que ter mais profissionais, a questão das especialidades. Isso não vai mudar em nada, e muitas vezes o paciente vem e retorna, e mais uma vez ele vem e, como ele não consegue as especialidades, então ele vai usando paliativos que o médico do posto dá. Então essa questão de ter uma retaguarda, de estrutura, de ter uma estrutura, né? Ou ainda: Não adianta ter só a vitrine e não ter nada dentro da loja ou até nem ter a loja, ter só a vitrine. E eu acho assim, que, se a gente for fazer essa comparação, a gente tem só a vitrine, não vai ter nem a loja e muito menos coisa dentro da loja. Então vai acabar desgastando quem tá na ponta. Mais uma vez, nos utilizamos do diário de campo dos pesquisadores, que registra sua impressão sobre os processos relacionais estabelecidos no serviço e a expectativa de resolução através do trabalho técnico: Entendo que, neste dia de pesquisa, ficou evidente a importância da observação dos mais variados aspectos que compõem a realidade da saúde em nossa sociedade. Estes aspectos precisam contemplar desde a estrutura material, localização geográfica até a cultura e crenças da população investigada como forma de conseguir a compreensão e posterior proposição de ações efetivas que dêem conta das necessidades de saúde apresentadas.*

A relação entre o trabalhador de saúde e o usuário parece marcada pelos desencontros e pelo sujeitamento à situação: *É uma médica bastante disputada e que tem poucas fichas [...] Uma delas (usuária) interpretou o funcionário, né: ‘Não moço, hoje não tem mais consulta aqui, tu tem que te dirigir pra *’. Então foi bem legal, ela parecia bem assim [...] Ela compreendia a situação, né. Mas [...] e eu acho que isso não vai [...] a relação com os pacientes. Eu acho que não vai piorar ou melhorar, porque simplesmente eles não vão ter as coisas resolvidas agora [...].* O pesquisador registra seu estranhamento em relação à atenção ao usuário: *No serviço estava um mendigo, com as calças arriadas, caídas, sem cuecas, e as agentes e técnicos que já o conheciam ficaram ajudando-o. Ele tinha demência e pediu a elas que lhe comprassem um refri. Foram falando com ele e o levando até a porta, de forma a retirarem-no ‘delicadamente’ do serviço.* A centralidade do atendimento na figura do médico também foi constatada em um dos serviços e registrada no diário de campo: *No dia que fomos ao serviço não havia atendimento médico e, por este motivo, o serviço estava vazio.*

Sob esse aspecto, a **dimensão individual do trabalho em saúde** realizado por qualquer trabalhador, mesmo que comportado por um conjunto de ações clínicas, é perceptível também pelo usuário, que, mesmo com as limitações impostas pelo próprio

sistema, aliena-se desse processo, sujeitado às condições ou limitações do mesmo. Parece haver também certa discrepância entre a importância do acolhimento como dispositivo de escuta, sua aproximação com as demandas e necessidades de saúde, e a parte de encaminhamentos e utilização da rede de saúde e serviços: *A palavra 'acolhimento' a gente pode dizer que é uma palavra da moda, porque acolher, sempre os pacientes foram acolhidos, e eu acho que essa unidade, com todos os seu funcionários, acolhe muito bem a sua demanda. O problema é bem como ela tá colocando, assim, ó: a gente sabe que a continuidade desse acolhimento não vai existir porque é uma coisa de rede, né. E a gente sabe assim que a * manda o seu fulaninho aqui né, buscar a medicação em tal local. Chega lá, não tem a tal medicação, o seu fulaninho fica lá, né, então essa continuidade do acolhimento é uma coisa que a gente sabe que é falsa, que no fundo, no fundo, me faz pensar, assim, que esse acolhimento é pra quê? É pra engordar uma fila que nem a central. Não existe mais fila nos postos de saúde pra especialistas.*

O temor da não-resolução das **demandas dos serviços** parece ser um “ruído” importante na análise do processo relacional entre usuários e trabalhadores: *Eu acho que se acolher é pra não ficarem na fila de espera, mas o que vai se fazer com esses pacientes?, ou ainda: O acolhimento sempre esbarra na limitação de recursos. Pra tu ter acolhimento, tu tem que ter uma equipe ou alguém que faça esse acolhimento. Tu tem que tirar de algum lugar. E tu acaba diminuindo em alguns aspectos o atendimento que a gente faz, que é o mais, digamos assim, qualificado, né, pra atender mais demanda, mais quantidade. Então a gente sempre teve essa dificuldade de discutir o acolhimento [...].*

A **acessibilidade universal** também é uma fonte de estresse para o trabalho em saúde: *É livre entrada, assim, sabe, tem umas portas, uma coisa assim, né?, Algumas iniciativas, porém, começam a criar dispositivos de reflexão nos trabalhadores acerca de seu próprio processo de trabalho: Num contexto em que a gente lida e se depara todo dia com tanta falta, é difícil também a gente lidar com a nossa limitação, porque isso também é mais uma falta, né. Acho que isso é o primeiro grande entrave, assim quando a gente começa a discutir esse processo, né. E acho que também implica numa grande reestruturação. Assim, é uma mudança de paradigma, né. Implica em a gente se reposicionar frente à demanda. E continua: Acolhimento é uma coisa que de repente não é nem uma consulta, que a pessoa chega e precisa na hora. Ela precisa ser ouvida, ela precisa ter um outro problema resolvido, que não de uma consulta, e que de repente tu modifica toda a forma de funcionamento das unidades de saúde, que de repente é boa, pra um local e pra outro não, pra deixar tudo igual. Então eu acho assim: que primeiro tem que discutir o conceito de acolhimento, ver bem o que*

é mesmo, e as pessoas entenderem e poder fazer, porque terminar com a fila... às vezes, a fila nem é o problema, né? ... É que antes de vocês, a gente tava aqui com o gestor em um treinamento de acolhimento e acho que nós passamos umas duas horas falando só sobre acolhimento. Ninguém agüenta mais (risos).

A **alienação do seu próprio processo de trabalho** é um fator que permeia todos os grupos pesquisados. A dificuldade em compreender o trabalho como algo vivo, como processo, como parte integrante de um sistema, parece ser uma das maiores dificuldades na própria resolução das demandas, o que acaba por refletir na relação final com o usuário: *Tem outros dias que não, que tu leva desaforo, que te xingam, que eles saem daqui insatisfeitos porque não era aquele tipo de atendimento que eles queriam, porque na realidade eles são tão carentes que só a atenção numa área, do auxiliar, não é o suficiente. Eles precisam do médico, eles têm o médico como uma figura centralizada. Então o médico tem que amar a profissão, porque se ele não amar não adianta nem tentar.*

Pedrosa e Telles (2001) sustentam que as equipes multiprofissionais deveriam atuar de forma interdisciplinar. A articulação de práticas e saberes, no enfrentamento de cada situação identificada, deveria propor soluções conjuntas e intervir de maneira adequada, já que todos teriam o compromisso de conhecer a problemática, sendo, então, o trabalho em equipe a base para ações integrais em saúde e para a qualidade do atendimento. Segundo Souza e Carvalho (2003), a equipe de saúde teria o compromisso de promover a saúde e elevar a qualidade de vida da população, não só com intervenções epidemiológicas e sanitárias, mas considerando o contexto biopsicossocial do ser humano. Para tanto, o contato inicial é o momento mais adequado para esse processo relacional; o que se percebe, porém, é a captura desse profissional pelo seu próprio processo de trabalho, que, alienado, acaba por interromper essa dinâmica, não ofertando mais estratégias interdisciplinares: *A gente não tenta enganar o paciente, a gente diz [...] que realmente a farmácia está vazia, que a lista de espera está muito grande, que a secretaria não contrata médicos, que a secretaria não se preocupa em abastecer a farmácia, ou ainda: Ah, eu acho assim: que é trabalhar com a miséria é trabalhar com a doença mental, que não tem resolutividade, que ele não tem pra onde correr.*

Por outro lado, os trabalhadores também demonstram suas **estratégias de enfrentamento**, aliando-se aos vínculos estabelecidos, não somente em relação ao usuário, mas entre a própria equipe de trabalho: *Quando tu chega numa determinada família, e ela tem aquela resistência em vir até o posto, em utilizar o serviço que a gente oferece pra ela, só que tu vai fazendo aquele trabalho tão contínuo, que chega um momento que aquilo é gratificante, porque tu acaba encontrando aquela família dentro do posto, e tu sabe que*

aquela família precisa, que ela necessita e a gente sabe que aqui a gente tem várias coisas que a gente pode ajudar ela e oferecer pra ela.

O **reconhecer e compreender esses processos relacionais** pode se tornar um grande dispositivo para a compreensão de seu próprio trabalho. Desta vez não tão alienado: *Nós, como profissionais do posto, eu acho que nós temos uma ligação com a comunidade, né. Então a gente tenta amenizar aqueles problemas que eles têm, né. E a gente tá indo pro posto, então a gente tem essa coisa de tentar ajudar eles, entendeu? Não só com a consulta, mas tentar conversar. É o acolhimento, como a colega falou ali, né. Fazer esse acolhimento fora do posto, entendeu, pra quando chegar até o posto já tá bem mais calmo. Assim, já tentar solucionar meio problema dele. Então, pra nós, isso é muito importante, porque, como é que eu posso te dizer... A nossa comunidade, assim como ela comentou, a Região Leste, ela é muito carente. Então nós, que trabalhamos diretamente na rua, a gente vê isso, então a nossa meta é tentar amenizar esse problema da população.* A anotação do diário de campo parece reforçar esses processos com a constatação do real.

Outro aspecto importante se dá em relação aos **conflitos** existentes entre o gestor e as equipes dos serviços de saúde, conforme visto na fala a seguir: *É um grande problema. Eles consideram importante é a produção, o número de pacientes, atendimentos, etc., e não se resolvemos ou não as coisas no dia-a-dia.* Essas questões se explicitaram em maior ou menor grau, mas foram comuns a todos os grupos investigados. Sobre esse aspecto, é importante compreender que os resultados e soluções de um modelo assistência focado na produtividade são ineficazes em muitos casos, já que a quantidade e a ausência de critérios geram a necessidade de “produzir” sem qualificar, e o resultado final sobre a equipe parece ser totalmente negativo: ações muitas vezes dissociadas, não havendo estabelecimento de vínculo com a instituição e com o paciente; um sentimento de que a assistência praticada se torna ineficiente; as equipes acabam demonstrando desmotivação e desgaste, apesar da competência e da qualificação técnica.



Fonte: Pesquisa Diagnóstico de Saúde do Distrito Leste de Porto Alegre, 2005

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizar o processo de construção de uma tese não é tarefa fácil. O trabalho em saúde localiza-se sobre as relações humanas e, nestas, há sempre um jogo de interesses entre profissional, usuário e o serviço de saúde. Há, também, a complexidade que envolve o processo de trabalho em saúde, pois isso significa discutir *para além das práticas realizadas pelos profissionais*. [Parece-me interessante grifar o trecho anterior, marcado em itálico.] A partir deste momento, apresentarei a síntese de questões discutidas a partir das informações analisadas e relacionadas com os objetivos deste estudo.

O **objetivo geral** do presente trabalho foi investigar como as relações do programa de atenção básica em saúde se relacionam com a garantia da integralidade da atenção tanto aos usuários quanto aos trabalhadores de saúde. Como **objetivos específicos**, busquei (1) averiguar de que forma os trabalhadores da saúde percebem os serviços de atenção básica em saúde e também (2) a relação entre o dia-a-dia do serviço e seu reflexo no trabalho em saúde. A análise dos dados foi realizada por meio das **questões norteadoras** deste estudo, que versaram sobre o processo de trabalho e sua relação com a rotina no serviço, o processo de acolhimento, a relação entre necessidades e demandas em saúde, e a percepção do profissional de saúde sobre seu usuário.

Ao escrever sobre o processo de trabalho em saúde, procurei considerar, em toda a produção deste texto, três aspectos fundamentais: o primeiro, que o **processo de trabalho** em saúde é um processo de trabalho em geral e, portanto, compartilha de características comumente encontradas em outros ambientes laborais, tais como a indústria, o comércio, entre outros setores da economia. O segundo aspecto direcionou-se à característica de **serviço**, sendo que toda assistência à saúde é um serviço prestado à população de forma universal e

que garanta o acesso e a equidade. O terceiro aspecto é que esse serviço fundamenta-se no âmbito das **relações interpessoais** de extrema intensidade e complexidade: no caso da saúde pública, e principalmente da atenção primária, os laços estabelecidos entre o serviço e o seu entorno (atores, ambiente e características socioculturais) é propositadamente fator decisório para os resultados a serem alcançados. Não se pode pensar em saúde pública sem se levar em conta que essas três características são entrelaçadas e interagem integralmente, ora interdependentes, ora intercomplementares.

O processo de trabalho em saúde tem sua direcionalidade técnica e envolve instrumentos e força de trabalho; portanto, é suscetível a uma análise macroeconômica, como proposto por Marx (1988) em sua obra “O Capital”. O autor nos fornece pistas que servem de ponto de partida para análise e reflexão sobre o processo de trabalho em saúde. Pistas essas que denotam a complexidade entre as relações entre o veio econômico e o veio técnico do processo de trabalho, e a dinâmica das trocas, que tem sua correspondência no trabalho em saúde.

O trabalho em saúde compreende que a dimensão do serviço, a assistência em saúde, não é um processo de trabalho igual ao da indústria, tendo suas especificidades na medida em que é um serviço. A palavra “serviço” vem de “servo” (Houaiss, 2000), o que nos faz lembrar uma tradição quase pejorativa ligada ao vocábulo, que significa o intuito de servir. Por outro lado, a economia clássica quase não se ocupou com a análise teórica do que seja o serviço, pois, dentro da dinâmica de acumulação do século XX, não era considerado fator decisório; na atualidade, porém, o serviço é o que marca a própria modernidade do capitalismo. E o setor da saúde é um dos mais proeminentes, em relação a essa nova forma de sociedade baseada no trabalho em serviços.

Outra característica relacionada ao trabalho em saúde é que ele não se realiza sobre coisas, objetos, como comumente encontramos em outros setores. O trabalho em saúde se realiza sobre pessoas e é baseado em uma inter-relação em que o consumidor contribui no processo de trabalho, ou seja, é parte essencial desse processo. O consumidor fornece valores de uso necessários ao processo de trabalho – não só a informação acerca do que se passou com ele, qual a história de sua queixa ou doença –, sendo exigido dele a participação ativa, no sentido de que cobre a aplicação correta das normas e dos procedimentos em saúde. Assim, a assistência em saúde é um processo de profunda inter-relação entre quem consome o serviço e quem o presta. A peculiaridade do serviço de saúde reside no fato de que o usuário é um fornecedor de valores de usos substantivos, de tal forma que ele é um co-partícipe do processo

de trabalho em saúde e, ainda mais, dele depende muitas vezes o sucesso ou não da ação terapêutica.

Não é estranha a idéia de o processo de trabalho em saúde ser aliado a uma noção abstrata, justamente pela quantidade de procedimentos e técnicas, modos particulares de realizar os atos de saúde. Talvez por isso seja mais comum tratar das formas mais homogêneas e falar apenas dos serviços de saúde propriamente ditos.

Sobre os serviços de saúde, há de se considerar que esse processo é marcado por uma ênfase ou direcionalidade técnica que é inerente a qualquer sistema de trabalho humano. Pode-se pressupor, então, a antevisão dos resultados almejados e uma ação inteligente como ardil da razão, em um sentido hegeliano: fazer com que a instrumentalidade atue sobre o objeto, produzindo um efeito útil. A razão tem por fundamento certos conhecimentos científicos, mas requer uma adaptação constante às características particulares: a tal indivíduo, levando em conta sua história e necessidades. Em síntese, é propriedade básica do serviço pressupor uma adequação constante ao particular, no sentido não só do indivíduo como ser, mas das circunstâncias em que se dão seus problemas ou necessidades.

A natureza coletiva da direcionalidade técnica é um conjunto de categorias e indivíduos que procuram agir coerentemente, compartilhando conhecimentos científicos contemporâneos. Historicamente, a categoria dos médicos controla, ainda em sua maior parte, o processo de trabalho em saúde a partir de sua autoridade técnica e social. Mesmo quando não proprietário dos meios de produção em saúde (clínicas e hospitais), cabe a eles comandar o ato técnico em saúde, o que se diferencia dos demais trabalhadores da saúde.

A integração entre os aspectos manual e intelectual também deve ser observada quando lidamos com a particularidade do trabalho em saúde: ao contrário de outros processos de produção, na saúde, quem detém a direcionalidade técnica também detém a manual, ou seja, é quem produz o ato técnico final, diferentemente do que ocorre em outras profissões. Ao analisar o conjunto dos trabalhadores, compreendemos que essa separação não é generalizada; entretanto, o médico continua a ser também um trabalhador manual nas mais variadas áreas de sua atuação.

Outra característica particular do processo de trabalho em saúde é a fragmentariedade dos atos. O usuário, geralmente, passa por uma quantidade grande de atos de diagnóstico e de terapia para ter seu problema resolvido. Usualmente, esse usuário necessita deslocar-se fisicamente de um setor a outro, ou até mesmo entre serviços, o que implica no sentido de fragmentariedade da prestação e do consumo dos serviços de saúde. Dessa forma, o porquê de cada ato escapa da compreensão do usuário, e a profusão continuada de tipos parciais ou

autônomos de atos de saúde acaba por corroborar essa confusão dos serviços para o usuário, que não tem suas dúvidas satisfatoriamente esclarecidas sobre esse processo. Como usuários de um serviço de saúde, comumente temos de recorrer a um misto de quebra-cabeças e labirinto de caminhos: “Obtenho algo aqui ou ali, mas sigo sem compreender o processo das intervenções executadas sobre meu corpo ou até mesmo minha mente. E ainda tenho de colaborar e ser... paciente!” Nesse torvelinho, a pergunta que se impõe é: onde está a direcionalidade técnica do trabalho em saúde? Como resposta, resta-nos dizer: está muito dividida e fragmentada, tanto do ponto de vista do trabalhador quanto do consumidor.

Diante desse impasse, há o consumidor, o usuário, que se depara como o drama da espera, em meio ao aparato médico, o que complexifica ainda mais o processo, se considerarmos que se espera do usuário que ele siga ordens, execute certos atos, se esforce em outros, colabore e aguarde o resultado. Mas aguardar para o que, mesmo? Colaborar para quê? Nesse sentido, os serviços geram um enredo de alienação que muito tem a ver com situações clássicas abordadas por Marx (1988) no século XX e que hoje já não são mais peculiares apenas ao trabalhador produtivo.

Nesse ponto, há que discutir a segunda dimensão de análise deste texto: o serviço. O que é um serviço? Segundo Marx (1988), serviço é o efeito útil de alguma coisa, mercadoria ou trabalho. É o que resulta da utilização de bens e da sua força de trabalho em seu aspecto de valor de uso. Em sua origem, a noção de serviço estava muita presa a de serviço pessoal: do serviço de um trabalhador doméstico a de um profissional liberal.

Os serviços de saúde são similares em alguns aspectos aos serviços pessoais, pois requerem sempre uma íntima relação interpessoal, mas também envolvem um consumo intenso de mercadorias, o que os situa em uma dimensão mercantil distinta. O serviço de saúde nunca resulta de uma aplicação de regras gerais em um processo de trabalho genérico, pressupondo, ao contrário, a aplicação de conhecimentos gerais ao particular, em uma forma de inter-relação em que o usuário fornece alguns valores de uso e também participa ativamente do processo. O resultado de tudo isso são certos efeitos úteis, observáveis ou presumidos, dado determinado período de tempo. Por outro lado, o que se compra e vende são esses atos úteis: deve-se pagar por cada uma dessas mercadorias (remédios, exames, equipamentos, etc.), dentro do conjunto de distintos processos de trabalhos envolvidos entre o diagnóstico e a terapia. O usuário paga pelo efeito útil presumido, na medida em que ele seja cientificamente comprovado pela medicina moderna e seus prestadores, transpondo-se do lugar de sujeito a sujeitado pelo resultado positivo obtido em todo esse processo.

O problema é que, para a lógica econômica desses serviços, não interessa se esses atos e sua multiplicidade fragmentada terão efeito final positivo e eficaz para a queixa inicial do usuário do serviço. A utilidade do resultado dos atos em saúde é presumidamente valorada pela cientificidade do pacto com a medicina, e, assim, o usuário pagará pelo valor de bens materiais utilizados e pelo uso da força de trabalho preparada segundo padrões recorrentes. Concomitante com a fragmentariedade vivencial, aparece também a natureza econômica. Quando o pagamento por esses atos é realizado via seguro social ou privado, o problema de como se realizar o controle efetivo sobre esse processo se impõe: já que, neste caso, a utilidade não pode ser meramente presumida, pois ela segue, adaptada ou não, normas e procedimentos técnico-científicos, além dos administrativos, estabelecidos pelo contratante. Os efeitos dessa complexa rede de relações acaba expondo a distância entre o que se quer e o que se pode fazer. E, em relação ao serviço, por exemplo, essa ponte mantém ainda uma distância maior: para o profissional que está na ponta do serviço, na porta de entrada do mesmo, este é captado por essa lógica e acaba por reproduzi-la, preso a um processo circular, em vez de um processo sistêmico, em que as relações deveriam ser integradas e intersetoriais, realizadas por todos os atores sociais.

À medida que nos aproximamos dos momentos das **relações dos usuários com os serviços de saúde e com os seus trabalhadores**, para verificarmos o seu funcionamento, vamo-nos surpreendendo com a descoberta de que, sempre que houver um processo relacional de um usuário com um trabalhador, haverá uma dimensão individual no trabalho em saúde realizada por qualquer trabalhador, o que comporta um conjunto de ações clínicas. Ações clínicas aí significam o encontro entre necessidades e processos de intervenção tecnologicamente orientados, os quais visam operar sobre o campo das necessidades que se fazem presente nesse encontro, na busca de fins implicados com a manutenção e/ou recuperação de certo modo de viver.

Esses encontros, que se dão entre dois indivíduos, são produzidos em um espaço intercessor (Merhy, 1997a) no qual uma dimensão tecnológica do trabalho em saúde, clinicamente evidente, sustenta-se: a da tecnologia das relações, território próprio das tecnologias leves (Merhy, 1997b). Olhando esses momentos pelo lado do trabalho tanto do médico quanto de um porteiro de um serviço de saúde, são-nos reveladas questões-chave sobre os processos de produção em saúde, para os quais o acolhimento adquire uma expressão significativa. Isto é, em todo lugar em que ocorre um encontro para efeito de trabalho em saúde entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam

com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades em busca da produção de algo que possa representar a conquista de controle do sofrimento (enquanto doença) e/ou a produção da saúde.

Esses processos intercessores, como o **acolhimento**, são atributos de uma prática clínica realizada por qualquer trabalhador em saúde, e focá-los analiticamente é criar a possibilidade de pensar a micropolítica do processo de trabalho e suas implicações no desenho de determinados modelos de atenção. Ao permitir pensar sobre tais processos institucionais por onde circula o trabalho vivo em saúde, expõe-se o modo privado de agir a um debate público no interior do coletivo dos trabalhadores, com base em uma ótica centrada no usuário. No entanto, o tema do acolhimento apresenta-nos uma outra possibilidade: a de argüir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar específico da acessibilidade, no momento das ações receptoras dos clientes de determinado estabelecimento de saúde.

Olhando assim, como uma etapa desse processo de produção, o acolhimento funciona como um dispositivo a provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço constitui seus mecanismos de recepção aos usuários, enquanto modalidades de trabalho em saúde centralizadas na produção de um mútuo reconhecimento de direitos e responsabilidades - estes institucionalizados pelos serviços de acordo com determinados modelos de atenção à saúde. Como etapa do processo de trabalho que o serviço desencadeia na sua relação com o usuário, o acolhimento pode, analiticamente, evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidades a que os usuários (portadores das necessidades centrais e finais de um serviço) estão submetidos nas suas relações com que os modelos de atenção constituem como verdadeiros campos de necessidades de saúde para si mesmos. Os encontros e desencontros nessa etapa podem revelar, ao gerarem ruídos e estranhamentos para um olhar analisador (em produção no interior da equipe de trabalhadores), uma dinâmica instituidora que se abre a novas linhas de possibilidades no desenho do modo de se trabalhar em saúde, permitindo a introdução de modificações no cotidiano do serviço em torno de um processo centrado no usuário, mais comprometido com a defesa da vida individual e coletiva.

Em síntese, propomos que se ponha em prática o **acolhimento como um dispositivo**²⁴ que interroga processos intercessores que constroem as relações clínicas das práticas de saúde e que permite escutar ruídos do modo como o trabalho vivo é capturado, conforme certos modelos de assistência, em todo lugar em que há relações clínicas em saúde. Além disso, deve também expor a rede de petição e compromisso que há entre as etapas de certas linhas de produção, constituídas em certos estabelecimentos de saúde, interrogando centralmente as relações de acessibilidade. Qual a vantagem de atuar sobre esses ruídos e processos? Na medida em que, nas práticas de saúde individuais e coletivas o que buscamos é a produção da responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, tendo em vista as pessoas como caminho para defender a vida, reconhecemos que, sem acolher e vincular, não há a produção dessa responsabilização nem a otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença. A gênese dos problemas sociais e sanitários atualmente enfrentados, ou de boa parte deles, já vem sendo há muito denunciada, de forma que não podemos alegar desconhecê-la.

O que se pode pensar, a partir do que este estudo expôs, é começar a buscar novos ângulos para olhar os novos e os velhos problemas, a procurar outras dimensões até então inexploradas ou simplesmente esquecidas, ou, ainda, como sugere Santos (1999), a tentar um olhar simultaneamente telescópico para o que é central e hegemônico para a realidade problemática e microscópica, para o que dela é periférico, subalterno e silenciado. Não há, obviamente, uma única solução para as questões aqui discutidas, tampouco se pode saber, antes de tentar alguns caminhos, onde exatamente elas se encontram e nos levarão. Após o exame dos resultados da pesquisa, pude perceber que o caminho da cooperação e para o cuidado com a vida nos serviços de saúde se cruzam com os caminhos dos valores e das práticas comuns a todos outros espaços da sociedade e devem ser trilhados simultaneamente. A direção, no entanto, é uma só: a busca da dignidade humana.

Sobre a relação entre as **necessidades e demandas em saúde**, observei que estas são pautadas pela **percepção que o trabalhador da saúde tem de seu usuário**. A necessidade da

²¹ Desta forma, o conceito de dispositivo reportado por FOUCAULT, (1995) torna-se uma grade de análise que permite refletir sobre as instâncias de poder e de saber quando atualizadas no indivíduo. Junto ao conceito de dispositivo, Foucault (1999, p. 77) articula a “vontade de saber”, ou seja, não se trata de considerar o dispositivo como algo que faz calar, mas algo que incita, que produz, que nos força a querer saber. É uma vontade que ilumina e não oculta, “é dele que é preciso falar”, uma vontade que quer a verdade, a chave universal, uma vontade que ao tornar algo visível, concomitantemente o torna aquilo que pode e deve ser falado. Um dispositivo, ao ser articulado a essa tecnologia da vontade de saber, não apenas anexa um objeto a um campo de racionalidade, fazendo-o um objeto-história, um objeto-significação, um objeto-discurso, mas, sobretudo, faz dessa objetivação um modo de subjetivação, torna-se corpo, torna-se alma, torna-se uma interioridade.

interação e integração com as diversas redes de atenção da região investigada ainda é uma carência que acaba por ressonar no trabalho em saúde, pois muitas vezes essa “rede” resulta como algo não concretizado pelo trabalhador. O aspecto mais comum, observado em todos os grupos, foi que, quando a temática de rede aparecia nas discussões do próprio grupo, este, por sua vez, posicionava seu discurso para as falhas no sistema de encaminhamentos para serviços especializados em saúde, e não necessariamente à rede mais ampla, não só de serviços, mas também de espaço de criação de estratégias de enfrentamento (como as redes instauradas nas demais áreas: assistência, educação, justiça, etc.).

A busca pela **resolutibilidade** das necessidades dos usuários está calcada, muitas vezes, nas relações interpessoais entre as partes, pois é através da escuta que os trabalhadores da saúde sentem, percebem e pensam o sofrimento do usuário. Com isso, a assistência poderia tornar-se mais integral e humanizada. O que se percebe na prática, porém, é que o trabalhador da saúde, captado pelo trabalho prescrito²⁵, termina alienando este processo relacional de fala e escuta, burocratizando no trabalho real²⁶ o processo de acolhimento. Sob esse aspecto, cabe questionar a falta de aprofundamento nas dinâmicas interacionais e suas transformações, as relações entre o trabalho prescrito e o trabalho real, visto que a prescrição integra a repartição das tarefas entre os diversos níveis e condições de trabalho, ou seja, é presente na teoria e na prática do trabalho em saúde. A apreensão tanto do trabalho prescrito quanto do trabalho real está diretamente relacionada às práticas de linguagem. Enquanto os primeiros apresentam-se sob a *forma de escritos* – regulamentos, coerções, instruções, modos de emprego –, o trabalho real não dá lugar a uma mesma atividade social de verbalização. Ele se faz, ele se realiza, ele é o lugar de conhecimentos incorporados mais do que verbalizados (Boutet, 1992). Dessa forma, as práticas de formação sobre o processo de acolhimento deveriam levar em consideração a ampliação do foco centrado no usuário para a atenção às necessidades e demandas dos trabalhadores em saúde.

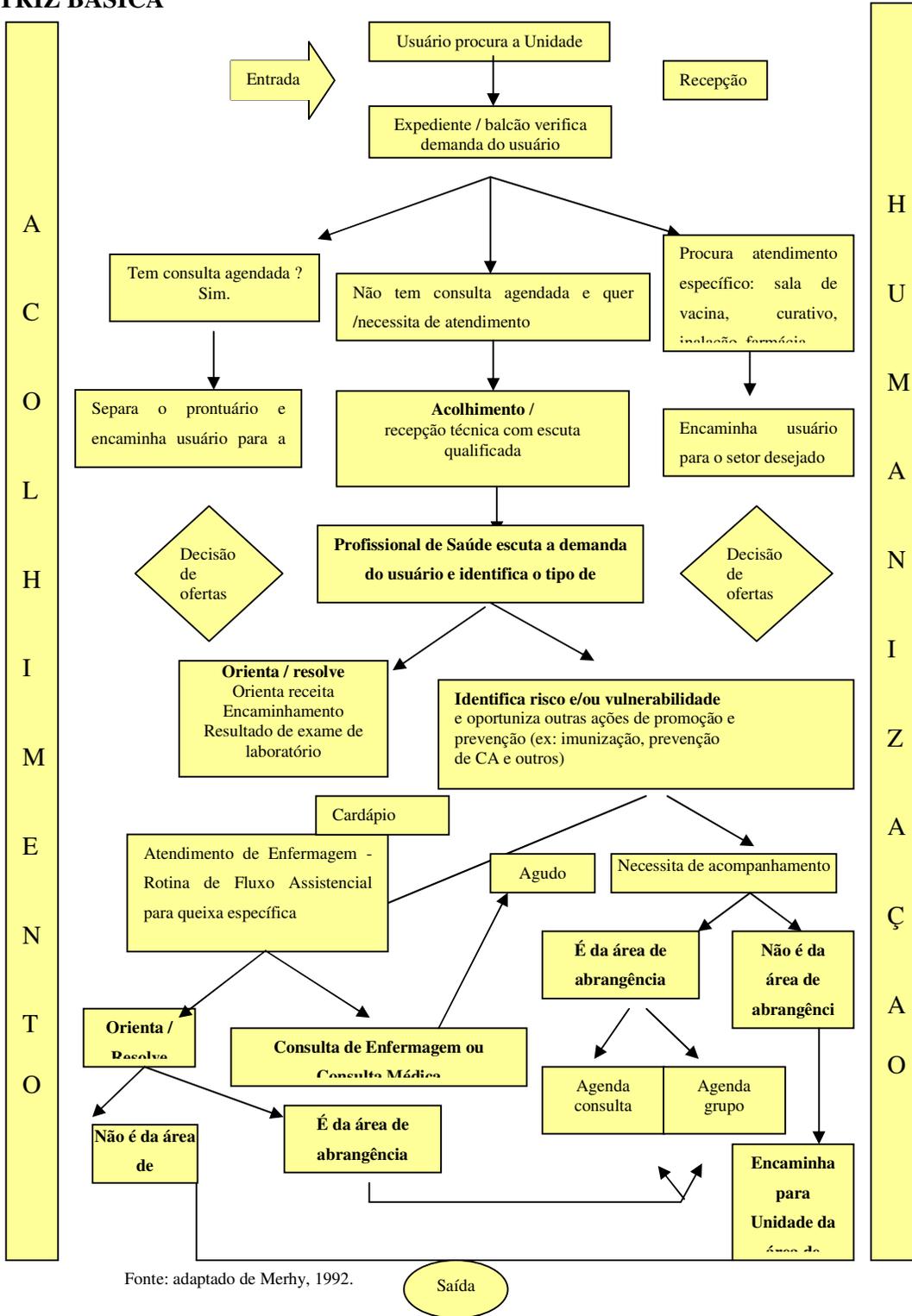
O que pude observar, nos serviços investigados, é que o fluxograma analisador esboçado por Merhy (1997) sobre a dinâmica dos serviços de saúde: entrada-recepção-decisão de ofertas-cardápio-saída, ainda não foi reinventado. Durante a realização deste estudo, elaborei duas matrizes que poderão servir de dispositivo de reflexão para as possíveis

²² O trabalho prescrito ou tarefa corresponde a um conjunto de prescrições definidas no interior de uma organização por setores especializados a fim de atingir objetivos particulares. (Souza-e-Silva, 2000)

²³ O trabalho real ou atividade é o elemento central, organizador e estruturante dos componentes de uma situação de trabalho; é uma resposta às restrições determinadas exteriormente aos trabalhadores. A atividade estabelece, então, por sua realização mesma, uma interdependência e uma interação estreita entre os componentes do trabalho. Ela unifica a situação: as dimensões técnicas, econômicas, sociais do trabalho só existem por meio da atividade que as organiza. (Idem)

mudanças na lógica dos serviços de saúde. A primeira matriz foi realizada sob um serviço hipotético, tomando características mais comuns da atenção básica. Denomina-se 'matriz básica'. A segunda matriz, denominei 'matriz da tese', espaço em que tentei sintetizar as necessidades e demandas provocadas na pesquisadora como fonte de futuras e possíveis discussões.

MATRIZ BÁSICA



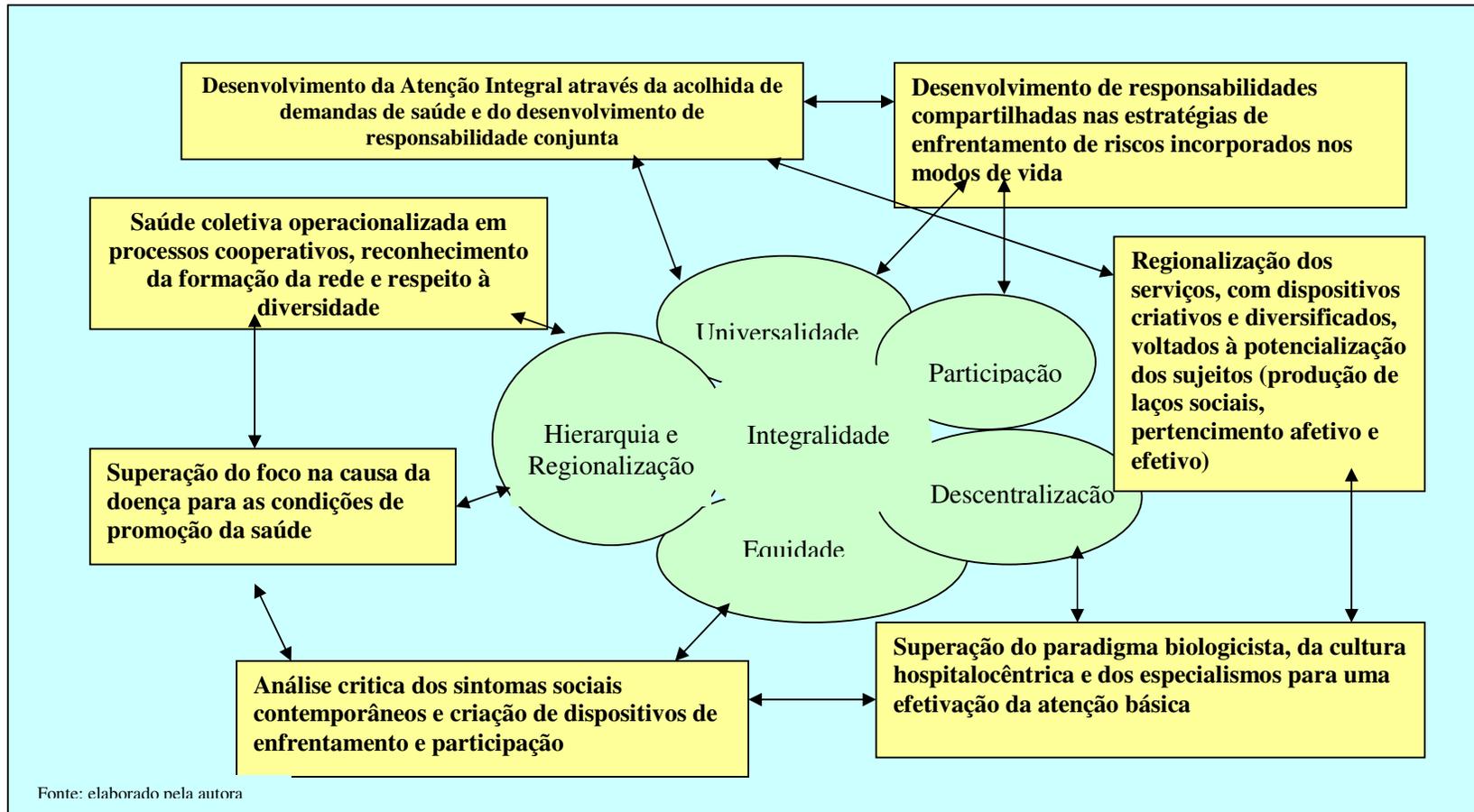
Fonte: adaptado de Merhy, 1992.

O que percebo na matriz básica é que os processos de acolhimento de humanização andam em paralelo a outros processos da atenção básica, além de, em muitos casos, serem verticalizados no processo de trabalho em saúde, reforçando a hierarquia dos saberes, em lugar de incorporá-los e difundi-los, como propõe os documentos oficiais. Assim como o SUS privilegia a intersetorialidade das políticas públicas, imagino que esses dois processos, em especial o acolhimento e a humanização, devam ser encarados como transversais e concomitantes a todas as etapas da atenção, e não como projetos paralelos, adendos ao serviço.

A distância entre o que se quer e o que se pode fazer pauta o dia-a-dia dos trabalhadores de saúde. Nesse ponto, a criação do campo da saúde coletiva foi um avanço exemplar nas discussões sobre a saúde pública em nosso país. O próximo passo seria a reinvenção desse campo, ou até mesmo a criação de um campo conceitual que pudesse considerar não somente os diferentes referenciais teóricos, mas, para além disso, pudesse estar amparado nos princípios e diretrizes do SUS, em especial a integralidade, a resolutividade e a intersetorialidade. No presente, se fala muito na clínica ampliada. Esse conceito é bastante contemporâneo e exprime a tentativa de aproximar a escuta da prática clínica (MS, 2006). Conte (2007) propõe que a “Clínica Ampliada é um conceito operador que emerge na interface das políticas públicas e que tem exigido revisitar as concepções de sujeito, saúde, modelo assistencial, dispositivos de produção de subjetividade, estratégias de implicação subjetiva, concepção de cura, entre outros”.

O que se propõe a seguir é a matriz da tese, lugar em que transponho para o papel as idéias surgidas a partir deste estudo, em uma tentativa de operacionalizar o que talvez seja esse novo campo de conhecimento da saúde pública, ou ainda um espaço de novas relações na saúde coletiva.

Matriz da Tese



Esta matriz é um dispositivo, um ponto de partida para o início de uma nova discussão acerca dos campos do conhecimento e da operacionalização das políticas públicas. Pensar a clínica na contemporaneidade implica aproximar as dimensões do saber e do fazer às demandas sociais, o que transcende o nível técnico exclusivo, apontando pontes necessárias para a cooperação entre os vários saberes implicados no processo de trabalho em saúde, voltados a uma integração transdisciplinar.

Ao tratarmos dos serviços de saúde não se pode reduzir sua avaliação pela simples noção de existência dos mesmos garanta a característica de rede aos mesmos. Para que um conjunto de ofertas de serviços e interfaces institucionais possa efetivamente assumir a potencialidade de uma rede é necessária sua integração sistemática, o que inclui decisões conjuntas compromissos compartilhados e assumidos coletivamente, recursos partilhados, entre outras condições. A constituição de uma rede efetiva de serviços, especificamente no que concerne à assistência em saúde requer partilha de poder, gestão coletiva e democrática, e mobilização sistemática, não sendo possível trabalhar a rede secundária sem trabalhar a rede primária antes, em um movimento cíclico de construção e reconstrução, garantindo assim, sua funcionalidade.

A política de humanização não pode reduzir-se ao campo técnico do atendimento ao usuário; pelo contrário, deveria servir de dispositivo, operacionalizado pelo acolhimento dos sujeitos, a fim de se reinventarem a produção de laços sociais, ou ainda de se tentar construir conexões e espaços de ancoragem aos sujeitos envolvidos nesse processo.

A integralidade pressupõe, em teoria, a integração de planos de intervenção tecnopolíticos nos processos de subjetivação dos sujeitos que se apresentam ao sistema público de saúde buscando cuidados. Compreender esse sujeito em seu espaço individual e coletivo, respeitando as dimensões sócio-político-econômico-culturais, percebendo-o enquanto ator na co-produção destas ações de saúde no cenário da atenção básica em saúde parece ser a base para o planejamento das ações em saúde.

Seria oportuno, ainda, problematizar a questão do laço social e das produções de sofrimento e prazeres decorrentes das várias transformações sociais contemporâneas, desnaturalizando alguns eventos prejudiciais à sociedade e desvelando tudo o que essa mesma sociedade naturalizou como inexistente. Mas esse será material para outra tese...

REFERENCIAS

- ALBORNOS, Suzana. **O que é trabalho**. 6 edição. São Paulo: Brasiliense, 2003.
- ALMEIDA, A. A solução para a saúde é mista e solidária. **Estudos Avançados: Dossiê da saúde pública da USP**. SP, v. 13, n35, 1999.
- ALVES, A. F. **Novos discursos e velhas práticas em saúde pública: o cuidado como filosofia para um sanitarismo em reconstrução**. Documento apresentado no VII Congresso Latino-Americano de Ciências Sociais e Saúde. Angra dos Reis. 2001. (Mimeo)
- ALVES, G. **O novo e precário mundo do trabalho: reestruturação produtiva e crise do sindicalismo**. São Paulo: Boitempo Editorial, 2000.
- AYRES, J.R.C.M. Sujeito, Intersubjetividade e Práticas de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 6 p. 63-72, 2001.
- ALVARENGA, A. T. de. **O conceito de risco na área materno-infantil: considerações teórico-metodológicas e de aplicação**. 1984. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1984.
- ALVARENGA, Leila M. B. **A incrível história dos homens e suas relações sociais**. Petrópolis: Vozes, 1976.
- AMARANTE, P., **O Homem e a Serpente: Outras Histórias para a Loucura e a Psiquiatria**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1996.
- AMARANTE, P. Sobre duas Proposições Relacionadas à Clínica e à Reforma Psiquiátrica. In QUINET, A (org). **Psicanálise e Psiquiatria: controvérsias e convergências** Rio de Janeiro: Rios Ambiciosos. 2001. pp.103-286.
- ANTUNES, Ricardo. Os caminhos da liofilização organizacional: as formas diferenciadas da reestruturação produtiva no Brasil. **Idéias**.n. 9, p.13-24. 2002-2003.
- _____. **Os sentidos do trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho**. São Paulo: Boitempo, 2002.
- _____. A questão do emprego no contexto da reestruturação do trabalho no final do século XX, pp. 38-57. In CR Horta & RAA Carvalho (orgs.). **Globalização, trabalho e desemprego: um enfoque internacional**. Belo Horizonte: C/Arte, 2001.
- ARISTÓTELES. **A política**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.
- _____. **Loucos pela Vida: A Trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil**. 2 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2000.
- BAHIA, L. **Os planos e seguros privados de saúde no Brasil: notas sobre o objeto e procedimentos de estudo**. Cadernos de Saúde Coletiva, RJ, 1997.
- BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARROS, R. B; JOSEPHSON, S. Lares Abridados: dispositivo clínico-político no impasse da relação com a cidade. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v.25, n.58, p.57-69, 2001.

BAREMBLITT, G. **Grupos: teoria e técnica**. Rio de Janeiro, Graal; 1986.

BION, W. R. **Learning from experience**. London: H. Karnac, 1967.

BIRMAN, J. A physis da saúde coletiva. **Revista Saúde Coletiva**. n 1: p.7-11, 1991.

BOFF, L. Concretizações do Cuidado. In: BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. 8 ed. Petrópolis: Vozes, 2002. p. 133-156.

BOGDAN, Robert C. **Qualitative research for education : an introduction to theory and methods**. 3 ed. Boston, MA: Allyn and Bacon, 1994.

BRASIL, MINISTERIO DA SAÚDE. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar**, Brasília, DF. 2002.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar**. Brasília, DF. 2000. (Mimeo)

_____. **Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS/Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2004.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Avaliação da Implementação do Programa de Saúde da Família em dez Grandes Centros Urbanos: síntese dos principais resultados**. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde Portaria 373/GM. **Norma Operacional da Assistência à Saúde/NOAS-SUS 01/2002**. Brasília, DF, 2002

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Programa Nacional de Humanização de Assistência Hospitalar**. Brasília, DF.2002.

_____. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria n.º 336/GM, de 19 de fevereiro de 2002**. Atualiza a regulamentação dos serviços de atenção diária, estabelecendo modalidades de serviços: definidos por ordem crescente de porte/complexidade e abrangência populacional. Brasília, DF, 2002.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde **Relatório Final da Oficina de Trabalho para Discussão sobre o Plano Nacional de Inclusão das Ações de Saúde Mental na Atenção Básica**. Documento final da referida Oficina. Brasília, DF, 2001(mimeo)

_____.Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. **Portaria nº 106, de 11 de fevereiro de 2000**: cria e regulamenta o funcionamento dos Serviços Residenciais Terapêuticos em Saúde Mental. Brasília, DF:,2000.

_____. Constituição.**Constituição [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal. 1998.BEHRING, E. R. **A contra-reforma do Estado no Brasil**. Rio de Janeiro: UFRJ/ESS, 2002.

BRIDGES, William. **Mudanças nas relações de trabalho**. São Paulo: Makron Books, 1999.

BUCI-GLUCKSMANN, C. **Gramsci e o Estado**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1980.

CAMPOS, G. de S. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva** São Paulo, n.2, v.5 p.19-23, 2001.

_____. Subjetividade e Administração de Pessoal. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.) **Agir em Saúde**. Um Desafio para o Público. São Paulo: Hucitec, 1997. p. 229-266.

CAPRARA A. e FRANCO A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cadernos de Saúde Pública**, São Paulo, v.15, n.3, p. 647-654, jul./set. 1999.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis: Vozes, 2000.

CATTANI, Antonio David (Org). **Trabalho e tecnologia: dicionário crítico**. 4.ed.rev. e aum. Petrópolis: Vozes, 2002.

CICOUPELL, Aaron. Teoria e método em pesquisa de campo. In: Guimarães, Alba Zaluar, (org). **Desvendando máscaras sociais**. Rio de Janeiro, Francisco Alves,1980. pp. 87-121.

- CHERCHGLIA, M. L. Terceirização do trabalho nos serviços de saúde: alguns aspectos conceituais, legais e pragmáticos. In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: EDUFRN, 1999. p. 367-385.
- CHESTERTON, Gilbert Keith. **Lo que es**. Buenos Aires: Espiga de Oro, 1944.
- CHILLIDA, Manuela de Santana Pi e COCCO, Maria Inês Monteiro. Saúde do trabalhador & terceirização: perfil de trabalhadores de serviço de limpeza hospitalar. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.12, n. 2, p. 271-276, mar./abr. 2004.
- CNE/ME, **CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO** – Ministério da Saúde. Publicação técnica, Brasília out.2001.
- CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Planos e seguros-saúde: esclareça aqui suas dúvidas**. Jornal do CFM, Brasília, n. 107 julho 1999.
- CORBISIER, C. A Escuta da Diferença na Emergência Psiquiátrica**. In: **BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. (Orgs.)**. **Psiquiatria sem Hospício: Contribuições ao Estudo da Reforma Psiquiátrica**. Rio de Janeiro: **Relume-Dumará, 1992. p. 09-15**.
- COSTA, W.G.A. & MAEDA, S.T. Repensando a Rede Básica de Saúde e o Distrito Sanitário. **Saúde em Debate**, n.25 p.15-29. 2001.
- COSTA-ROSA, A. O Modo Psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao Modo Asilar. In: AMARANTE., P. **Ensaio** – Subjetividade, Saúde Mental e Sociedade, Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 2000. p.141-168.
- COSTA-ROSA, A.; LUZIO, C.A.; YASUI, S. As Conferências Nacionais de Saúde Mental e as Premissas do Modo Psicossocial. **Saúde em Debate/CEBES**, 2001.p.12-25.
- CRUZ NETO, Antônio. **Só erra quem quer**. São Paulo: Iglu,1998.
- DEDECCA C; MONTAGNER P. Crise econômica e desempenho Terciário. **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v.15, n.2, 1992
- _____. Desregulação e desemprego no capitalismo avançado.In: **São Paulo em Perspectiva**. São Paulo, v. 10, n.1, jan-mar., 1996.
- DEJOURS, C. **A Loucura do Trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5 ed.rev.amp. São Paulo: Cortez, 1987.
- DELEUZE, G. Conversações. 3 ed. Rio de Janeiro: Editora 34, 2000.**
- DELL'ACQUA, G.; MEZZINA, R. Resposta à Crise**. In: **DELGADO, J. (Org.)**. **A Loucura na Sala de Jantar**. São Paulo: **Resenha, 1991. p. 53-79**.
- DEMO, Pedro. **Introdução a metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas, 1981.
- DESLANDES, Suely Ferreira. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 12.ed. Petrópolis : Vozes, 1997.
- _____. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**,n.9.p. 7-14, 2004.
- DONNANGELO M. C. F. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, Duas Cidades, 1976.
- DEMO, Pedro. **Introdução a metodologia da ciência**. São Paulo: Atlas, 1981.
- DUARTE, L.F.D. **Da Vida Nervosa nas Classes Trabalhadoras**. 2 ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora, 1998.
- _____. A Outra Saúde: Mental, Psicossocial, Físico-Moral?. In: MINAYO, M.;ALVES, P.C.(orgs) **Saúde e Doença**: um olhar antropológico. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz. 1994. pp. 83-89
- ELIAS,P. E. M. **Das propostas de descentralização da saúde ao SUS: as dimensões técnica e político institucional**. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, USP. SP, 1999.
- ERIKSON, Erik Homburger. **Identidade** : juventude e crise. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.
- FERNANDES J. C. L. A quem interessa a relação médico paciente? **Cadernos de Saúde Pública**, v.9, n.1, p.21-27, jan./mar. 1993.
- FIELDING, N. Ethnography. In: GILBERT, N. (Org.) **Researching social life**. Londres : Sage, 1993.

- FIGUEIREDO, A.C.** Vastas Confusões e Atendimentos Imperfeitos: **a clínica psicanalítica no ambulatório público. 2 ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 2002.**
- FOUCAULT M. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro, Graal, 1995.
- _____. **O nascimento da clínica.** Rio de Janeiro, Forense Universitária; 1994.
- FRANCO, T.B.; BUENO, W.S.; MERHY, E.E. O Acolhimento e os Processos de Trabalho em Saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15. n.2, p. 345-353, 1999.
- FREIRE, L. M. de B. A relação saúde trabalho no contexto das relações sócio-políticas no trabalho e no Serviço Social. In: **Revista Serviço Social e Sociedade.** São Paulo, n. 49, p. 67,1995.
- GOLDMAN, Alvin I. **Epistemology and cognition.** Cambridge, MA: Harvard University Press, 1980.
- HAMMERSLEY, M; ATKINSON, P. **Ethnography: Principles in practice.** Londres : Tavistock, 1983.
- _____. **What's wrong with ethnography.** Londres : Routledge, 1992.
- HARVEY, L. **Critical social research.** Londres : Unwin Hyman, 1990.
- JONES, S. The analysis of depth interviews. In: WALKER, R. (Org.) **Applied qualitative research** . Aldershot (Hants.): Gower, 1985.
- KECK, M. **O novo sindicalismo na transição brasileira.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1999.
- KOGIMA, E. O. **O entendimento dos enfermeiros de uma Unidade Básica de Saúde acerca da depressão puerperal.**2004. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004
- LANCETTI, A.. Saúde Mental nas Entradas da Metrópole. In: JATENE, LANCETTI, A. **SaúdeLoucura 7/Saúde Mental e Saúde da Família 2ª ed,** São Paulo: HUCITEC,2001.p. 11-52.
- LEAL, E. M. **O Agente do cuidado na Reforma Psiquiátrica Brasileira.** 1999.Tese (Doutorado em Saúde Mental) - Instituto de Psiquiatria, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.1999.
- LEFEBVRE, Henri. **Lógica formal, lógica dialética.** 6.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1995.
- LOPES, B.C.; CHAGAS, D.M.N.; TORRES, Z.F. Regulamentação Profissional do Agente Comunitário de Saúde: natureza do trabalho, qualificação e vínculo. **Revista Brasileira de Saúde da Família**, n.2, v.6, p.28-31,2002
- MACEDO, Roberto Brás Matos, CHADAD, José Paulo Z. **FGTS e a rotatividade.** São Paulo: Nobel, Brasília: Ministério do Trabalho, 1985.
- MAYO, Elton. **Problemas humanos de uma civilización industrial.** Buenos Aires: Galatea Nueva Visión,1959.
- MAYS, N.; POPE, C. **Rigour and qualitative research.** British Medical Journal, 1995.
- MARX, K. **O capital.** São Paulo : Nova Cultural, 1983.
- MATTOS, R. A. de, Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**, Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO,2001.p.39-64.
- MATTOSO, Jorge. **O Brasil desempregado** :como foram destruídos mais de 3 milhões de empregos nos anos 90. 2. ed.São Paulo: Fundação Perseu Abramo, 1999.
- MENDES,Jussara, M. R Os Desafios na Pesquisa e na Produção do Conhecimento em Serviço Social – Perspectivas IX ENPES. **Temporalis**, v.5, p.09-14, 2006.
- _____. **O verso e o averso de uma história:** o acidente e a morte no trabalho. Porto Alegre:EDIPUCRS,2003.
- MERHY, Emerson Elias. **Inventando a mudança na saúde.** 2.ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.

- MÉSZAROS, Istvan. **Para além do Capital**. Boitempo Editorial, 2002.
- MINAYO, M.C.; AQSSIS, S.G.; SOUZA, E.R. **Avaliação por Triangulação de Métodos: Abordagem de Programas Sociais**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: HUCITEC, 1999.
- MORENO, D. M. F. C., REIS, A. O. A. O momento da comunicação do resultado sorológico para o HIV sob a ótica winnicottiana. In: *Pulsional-Revista de Psicanálise*. São Paulo, v. XV p. 20-5, 2002.
- NARDI, H. C. Trabalho e Pós-modernidade. *Estudos Leopoldenses. Série Ciências Humanas*, Porto Alegre. n.156, 2002
- NOGUEIRA, R. P. Política de recursos humanos para a saúde: questões na área da gestão e regulação do trabalho. In: SANTANA, P.; CASTRO, J. L. (Org.). **Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde**. Natal: EDUFRN, 1999. p. 443-450.
- _____. Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde. **Revista Divulgação em Saúde para Debate**, n. 14, p. 18-22, 1999(b).
- OLIVEIRA, Paulo A.; MENDES, Jussara M. R. As novas perspectivas da Saúde do Trabalhador. **Tendências do Trabalho**. São Paulo, n. 265, p13-17, set, 1996.
- OLIVEIRA, J. A. TEIXEIRA, S. M. F. **Previdência Social: 60 anos de história**. RJ, ABRASCO, 1986
- ONOCKO, R.. Clínica: a palavra negada – sobre as práticas clínicas nos serviços substitutivos de Saúde Mental. **Saúde em Debate**, n. 25, p.:98-111. 2001.
- PAIM, J. S. **Recursos humanos em Saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP, 1994.
- _____. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. **Epidemiologia e Saúde**, 5 ed. RJ:Medsi, 1999.
- PASSOS, E. & BENEVIDES, R., 2001. Clínica e Biopolítica na Experiência do Contemporâneo. **Psicologia Clínica**, n.13, v.1, 2001p.:89-99.
- PASSOS, E.; BARROS, R. B. A Construção do Plano da Clínica e o Conceito de Transdisciplinaridade. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, v.16, n.1, p. 71-79, 2000.
- PEREIRA FILHO, L. T. Iniciativa Privada e Saúde. **Estudos Avançados – Dossiê de Saúde Pública da USP**. SP, V. 13, n.35, 1999.
- PINHEIRO, R. As Práticas do Cotidiano na Relação Oferta e Demanda dos Serviços de Saúde: um Campo de Estudo e Construção da Integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (orgs). **Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO. 2001.p. 65-112.
- POCHMANN, Marcio. **O trabalho sob fogo cruzado :exclusão, desemprego e precarização no final do século**. São Paulo: Contexto, 2000.
- PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL. FACULDADE DE MEDICINA. **Diagnóstico De Saúde Do Distrito Leste De Porto Alegre**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2005.
- QUEIROZ, M.S. e VIANNA A.L. Padrão de política estatal em saúde e o sistema de assistência médica no Brasil atual. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n.2, p.132-140, abr. 1992.
- QUINTANA, Mário. **Nova antologia poética**. 9. ed. São Paulo: Globo, 2003.
- RAMOS, Alberto Guerreiro. **A nova ciência das organizações: uma reconceituação da riqueza das nações**. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1981.
- REIS, C.N., et al.. A relação do estado-sociedade: o desmonte das instituições sociais e a exclusão social, 2004. (mimeo)
- REHEM, R. planos de saúde no Brasil: questões e soluções. **Estudos Avançados: Dossiê da saúde pública da USP**. SP, v. 13, n35, 1999.

REPULLO R. Os sindicatos, a terceirização e a saúde dos trabalhadores. **Revista Brasileira Saúde Ocupacional**; n.23, p.79-82. 1997

RICARDO, David. **Uma introdução à economia**. Lisboa: Inquérito, [1940?].

RODRIGUES NETO, E. O SUS e o setor privado. Vamos moralizar estas relações. In: Saúde em debate, RJ, n. 49/50, março, 1996.

SAMPAIO, J.J.C. & BARROSO, C.M.C., Centros de Atenção Psicossocial e Equipes de Saúde da Família: Diretrizes e Experiências no Ceará. In: **Saúde Loucura 7/Saúde Mental e Saúde da Família**. 2 ed. (A. Jatene & A. Lancetti, orgs.), São Paulo: Editora Hucitec, 2001.

SANTOS, M. A Natureza do Espaço: Técnica e Tempo, Razão e Emoção. 3 ed. São Paulo: Editora Hucitec. 1999.

SATO, L. Saúde e controle no trabalho: feições de um antigo problema. In: JACQUES, Maria da Graça, CODO, Wanderley. **Saúde Mental e Trabalho: Leituras**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2002.

_____, e SOUZA, Marilene Proença Rebello de. Contribuindo para desvelar a complexidade do cotidiano através da pesquisa etnográfica em psicologia. **Psicol. USP** n.2 v.12, pp. 29-47. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo>>.

SCARPARO, H. e LIMA, N.S. **Uma Reflexão sobre o cotidiano do Campus**. In: Uma Realidade Revisitada II Diagnóstico de Comunidade e Avaliação do Campus Aproximado da Vila Fátima. PUCRS, 1998.

SIBILA, P. **O Homem Pós-Orgânico**: corpo, subjetividade e tecnologias digitais. Rio de Janeiro: Editora Relume-Dumará, 2002.

SINGER, Paul. **O capitalismo**: sua evolução, sua lógica e sua dinâmica. São Paulo: Moderna, 2001.

SMITH, Adam. **Riqueza das nações**. São Paulo: Hemus, 1981.

SCRAIBER, L.B. **O médico e seu trabalho**: limites da Liberdade. São Paulo: HUCITEC, 1993.

_____, L.B.: MENDES-GONÇALVES, R.B. **Necessidades de Saúde e Atenção Primária**. In: SCRAIBER et al. Saúde do Adulto. Programas e Ações na Unidade Básica. São Paulo: HUCITEC, 1995. p.29-47.

SMITH, Grayson; GEOFFREY, Hugh. **Los conceptos cambiantes de la ciencia**. México, D.F. Centro Regional de Ayuda Técnica, 1968.

SOUSA E SILVA, M. C. Dinâmicas interacionais e práticas discursivas em situação de trabalho. Anais da **III Conferência de Pesquisa Sócio-cultural**. PUC-SP, 2000.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde - serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, 2002

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa social**: métodos e técnicas. 3. ed. rev.ampl. São Paulo: Atlas, 1999

ROTELLI, F.; De LEONARDIS, O.; MAURY, D. Desinstitucionalização, uma outra via. In: ROTELLI, F. (Org.). Desinstitucionalização. São Paulo: Hucitec, 1990. p. 17-60.

TEIXEIRA, R. R. Agenciamentos Tecnosemiológicos e Produção de Subjetividade: contribuição para o debate sobre a trans-formação do sujeito na saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, n. 6 p.49-61. 2001.

TESSER, C.D.; LUZ, M.T. & CAMPOS, G.W.S. Influências da biometria na crise da atenção à saúde: a dicotomia entre a doença do médico e a doença do doente. **Estudos em Saúde Coletiva/Seminário de Cultura, História e Política**: Questões de Pesquisa e Política Institucional, n.177, p.03-30, 1998.

THÉBOUD-MONY, A. Trabalho e saúde na nova ordem econômica mundial. In.: SCAVONE, L. BATISTA, L. E. (Orgs.) In: **Pesquisas de gênero**: entre o público e o privado. São Paulo, UNESP, n. 1, p. 169-179. 2000

- THOMPSON, E. P.. **A formação da classe operária inglesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- TIKANORI, R. K. Contratualidade e Reabilitação Psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). Reabilitação Psicossocial no Brasil. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2001. p.55-59.**
- TORRE, E.H.G. & AMARANTE, P. **Protagonismo e Subjetividade: a construção coletiva no campo da saúde mental**. Ciência & Saúde Coletiva, n. 6 , p.73-85,2001
- VIEIRA, A L. S. (Org.). **Trabalhadores de saúde em números**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.
- WEBER, Max. **A ética protestante e o espírito do capitalismo**. São Paulo: Companhia das Letras, 2005.
- WERNER, Rosiléa Clara. **O movimento sindical e saúde dos trabalhadores de Blumenau**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2001.