

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

NATÁLIA APARECIDA BARZAGHI

Humanização na saúde: compreensão a partir das vivências de trabalhadores da Estratégia
Saúde da Família.

Maringá
2013

NATÁLIA APARECIDA BARZAGHI

Humanização na saúde: compreensão a partir das vivências de trabalhadores da Estratégia Saúde da Família.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito para a obtenção do título de mestre em Psicologia.

Área de concentração: Constituição do Sujeito e Historicidade.

Orientadora: Profa. Dra. Lucia Cecilia da Silva

Maringá
2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)
(Biblioteca Central - UEM, Maringá – PR., Brasil)

B295h Barzaghi, Natália Aparecida
Humanização na saúde: compreensão a partir das vivências de trabalhadores da estratégia Saúde da Família/ Natália Aparecida Barzaghi. - Maringá, 2013.
120 f., il.
Orientadora: Prof.a. Dr.a. Lúcia Cecilia da Silva.
Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual de Maringá, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Programa de Pós-graduação em Psicologia, 2013.

1. Política Nacional de Humanização. 2. Saúde Coletiva. 3. Método Fenomenológico. 4. Trabalho Humano. 5. Trabalhador em saúde. 6. Sofrimento no trabalho. 5. Estratégia de Saúde da Família. I. Silva, Lúcia Cecilia da, orient. II. Universidade Estadual de Maringá. Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes. Programa de Pós-graduação em Psicologia. III. Título.

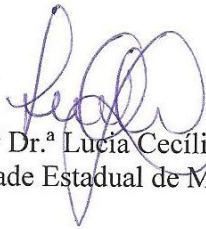
CDD 22. ED.142.7
JLM-001032

NATÁLIA APARECIDA BARZAGHI

Humanização na saúde: compreensão a partir das vivências de trabalhadores da
Estratégia Saúde da Família

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de
Ciências Humanas, Letras e Artes da Universidade Estadual de Maringá, como requisito
parcial para a obtenção do título de Mestre em Psicologia.

BANCA EXAMINADORA



Prof.ª Dr.ª Lucía Cecília da Silva
DPI/Universidade Estadual de Maringá (Presidente)



Prof.ª Dr.ª Maria José Scochi
DEN/Universidade Estadual de Maringá



Prof. Dr. Silvio Yasui
Universidade Estadual Paulista Julio de Mesquita Filho – UNESP/Assis

Aprovada em: 28 de março de 2013.

Local da defesa: Sala 06 do Bloco 118 (Sala de vídeo do DPI).

Este trabalho é dedicado aos bravos trabalhadores do Sistema Único de Saúde brasileiro e àqueles que nele acreditam.

Agradecimentos

Acredito que foi um privilégio muito grande poder ter sido aluna de um curso de mestrado em uma universidade pública, gostaria de viver em um mundo onde cursos como este fossem possíveis a todos aqueles que tenham em si o desejo de estudar.

Em relação à minha trajetória, o desejo encontrou pelo caminho elementos que me possibilitaram chegar aqui. Assim, agradeço a quem me deu a oportunidade de vir ao mundo, me ensinou a caminhar e esteve sempre ao meu lado, confiando em cada um dos meus passos, minha mãe. Agradeço também ao meu pai que mesmo tendo nos deixado quando eu ainda era criança, permanece em minha memória, lembro-me com clareza que em sua simplicidade dizia que o estudo era a única coisa que não poderia ser roubado, tenho tentado levar isso ao pé da letra.

Agradeço também, com muito carinho, todo apoio e parceria que tenho na figura da minha irmã, que me acompanha e me aconselha desde que eu me entendo por gente. Ao meu irmão, meus 3 sobrinhos, tios e avós por me ajudarem a compor o que sou.

Em relação à minha formação acadêmica, agradeço a contribuição dos professores da minha graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá, pela seriedade e respeito com que tratam tanto o ser humano quanto a ciência que busca entendê-los, com carinho, cito mestres que estarão sempre presentes em minha memória, professoras Olimpia do Carmo Ferreira, Marlene Wischral Simionato, Marly Lamb, Roselania Francisconi Borges, Maria Lucia Boarini, Sheila Regina de Camargo Martins e Rozilda Alves.

À minha querida orientadora, Lucia Cecilia da Silva, pela confiança e respeito com que me tratou durante este período. Sou grata por ter me proporcionado ora autonomia, ora amparo, ambos fundamentais para o desenvolvimento tanto da pesquisa quanto da aprendizagem de pesquisadora.

Aos professores da minha banca de qualificação e defesa, Maria José Scochi e Silvio Yasui, pelas sugestões, disponibilidade e respeito com que trataram os meus estudos. Encontrar pessoas assim me faz acreditar que o universo acadêmico vale a pena.

Agradeço à querida Tânia, secretária do programa de pós-graduação em Psicologia, suspeito que seja uma das pessoas mais importantes do PPI.

Agradeço a todos os amigos que estiveram de alguma forma presentes na construção do meu trabalho, os de infância, os de graduação e os mais recentes. De forma especial agradeço àqueles que estiveram de maneira mais próxima acompanhando estes dois anos de labuta, às minhas queridas companheiras de república Daniela, Luara e Mariana, cada qual a sua maneira, se fizeram muito importantes frente a angústia que senti em vários momentos do caminho. Aos amigos Larissa, Gustavo, Melina e Luma por também terem estado comigo neste período.

Agradeço também ao Pedro, pelo gravador que usei para as entrevistas e, sobretudo por manter os meus olhos brilhando e meu coração em paz.



(Os operários- Tarsila do Amaral, 1933).

Quando os trabalhadores perderem a paciência

*As pessoas comerão três vezes ao dia
E passearão de mãos dadas ao entardecer
A vida será livre e não a concorrência
Quando os trabalhadores perderem a paciência*

*Certas pessoas perderão seus cargos e empregos
O trabalho deixará de ser um meio de vida
As pessoas poderão fazer coisas de maior
pertinência
Quando os trabalhadores perderem a paciência*

*O mundo não terá fronteiras
Nem estados, nem militares para proteger estados
Nem estados para proteger militares prepotências
Quando os trabalhadores perderem a paciência*

*A pele será carícia e o corpo delícia
E os namorados farão amor não mercantil
Enquanto é a fome que vai virar indecência
Quando os trabalhadores perderem a paciência*

*Quando os trabalhadores perderem a paciência
Não terá governo nem direito sem justiça
Nem juizes, nem doutores em sapiência
Nem padres, nem excelências*

*Uma fruta será fruta, sem valor e sem troca
Sem que o humano se oculte na aparência
A necessidade e o desejo serão o termo de
equivalência
Quando os trabalhadores perderem a paciência*

Mauro Iasi

Humanização na saúde: compreensão a partir das vivências de trabalhadores da Estratégia

RESUMO

Este estudo constitui-se enquanto uma pesquisa qualitativa que tem como objetivo compreender a vivência do trabalho em saúde especificamente na Estratégia de Saúde da Família, no que diz respeito à Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS. Para atingir tal compreensão foi realizada revisão de literatura sobre os temas da humanização em termos de conceituação e de ações de saúde e do trabalho humano, incluindo as transformações decorrentes do processo histórico e as peculiaridades do trabalho em saúde. Também foram realizadas entrevistas com profissionais de saúde atuantes na Estratégia Saúde de Família, no município de Maringá (PR), sendo 1 agente comunitário de saúde, 1 auxiliar de enfermagem e 2 Enfermeiras. Os dados foram analisados com base na metodologia proposta pela fenomenologia e resultaram em quatro unidades de significado: Condições Materiais de trabalho; Frustração, desânimo e outros sentimentos advindos do trabalho; A Humanização e A experiência do GTH e o elemento gestão. Espera-se contribuir com subsídios para reflexões, na área da saúde a respeito da Política Nacional de Humanização, bem como em relação aos processos de trabalho no Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Humanização. Trabalho. SUS.

Humanization in health: insights from the experiences of workers in the Family Health Strategy.

ABSTRACT

This study constitutes itself as a qualitative research that has the objective to understand the experience of working in healthcare specifically in the Family Health Strategy, with regard to the National Policy on Humane care and SUS management. To attain such understanding literature review was conducted on the topics of humanization in terms of conceptualization and stock health and human labor, including changes resulting from the historical process and the peculiarities of health work. Also, interviews were conducted with health professionals working in the Family Health Strategy, in Maringá (PR), and 1 community health worker, one nursing assistant and 2 Nurses. The data were analyzed using the methodology proposed by phenomenology and resulted in four units: Materials Working Conditions; frustration, discouragement and other feelings from the works; The Humanization and The experience of GTH and the management element. It is expected to contribute subsidies to reflections in healthcare about the National Humanization Policy as well as in relation to the work processes in the Unified Health System.

Key words: Humanization. Work. SUS.

Sumário

INTRODUÇÃO	13
HUMANIZAÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA.....	18
1.1. Avanços e desafios: O histórico das propostas de Humanização.....	24
1.2. Humanizassus: A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS (PNH).....	30
1.3. A PNH na Atenção Básica.....	44
O TRABALHO HUMANO E O TRABALHO EM SAÚDE.....	49
1.4. O Trabalho Humano.....	49
1.5. A reestruturação produtiva e o trabalho em saúde.....	56
1.6. O Trabalho em Saúde e a produção do Cuidado.....	62
PERCURSO METODOLÓGICO.....	70
1.7. O encontro com o objeto de estudo.....	70
1.8. Participantes.....	71
1.9. Procedimentos para coleta de dados.....	72
1.10. A Análise dos dados.....	72
1.11. O Método Fenomenológico	73
A VIVÊNCIA DAS TRABALHADORAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	78
1.1. Condições Materiais de trabalho.....	78
1.2. Frustração, desânimo e outros sentimentos advindos do trabalho.....	81
1.3. A Humanização	84
1.4. A experiência do GTH e o elemento gestão.....	85
ESTABELECENDO RELAÇÕES ENTRE AS VIVÊNCIAS DAS TRABALHADORAS E A HUMANIZAÇÃO NA ATUAÇÃO EM SAÚDE.....	91
.....	91
1.5. Vivenciando o trabalho com insuficientes condições materiais.....	91
1.6. Vivenciando o trabalho como frustração, impotência e adoecimento.....	95
1.7. Vivenciando a PNH e o GTH.....	100
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	108
REFERÊNCIAS.....	113
ANEXOS.....	116

INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objetivo elaborar reflexões concernentes ao trabalho em saúde, mais especificamente compreender a forma com que o trabalho tem sido vivenciado pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família, no que tange à Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do Sistema Único de Saúde brasileiro (PNH).

A Política Nacional de Humanização (PNH) também conhecida como HUMANIZASUS foi lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, como um instrumento para reafirmar o Sistema Único de Saúde (SUS) em seus aspectos constitucionais, isto porque apenas a inscrição legislativa do sistema não garante por si só sua efetivação, levando em conta que o projeto de construção do SUS é uma reforma em movimento e carrega consigo orientações ético-políticas que devem ser perseguidas ainda que em um horizonte utópico. Cabe salientar que a proposta da PNH se configura a partir de experiências exitosas vivenciadas no âmbito da assistência, seus princípios, diretrizes, método e dispositivos foram resultado do acúmulo produzido nas práticas de atenção e gestão construídas dentro do próprio sistema. As experiências do SUS que dá certo impulsionam a construção desta política em meio aos problemas e contradições a serem enfrentados, e as possibilidades concretas de enfrentamento, visando contaminar a todos com o espírito das experiências positivas. (Pasche, 2009).

Entre os desafios a serem enfrentados, destaca-se o fortalecimento, ampliação e qualificação da rede básica, o investimento para que o sistema de saúde funcione de fato em rede, superando o isolamento entre serviços e níveis de atenção, a diminuição da interferência da lógica privada no sistema público, a garantia de recursos suficientes para o financiamento do SUS, a superação da fragmentação do processo de trabalho e consequente inclusão de estratégias de valorização do trabalhador bem como o fomento do processo de cogestão na produção de serviços e saúde (Brasil, 2008).

A construção da PNH é respaldada por um diagnóstico preocupante das condições de trabalho no SUS e das dificuldades advindas da própria organização da gestão dos serviços. É pensada como uma forma de afirmar a saúde como valor de uso, combatendo o caráter vinculado a mercantilização das práticas, sendo que a partir disto vislumbra-se a alteração dos padrões de atenção, em que a ênfase do processo estaria voltada aos vínculos solidários (Passos e Benevides, 2005).

Para que as mudanças pretendidas pela PNH ocorram é preciso que haja, dentre outras coisas, uma mudança cultural, pois transformar o trabalho em saúde implica no enfrentamento de um *modus operandi* fragmentado e fragmentador, presente tanto na dimensão da construção dos saberes em saúde baseados na superespecialização, quanto na lógica compartimentada do processo de trabalho em saúde (Passos e Benevides, 2005).

A efetivação da política carece, ainda, de sintonia entre “o que fazer” com o “como fazer”, ou seja, um diálogo entre o conhecimento e a transformação da realidade, levando em consideração que a institucionalização via Estado não garante por si só a concretização da Humanização (Passos e Benevides, 2005).

Conforme documentos disponibilizados pelo Ministério da Saúde, os efeitos esperados com a implementação da PNH são a consolidação de cinco frentes:

- a) a diminuição das filas e do tempo de espera como resultado da ampliação do acesso, da utilização dos critérios de risco e da maior resolutividade das ações;
- b) a concretização da co-responsabilização, processo pelo qual todo usuário deverá saber quais são os profissionais que são responsáveis pelo seu atendimento assim como as unidades de saúde deverão saber quais são os usuários sobre sua responsabilidade;
- c) a garantia dos direitos dos usuários em lei e ampliação dos mecanismos participativos nos processos de cuidado;
- d) garantia para trabalhadores e usuários no processo de gestão participativa com investimentos em ambiência e educação permanente dos trabalhadores;
- e) implementação de atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde (Brasil, 2008).

A PNH pressupõe três grandes princípios norteadores, a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, autonomia e coresponsabilidade dos sujeitos envolvidos, prevê ainda diretrizes gerais e dispositivos. Dentre os dispositivos destaca-se o **Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST)** e a **Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP)** como iniciativas inovadoras no sentido de se pensar o trabalho e o trabalhador da saúde (Brasil, 2008).

A valorização do trabalho em saúde figura dentre as preconizações da PNH, e há consenso da importância de se pensar o trabalho em saúde e a saúde do trabalhador dentre os autores que se debruçam sobre a temática, porém, o que é o trabalho em saúde? e porque ele precisa ser valorizado? A que lógica o trabalho em saúde obedece?

A fim de compreender de que maneira a PNH se relaciona com o trabalhador e consequentemente com a dinâmica do trabalho na área da saúde, é imprescindível que haja compreensão do trabalho como um fenômeno que vem passando por mudanças tanto no que tange à sua representação quanto a sua organização, ou seja, é necessário uma recuperação histórica sobre os processos que atravessam o mundo do trabalho na atualidade.

Neste trabalho, parte-se da perspectiva segundo a qual Trabalho corresponde à forma pela qual o homem se relaciona com a natureza transformando-a e sendo transformado concomitantemente, por conta disso o trabalho é tido como categoria fundante do humano enquanto ser social, todavia, a forma capitalista de organização da produção imprime a ele características outras que não necessariamente atuam na transformação e evolução homem (Lessa, 2003).

Partindo deste referencial, pode-se dizer que o trabalho em saúde, em suas especificidades, constitui-se enquanto um processo em que o ato produzido é consumido instantaneamente, ou seja, o ato do cuidado é produzido pelo trabalhador da saúde e consumido pelo usuário do serviço no momento em que se dá o encontro entre estes dois sujeitos, encontro este carregado de potência e possibilidades de se transformar o instituído (Mehry, 2002). Ainda na perspectiva do trabalho em Saúde e levando em consideração os princípios e diretrizes do SUS há a prerrogativa de uma forma de se pensar a saúde, o cuidado e as relações estabelecidas com os outros setores da sociedade de modo revolucionário, sobretudo se analisado o fato do SUS ter em suas origens a relação com um movimento social organizado.

Entende-se então como potencialmente transformadores, tanto a Política Nacional de Humanização quanto o trabalho em saúde, porém, como está acontecendo o encontro entre estes dois elementos? Quais aspectos permeiam e constituem a vivência do sujeito que tem no ato de cuidar o seu trabalho em relação às suas condições materiais e subjetivas?

A busca por estas respostas constitui o objetivo último deste trabalho. Para isso, realizou-se uma revisão teórica em que se procurou apresentar não só a PNH, mas discutir, conceitualmente, o que se entende por humanização a partir de uma reflexão sobre o trabalho e o trabalho em saúde na Atenção Básica e na Estratégia Saúde da Família. O estudo também teve uma fase de campo, em que foi realizada uma coleta de dados acerca da vivência de trabalhadores atuantes na ESF. Para esta coleta foi utilizada como metodologia a entrevista com 4 trabalhadores vinculados a equipes de uma UBS situada no município de Maringá (PR). Para a análise dos dados, foi utilizada uma abordagem fenomenológica a fim de privilegiar as experiências relatadas pelos sujeitos tal como elas se deram no encontro entre os

mesmos e a pesquisadora. Num segundo momento da análise, foi feita uma discussão das experiências relatadas com o referencial teórico levantado anteriormente.

Dessa forma, o relato do estudo ora apresentado foi organizado da seguinte maneira. No capítulo II – Humanização no âmbito da Saúde Pública, é realizada discussão acerca da Humanização enquanto conceito apresenta-se também uma retrospectiva das ações vinculadas à humanização no Sistema Único de Saúde e posteriormente a conjuntura da atual Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS (PNH). O terceiro capítulo é destinado ao Trabalho, sendo abordadas as significações historicamente construídas, a perspectiva do trabalho enquanto produtor da humanidade do Homem bem como discussões concernentes as especificidades do trabalho em saúde. No capítulo IV – Percurso metodológico, são explicitadas questões referentes ao método fenomenológico e as características estruturais da pesquisa, tais como os procedimentos para coleta e análise dos dados e os participantes do processo. O capítulo V, denominado: A vivência das trabalhadoras na Estratégia de Saúde da Família tem por objetivo a apresentação dos dados coletados por meio das entrevistas, neste momento os dados encontram-se subdivididos em quatro unidades de significado, sendo elas: Condições Materiais de trabalho; Frustração, desânimo e outros sentimentos advindos do trabalho; A Humanização e A experiência do GTH e o elemento gestão. O capítulo seguinte: Compreendendo as vivências das trabalhadoras, é composto pela discussão das unidades de significado elencadas. Por fim são tecidas algumas reflexões no capítulo destinado às considerações finais.

Nada é impossível de mudar

*Desconfiai do mais trivial,
na aparência singelo.
E examinai, sobretudo, o que parece habitual.
Suplicamos expressamente:
não aceiteis o que é de hábito como coisa
natural,
pois em tempo de desordem sangrenta,
de confusão organizada,
de arbitrariedade consciente,
de humanidade desumanizada,
nada deve parecer natural
nada deve parecer impossível de mudar.*

Bertold Brecht

HUMANIZAÇÃO NO ÂMBITO DA SAÚDE PÚBLICA

A discussão da humanização do cuidado está presente no campo da Saúde há algum tempo, pois mesmo antes de se constituir enquanto programa, projeto ou política, as inquietações acerca do humano permeavam as instituições de Saúde.

O termo humanização, a partir de uma perspectiva laica, pode ser entendido por meio da recuperação de valores do humano, que por ventura encontram-se menosprezados ou solapados no cotidiano. Entende-se que a organização social contemporânea promove um afrouxamento dos suportes sociais e éticos e não só permite o individualismo e a intolerância à indiferença, como os impulsiona. Tais aspectos, somados à fluidez das relações e a falta de estímulo à reflexão acerca dos aspectos existenciais e morais do viver humano impelem à violência como uma forma de resolução de conflitos. (Rios, 2009).

Ao discutir o humano e o que lhe é intrínseco, é de fundamental importância problematizar a noção idealizada de Homem. Tal postura se justifica pelo fato de que a naturalização do “bom humano” incutiria necessariamente a responsabilização do trabalhador da saúde por práticas humanizadas, em detrimento da análise dos inúmeros elementos que compõem o complexo fenômeno da atenção à Saúde.

A essa constatação muitos têm apostado o diagnóstico genérico de serviços desumanizados. Daí, para explicações simplistas há um caminho aberto: a receita seria a catequese ou sensibilização dos trabalhadores de saúde para que adotassem posturas e comportamentos “cuidadores” – mais um neologismo inventado como saída mágica para um contexto complexo (Campos, 2005 p. 398).

Humanizar o cuidado e a gestão dos processos em saúde remete a um olhar atento para a essência concreta do sujeito, ou seja, trazer para o centro das discussões as peculiaridades e possibilidades do Homem enquanto ser de relações, desta forma:

Humanizar, então, não se refere a uma progressão na escala biológica ou antropológica, o que seria totalmente absurdo, mas ao reconhecimento da natureza humana em sua essência e a elaboração de acordos de cooperação, de diretrizes de conduta ética, de atitudes profissionais condizentes com valores humanos coletivamente pactuados (Rios, 2009 p. 12).

A utilização do termo Humanização, enquanto conceito-síntese, é bastante importante na medida em que realça diretamente os seres humanos, ao passo que se constata que um dos grandes problemas da lógica dominante na contemporaneidade é justamente o esquecimento desta dimensão. Campos (2005) elucida tal posição por meio da observação de fenômenos como a construção das políticas econômicas, que são avaliadas por sua capacidade de produzir estabilidade monetária e crescimento financeiro em detrimento das condições de vida dos sujeitos. No que tange ao setor saúde, é comum a redução dos usuários a objetos manipuláveis pelas práticas clínicas ou pela saúde pública.

Como se constitui este sujeito para o qual a humanização pretende olhar? Campos (2003) alerta para a tendência pós-moderna da compreensão dos fenômenos a partir de um olhar enviesado, e explicitado como, por exemplo, pela concepção dos neobiologicistas em que o humano é apenas uma síntese de suas combinações genéticas, ou dos neo-relativistas que advogam que tudo é intersubjetivo e conseqüentemente justificável. Defende-se a ideia de que a compreensão do humano deve contemplar, necessariamente, seus aspectos biológicos, subjetivos e sociais em constante relação.

Somos isso o tempo todo, misturado, inseparável, ao mesmo tempo. Não paramos de ser biológicos quando amamos ou nos submetemos. Continuamos a ser sujeito quando nos rebelamos contra as injustiças. Não deixamos de ser socialmente produzidos no momento do ódio mais intenso (Campos, 2003 p. 124).

A ênfase dada ao respeito e valorização da pessoa humana, proposta pelo conceito de humanização, traz para o campo da saúde a discussão da subjetividade e sua relevância para as relações.

A humanização reconhece o campo das subjetividades como instância fundamental para a melhor compreensão dos problemas e para a busca de soluções compartilhadas. Participação, autonomia, responsabilidade e atitude solidária são valores que caracterizam esse modo de fazer saúde que resulta ao final, em mais qualidade na atenção e melhores condições de trabalho. Sua essência é a aliança da competência técnica e tecnológica com a competência ética e relacional (Rios, 2009 p. 11).

Como a subjetividade aparece como fundamental para os projetos de humanização, principalmente em se tratando da humanização na saúde? Ayres (2001) aponta para a necessidade de entendermos a noção de subjetividade como algo em contínuo movimento, construção e reconstrução contínua e, sobretudo de dimensão relacional. Para o autor, no que tange ao cuidado, pensarmos as subjetividades em relação, ou seja, a intersubjetividade implica em atentarmos-nos as peculiaridades de um encontro entre dois mundos e as possibilidades de construção a partir desta relação. Martines e Machado (2010) ressaltam que a noção de subjetividade abarca ainda as concepções de sujeito em sua dupla significação, sujeito aquele que é submetido e aquele que realiza a ação, neste sentido toda ação de produção de cuidado é permeada por sujeitos e subjetividades em interação.

Outro elemento necessário para as discussões acerca da Humanização são os aspectos éticos, entendidos como instrumentos utilizados pelos homens com o objetivo de garantir a coesão social. A ética se constitui enquanto reflexão crítica das ações humanas com vistas à interpretação, discussão e problematização dos valores, princípios e regras morais que devem levar ao bom convívio social (Fortes 2004).

Vê-se então que posturas éticas e humanizantes envolvem o respeito aos valores e vivências de cada sujeito enquanto único, de forma a evitar qualquer possibilidade de discriminação negativa, perda de autonomia ou dignidade (Fortes 2004). Tal postura implica que a ética enquanto instrumento contrário a violência e favorável a humanização, deve ser pensada a partir das relações entre os sujeitos envolvidos na produção do cuidado, bem como das características institucionais postas.

O agir ético, neste ponto de vista, se refere à reflexão crítica que cada um de nós, profissional da saúde, tem o dever de realizar, confrontando os princípios institucionais com os próprios valores, seu modo de ser e pensar e agir no sentido do Bem... Claro que seria um ato de violência se, em nome da humanização, determinássemos quais os valores pessoais que cada um deve ter. Entretanto, na dimensão institucional, tratam-se de valores fundamentais para balizar a atitude profissional de todos com diretrizes éticas que expressem o que, coletivamente, se considera bom e justo. A ética, assim pensada, torna-se um importante instrumento contra a violência e a favor da humanização (Rios, 2009 p.13).

Nota-se, portanto, que tornar algo humanizado se vincula diretamente a dimensão relacional do fenômeno, todavia, se faz necessário a análise dos aspectos institucionais que

permeiam as relações no contexto das instituições de assistência a saúde, bem como a presença de nuances ideológicos que se materializam no cotidiano dos serviços por meio da organização do trabalho em saúde muito pautado, ainda, na racionalidade médica. Desta forma:

A necessidade de melhorar a qualidade das relações interpessoais e de valorizar a dimensão subjetiva e social das práticas de saúde produz uma importante reflexão sobre o processo de objetivação do sujeito que se dá a partir da constituição de uma racionalidade médica que transforma a história do sujeito em história da doença, privilegiando o atendimento neutro e impessoal, assim como uma reflexão sobre o processo de medicalização que transforma questões sociais, econômicas e políticas em problemas médicos passíveis de intervenção médica. (Almeida, 2005 p. 112).

No âmbito da assistência pública à saúde brasileira, as pesquisas realizadas com os usuários acerca de suas apreensões do atendimento em saúde, apontam para a extrema valorização da forma com que se dá o atendimento e a compreensão, por parte dos profissionais das demandas e expectativas apresentadas pelos usuários. Cabe salientar que, a partir desta percepção, tais elementos são prioritários, e mais valorizados do que outros aspectos como falta de profissionais, espaço físico e medicamentos. E é neste sentido que são pensadas as primeiras iniciativas de Humanização (Simões, Rodrigues, Tavares e Rodrigues 2007).

Acerca destas reflexões é possível ainda identificar elementos históricos que ajudam a compreender a fragilidade da comunicação, enquanto uma problemática da relação profissional-usuário, no contexto dos serviços de saúde.

A partir do século XIX quando há a organização do hospital nos moldes em que se conhece na atualidade, nota-se a organização hierárquica e sistemática dos espaços, enquanto estratégia de desenvolvimento da medicina moderna e da tecnologia médica. Tais medidas propiciam o aumento do acesso ao atendimento e grande desenvolvimento tecnológico, mas despreza uma série de fatores promovendo um afastamento entre profissional da saúde e usuário do serviço.

O não reconhecimento das subjetividades envolvidas nas práticas assistenciais no interior de uma estrutura caracterizada pela rigidez hierárquica, controle, ausência de direito ou recurso das decisões superiores, forma de circulação da comunicação apenas descendente, descaso

pelos aspectos humanísticos, e disciplina autoritária, fizeram do hospital um lugar onde as pessoas são tratadas como coisas e prevalece o desrespeito à sua autonomia e a falta de solidariedade (Rios, 2009 p.13).

Acompanhando as análises feitas por Michel Foucault, Reis, Marazina e Gallo(2004) apontam que a medicina, enquanto representante do discurso científico, se desenvolve por meio do afastamento das singularidades alicerçando-se sobre a generalidade dos “casos”. Este movimento afasta o sujeito de seu processo saúde-doença, na medida em que o profissional da medicina tranforma-se no único detentor de uma verdade absoluta e inquestionável sobre os corpos e as doenças. Para o paciente, em contrapartida, estas perspectivas medicalizantes oferecem, ainda que clinicamente, conforto à medida que os determinantes do seu adoecimento são diluídos.

A estas reflexões, Rios (2009) acrescenta a violência como outro elemento responsável pelo afastamento entre os profissionais e os usuários dos serviços de saúde. A autora explicita que a violência dentro das instituições deve ser compreendida a partir da perspectiva de um reflexo da organização macro social. As relações estabelecidas por meio de estruturas de dominação de classes sociais, grupos, gêneros e faixas etárias demonstram a tensão existente em torno de privilégios e posições de poder.

Neste sentido, é possível identificar diversas características da organização dos serviços de saúde como produtoras de violência institucional: o uso da disciplina e rigidez hierárquica para organização e controle do trabalho; supremacia do fenômeno biológico e da intervenção sobre um corpo descontextualizado; hegemonia do discurso médico em detrimento das outras disciplinas; formas de comunicação descendentes; dessubjetivação dos sujeitos envolvidos no processo e utilização do discurso do saber para o exercício do poder entre as categorias profissionais e para com os pacientes (Rios, 2009).

Destarte, as iniciativas de humanização podem ser entendidas também como uma reação à violência institucional, por meio da tentativa de recuperação do lugar das várias dimensões dos sujeitos que trabalham, ou recorrem às instituições de saúde. Tendo por objetivo, a desconstrução das relações de dominação e submissão existentes em tais instituições corroborando para a construção de saberes compartilhados promovendo o desenvolvimento de potências coletivas (Rios, 2009).

Deslandes (2004) afirma que a violência se apresenta nas instituições de saúde das mais diversas formas, podendo estar vinculada a aspectos físicos, psicológicos e simbólicos. A autora afirma que resgatar a humanidade no atendimento é ir contra a violência, ao passo

que esta representa a antítese do diálogo e a negação da humanidade do outro. Sobre as manifestações da violência no contexto das instituições de saúde, afirma:

A perpetração explícita da violência parece apontar situações limite, em que são rompidos contratos básicos de sociabilidade. E, diga-se de passagem, manifestações de violência também podem ter o usuário como agressor, muitas das vezes expressando o desespero de não obter o atendimento após ter peregrinado por várias instituições, entre tantos outros motivos (Deslandes, 2004 p. 09).

A discussão acerca da proteção contra a violência vincula-se a noção de direitos humanos, com o término da segunda guerra mundial em meados do século XX, frente à barbárie imposta pelo conflito por meio dos campos de extermínio e das armas químicas, imprime-se a necessidade de se refletir acerca do resgate dos valores do humano (Reis et al, 2004).

É neste contexto que a defesa do acesso à saúde enquanto direito passa a ser discutido. Em 1978 acontece a Conferência Internacional sobre cuidados primários à saúde, o relatório deste encontro, conhecido como declaração de Alma Ata, constitui-se enquanto um marco para a defesa do direito à saúde. Seu conteúdo contempla a indignação perante a desigualdade de acesso aos serviços de saúde e convoca ações de todos os setores da sociedade para garantia de tal acesso. De acordo com a declaração, os Estados tem por obrigação trabalhar na perspectiva da garantia do direito à saúde:

Os governos têm pela saúde de seus povos uma responsabilidade que só pode ser realizada mediante adequadas medidas sanitárias e sociais. Uma das principais metas sociais dos governos, das organizações internacionais e de toda a comunidade mundial na próxima década deve ser a de que todos os povos do mundo, até o ano 2000, atinjam um nível de saúde que lhes permita levar uma vida social e economicamente produtiva (Alma Ata, 1978).

No Brasil, a história da assistência pública à saúde, acompanha as transformações econômicas, políticas e sociais sofridas pela organização social do Estado brasileiro. A atual política de saúde do país foi instituída por meio do Sistema Único de Saúde (SUS) que teve o seu germe lançado na constituição de 1988 e sua legitimação por meio da lei federal 8.080 de 1990.

Os avanços e conquistas representados pela instituição de um sistema nacional e público de saúde tiveram suas origens vinculadas a um movimento popular, denominado movimento sanitário, que teve início em meados da década de 70. A insatisfação com questões tais como a desigualdade no acesso ao sistema de saúde, inadequação dos serviços às necessidades, qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações no período da ditadura militar, fez com que segmentos populares, trabalhadores da saúde e intelectuais se unissem em torno da exigência de melhores condições para o setor (Alves, 2004).

Entende-se que a força emancipatória de sujeitos protagonistas e engajados política e socialmente está no cerne da construção do SUS, à medida que se toma como inseparáveis a produção de saúde e a produção de sujeitos. Neste sentido, é possível vincular a discussão proposta pela Política Nacional de Humanização como resposta as demandas do sistema por meio da reativação do movimento constituinte do SUS (Passos e Benevides, 2005).

No que se refere ao campo da saúde no Brasil, o movimento sanitário e a constituição do SUS acontecem em anos onde o neoliberalismo cresce. Neste sentido, o SUS como política de Estado foi certamente uma forma de resistência a essa tendência mundial. Mas reconhecer a importância dessa conquista não pode significar um afastar-se do que está em sua base, a saber, a força emancipatória do movimento constituinte do SUS (Passos e Benevides, 2005 p.567).

1.1. Avanços e desafios: O histórico das propostas de Humanização.

A fim de alcançar melhor compreensão da configuração atual da Política Nacional de Humanização (Humanizaus) lançada pelo Ministério da Saúde em 2003, entende-se como necessário o entendimento dos caminhos pelos quais as propostas no âmbito da humanização percorreram historicamente.

De acordo com Fortes (2004) a discussão sobre práticas humanizadas em ambientes hospitalares tem início na década de 70 nos Estados Unidos, na ocasião, as reflexões giravam em torno dos direitos e deveres dos pacientes hospitalizados. A primeira iniciativa reconhecida institucionalmente data de 1972, quando fora emitida a declaração de direitos dos pacientes do Hospital Mont Sinai, em Boston. Em 1979, a comunidade Econômica Européia publica a Carta do doente usuário de Hospital, tal documento ressalta o direito do sujeito em

aceitar ou recusar os cuidados propostos pelas instituições de saúde, bem como garante a obrigatoriedade do fornecimento de informações concernentes às suas condições de saúde.

No Brasil, é possível aproximar o conteúdo da Lei 8.080 de 1990 que regula as ações e serviços de saúde no país com aspectos de humanização, sobretudo no que se refere à preservação da autonomia dos sujeitos em defesa de sua integridade física e moral, à igualdade da assistência à saúde e a garantia do direito à informação das pessoas assistidas sobre sua saúde. (Fortes, 2004).

Ações de outros setores da sociedade também confluem para a humanização das práticas da assistência à saúde, como as disposições do Estatuto da criança e do Adolescente (ECA) promulgado também no ano de 1990:

Como exemplo, encontramos em seu art. 3º, IV, disposições legais referentes aos indivíduos poderem decidir livremente, sobre a aceitação ou a recusa da prestação da assistência à saúde, ao direito a ser tratado com presteza, privacidade e respeito, assim como o de ser informado sobre seu estado de saúde e as alternativas possíveis de tratamento (Fortes, 2004 p. 31).

Enquanto ações específicas, as propostas formuladas pelo Ministério da Saúde surgem em resposta a insatisfação manifestada por usuários do serviço, trabalhadores da saúde e gestores, em relação à qualidade da assistência pública à saúde (Almeida, 2005).

Tais ações podem ser identificadas a partir do final da década de 90, no ano 2000, em que a humanização figura, inclusive, como tema da 11ª Conferência Nacional de Saúde: “Acesso, Qualidade e Humanização na Atenção à Saúde, com Controle Social”. Alguns programas ministeriais não tratam especificamente da humanização, mas por seus objetivos e propostas são vinculados à temática (Almeida, 2005).

Em 1999, visando identificar as queixas e possíveis irregularidades na assistência, o Ministério da Saúde abre um canal de comunicação com a população, por meio do projeto: Carta ao Usuário. Nessas cartas, os usuários recebiam a discriminação dos procedimentos realizados, dos materiais empregados e outros dados sobre sua internação. O objetivo era averiguar a qualidade do atendimento e pensar o controle dos recursos públicos. A análise das cartas tinha em vista a ação em pontos problemáticos do atendimento, para tornar os serviços mais eficazes e humanos, utilizando os recursos da melhor forma possível.

Entre os anos de 1999 e 2001 cerca de 3 milhões de usuários receberam tais cartas, destas, apenas 139.709 foram respondidas, constando 13.183 denúncias, 2.718 reclamações e 4.844 elogios (Almeida, 2005).

Do mesmo período data o Programa Nacional de Avaliação dos serviços Hospitalares (PNASH), instituído pela portaria GM/MS 3.408/1999. O PNASH tem por objetivo a disseminação da utilização dos dados da avaliação do serviço como instrumento para a gestão. E reafirma a importância de um trabalho sistematizado de escuta das opiniões dos usuários e gestores (Almeida, 2005).

O programa foi realizado nos anos de 2001 e 2002 e previa a aplicação anual de questionários, aplicados por técnicos da vigilância sanitária e de controle, avaliação e auditoria, em todos os serviços de pronto atendimento, internação e ambulatórios da rede pública, resultou na classificação dos serviços em nível de qualidade péssimo, ruim, regular, bom e ótimo (Almeida, 2005).

Ainda na linha da avaliação dos serviços de saúde, surge em 2004 a proposta do Programa Nacional de Avaliação dos Serviços de Saúde (PNASS), que objetiva avaliar os serviços através de indicadores de eficiência, eficácia e efetividade das estruturas processos e resultados, referentes à satisfação dos usuários, acesso e risco. O programa se efetiva por meio de quatro dimensões avaliativas: padrões de conformidade; indicadores; satisfação dos usuários e condições e relações de trabalho (Almeida, 2005).

Inserido no Projeto estratégico avaliação e certificação dos serviços de saúde de 1997/1998, encontra-se o Programa de Acreditação Hospitalar. A acreditação é entendida como um método de avaliação voluntária dos recursos institucionais:

A acreditação, segundo o Ministério, é um método de consenso, racionalização e ordenação das instituições hospitalares e, principalmente, de educação permanente dos profissionais, que tende a garantir a qualidade da assistência por meio de padrões previamente estabelecidos (Almeida, 2005, p.62).

Afim de identificar as especificidades deste programa, foi criada pelo Ministério da Saúde (Portaria GM/MS 538 de 2001) a Organização Nacional de Acreditação(ONA), uma entidade composta por representantes de diversos segmentos da sociedade que tem por objetivo o credenciamento das agencias acreditadoras, atuando em parceria com o Ministério da Saúde. O processo era composto por quatro fases: 1) um período de pré-acreditação em

que a própria instituição se avalia; 2) um período em que as instituições acreditadoras recolhem os dados; 3) um período de contratação da instituição acreditadora e, 4) a fase de aprovação realizada pela ONA que prevê o certificado de acreditação com validade de três anos (Almeida, 2005).

Em 2000 é criado o Programa Centros Colaboradores para a qualidade da assistência hospitalar que objetivava a troca de conhecimento entre os centros colaboradores e os hospitais clientes a fim de possibilitar a humanização do atendimento e o melhor aproveitamento dos recursos humanos e financeiros. O programa alcançou em 2003 a marca de 90 hospitais participantes, sendo 30 centros colaboradores e 60 hospitais clientes (Almeida, 2005).

Já em 2003, o Ministério da Saúde em parceria com o Conselho Nacional dos secretários de saúde (Conass), realiza a pesquisa: A saúde na opinião dos brasileiros. As demandas encontradas voltavam-se para às filas nas emergências, o tempo de espera pela realização de exames e as relações com os profissionais. Em resposta, o Ministério promoveu a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e a regulação de leitos hospitalares, bem como a qualificação do atendimento nos grandes hospitais de urgência. Além do implemento tecnológico foram criados grupos de humanização no contexto hospitalar e outras ações neste sentido, tais como:

Além da reforma das emergências, propõe o estabelecimento de ações de acolhimento aos pacientes que chegam às emergências, acabando com as filas que se formam fora dos hospitais; realização de triagem classificatória, priorizando os casos mais graves; criação de sistemas de sinalização que facilitem a autonomia do usuário; reorganização e informatização da área assistencial; e implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU/192. (Almeida, 2005 p.66).

Ainda na perspectiva de programas vinculados a dimensão da humanização, houve programas relacionados aos cuidados com a maternidade e o puerpério, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e a Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Humanização no Pré-Natal – Método Canguru, ambos do ano 2000 (Passos e Benevides, 2005).

Em 2001, o Ministério da Saúde lança o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que tem por objetivo aprimorar as relações entre os

profissionais e entre os profissionais e os usuários, além de melhorar a qualidade das relações entre a comunidade e o hospital. Acerca das demandas que impuseram ao Ministério a necessidade de se pensar um programa de humanização para o ambiente hospitalar, prevalece as relacionadas à comunicação:

Finalmente, como costura de todas as demandas e problemas diagnosticados, os documentos apontam a deficiência do diálogo, a debilidade do processo comunicacional entre profissionais e usuários e entre profissionais e gestores, repercutindo de forma negativa no cuidado prestado. O desrespeito à palavra e a falta de troca de informações, a debilidade da escuta e do diálogo promoveriam a violência, comprometeriam a qualidade do atendimento e manteriam o profissional de saúde refém das condições inadequadas que não raro lhe imputam desgaste e mesmo sofrimento psíquico (Deslandes, 2004 p.10).

O Manual do programa, proposto pelo Ministério da Saúde, afirma o compromisso do PNHAH com o fortalecimento e ampliação de todas as iniciativas existentes no âmbito da humanização hospitalar, com a melhoria da eficácia e qualidade da atenção dispensada aos usuários dos hospitais, com a modernização das relações de trabalho, com a capacitação dos profissionais vislumbrando uma nova concepção de saúde na perspectiva da vida humana e da cidadania, com o desenvolvimento de um conjunto de parâmetros para a análise de resultados e incentivo das ações de humanização e com a difusão de uma nova cultura de humanização da rede hospitalar (Brasil n.d.).

O programa confere especial atenção para a função da linguagem, afirma ser por meio desta que nos tornamos humanos e construímos redes de significados que, compartilhadas conferem a dimensão de identidade cultural. Aponta também na direção das nuances negativas possibilitadas pela linguagem, a exemplo da violência simbólica. Neste sentido, entende por humanização:

Então, o que é humanizar? Entendido assim, humanizar é garantir à palavra a sua dignidade ética. Ou seja, o sofrimento humano e as percepções de dor ou de prazer, para serem humanizados, precisam tanto que as palavras que o sujeito expressa sejam reconhecidas pelo outro, quanto esse sujeito precisa ouvir do outro palavras de seu reconhecimento. Pela linguagem, fazemos as descobertas de comunicação com o outro, sem o que nos desumanizamos reciprocamente (Brasil n.d).

A aposta no diálogo e na capacidade humana da comunicação, surge em resposta às demandas apresentadas e representa um compromisso para com a pessoa que sofre. A partir desta perspectiva a PNHAH prevê duas grandes áreas de trabalho, uma delas vinculada ao atendimento dos usuários e outra ao trabalho dos profissionais. Propor o olhar para o trabalhador enquanto estratégia de humanização do cuidado pode ser considerado como um avanço substancial das ações em curso:

Um forte diferencial sentido em relação às propostas de “direitos dos usuários” é que o Programa incorporou a preocupação com a valorização, a capacitação e o desenvolvimento dos trabalhadores do setor saúde, dos encarregados da *tarefa do cuidar*. As políticas de saúde devem proporcionar as condições necessárias para o exercício das tarefas cotidianas e devem criar condições para que os que cuidam possam também ter suas necessidades satisfeitas (Fortes, 2004 p.33).

Enquanto estratégia ou metodologia, o manual propõe três recomendações: Gestão participativa, participação na rede nacional de Humanização e formação de grupos de trabalho de humanização hospitalar (G.T.). Estes últimos são definidos como espaços coletivos, democráticos, organizados e participativos com o objetivo de promover um resgate da humanização na assistência em prol dos trabalhadores e usuários dos serviços hospitalares. (Brasil, n.d.).

O programa deveria ser implantado levando-se em consideração as características reais de cada hospital, e sugere seis passos para a implementação das três grandes recomendações, sendo eles: 1) a sensibilização da gestão hospitalar, 2) a constituição dos grupos de trabalho e humanização, 3) a tomada dos parâmetros de humanização para avaliar a realidade do hospital e planejar ações de humanização, 4) a realização de um diagnóstico da situação hospitalar em termos de serviço humanizado, 5) elaboração e implementação de um plano operacional de ação e humanização e 6) avaliação de resultados da implantação do processo de humanização (Brasil, n.d.).

Nota-se, portanto, que o PNHAH resultou de políticas pensadas e implementadas a partir de reivindicações de direitos dos usuários, ou seja, atenção com acolhimento e resolutividade, assim como dos trabalhadores em busca de melhores condições de trabalho.

Todavia, críticos da ideia da humanização da assistência pontuam o caráter fragmentário do programa, ressaltando que na maioria das vezes as alterações não chegam a problematizar os modelos de atenção e gestão hegemonicamente instituídos (Passos e Benevides, 2005).

Almeida (2005) afirma que embora o PNHAH tenha alcançado resultados importantes, mostrou-se insuficiente em alguns pontos, como a fragilidade político-administrativa representada pela pouca capilaridade intrasetorial que implica em pouca vinculação com outros projetos de humanização, ou mesmo com as secretarias de saúde, sendo restrita aos hospitais.

Neste sentido e visando difusão da noção de humanização para toda a rede de assistência pública à saúde, é apresentada em outubro de 2003 a Política Nacional de Humanização da atenção e gestão no Sistema Único de Saúde (PNH) conhecida também como HUMANIZASUS. Acerca do movimento de construção desta política, bem como do contexto em que surge, destaca-se as falas de Regina Benevides e Eduardo Passos, membros da equipe técnica de criação da PNH :

Havia escolhas, de um lado, que visavam aos “focos e resultados dos programas” e, de outro, que problematizavam os processos de produção de saúde e de sujeitos, no plano mais amplo da alteração de modelos de atenção e de gestão. Neste contexto, apresentava-se para nós não só um desafio, mas principalmente a urgência de reavaliar conceitos e práticas nomeadas como humanizadas. Identificada a movimentos religiosos, filantrópicos ou paternalistas, a humanização era menosprezada por grande parte dos gestores, ridicularizada por trabalhadores e demandada pelos usuários (Passos e Benevides, 2005 p.562).

1.2. Humanizaus: A Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS (PNH).

A PNH surge como um instrumento para reafirmar o Sistema Único de Saúde em seus aspectos constitucionais, isto porque se entende que apenas a inscrição legislativa do sistema não garante por si só sua efetivação, levando em conta que o projeto de construção do SUS é uma reforma em movimento e carrega consigo orientações ético-políticas que devem ser perseguidas ainda que em um horizonte utópico (Pasche, 2009).

O movimento de construção e a necessidade de reafirmar e operar o SUS, por meio da PNH, advém da análise da própria configuração e funcionamento de uma política pública atravessada que é por uma gama de interesses, por vezes antagônicos e dissonantes em relação a objetivos e prioridades (Pache, 2009).

Humanizar, no entendimento proposto pela PNH, não diz respeito a qualquer noção de Homem ideal ou idealizado, assim, também não prevê que os sujeitos envolvidos portem-se de tal ou qual maneira, pelo contrário, a proposta é que a humanização se dê nas práticas cotidianas e a partir delas, uma construção compartilhada por sujeitos que tem suas experiências de vida interlaçadas pelos serviços de saúde (Brasil, 2011).

Assim, para o SUS humanizar é valorizar usuários, gestores e trabalhadores implicados no processo de produção de saúde e sujeitos, fomentando autonomia e protagonismo tanto dos sujeitos individuais quanto dos coletivos organizados, aumentando respectivamente o grau de co-responsabilidade. Humanizar é também estabelecer, por meio da participação coletiva nos processos de gestão, vínculos solidários em prol da construção da mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo por base a indissociabilidade desses processos. Melhoria nas condições de trabalho e atendimento, reconhecimento das diversidades e compromisso com a formação dos trabalhadores também fazem parte do projeto de humanização proposto pela PNH (Brasil, 2008).

Vale salientar que a proposta da PNH se configura a partir de experiências exitosas vivenciadas no âmbito da assistência, seus princípios, diretrizes, método e dispositivos foram resultado do acúmulo produzido nas práticas de atenção e gestão construídas dentro do próprio sistema. As experiências do SUS que dá certo impulsionam a construção desta política que se localiza entre os problemas e contradições a serem enfrentados e as possibilidades concretas de enfrentamento, visando contaminar a todos com o espírito das experiências positivas. Desta forma:

Esta é uma sensível e radical diferença, um importante deslocamento para o enfrentamento das contradições do SUS, pois ali onde se anunciava o problema (os modos de gerir e de cuidar), onde se localizavam as dificuldades mais radicais (ação autônoma dos sujeitos) e a impossibilidade da construção de planos de ação comum (relação entre sujeitos com interesses e necessidades não coincidentes) é que se vai buscar a força e a possibilidade da produção da mudança. Ação de contágio e afecção pelo SUS que dá certo, que “dá certo” como modo de fazer e como direção ético-política (Pasche, 2009 p. 704).

Em relação aos principais desafios a serem enfrentados, destaca-se a necessidade de:

- 1) qualificação no sistema de co-gestão;
- 2) a criação de um sistema de saúde em rede superando o isolamento entre os serviços e níveis de atenção aumentando a transversalização e comunicação;
- 3) fortalecimento, qualificação e ampliação da atenção básica enquanto estratégia organizadora da rede;
- 4) o fortalecimento dos processos de regionalização solidária e cooperativa;
- 5) a consideração da diversidade epidemiológica e cultural do país;
- 6) a diminuição da interferência privada na organização do SUS;
- 7) a superação do entendimento medicalizante e fortalecimento da noção de saúde como produção social, econômica e cultural;
- 7) a garantia de recursos suficientes para o financiamento do sistema;
- 8) a superação da fragmentação do processo de trabalho e das relações profissionais;
- 9) o fomento de estratégias de valorização do trabalhador da saúde promovendo melhoria nas condições de trabalho e qualificação profissional e
- 10) a ratificação do compromisso ético-político dos serviços de saúde em defesa da vida (Brasil, 2008).

Instituída enquanto política, e não mais programa, a PNH pretende a transversalidade, ou seja, a atuação em todos os níveis de assistência, ações e instâncias propostas pelo SUS. Para tanto, está implicada em promover a tradução dos princípios do SUS em modos concretos de operar os equipamentos de atenção à saúde, por meio da construção de trocas solidárias para efetivação da produção do cuidado e de sujeitos. Pretende ainda oferecer um eixo articulador entre as práticas em saúde com destaque para os elementos subjetivos a elas vinculados, além de contagiar os sujeitos da rede por atitudes e ações humanizadoras que partem de dificuldades concretas, mas também da experiência positiva concreta de trabalhadores e usuários, desconstruindo a noção idealizada de Homem e apostando na potencia das relações estabelecidas entre os sujeitos (Brasil, 2008).

Dentre os empasses encontrados na ocasião da instituição da PNH destacam-se os vinculados à dificuldade em lidar com os aspectos subjetivos do processo saúde-doença que culmina em um afastamento entre profissional da saúde e usuário do serviço, é possível vincularmos tais fenômenos a aspectos inerentes do modelo biomédico de atenção à saúde, que tem suas raízes no período de desenvolvimento da medicina científica e que é identificado enquanto hegemônico nas práticas e no processo de formação profissional, assim:

Se enfocarmos a relação do profissional de saúde-paciente, delimitada no contexto do exercício da racionalidade médico-científica, perceberemos que as bases desta comunicação de fato se estreitam. A objetividade positivista, modelo por excelência da

medicina científica, vai defender a idéia da neutralidade e exterioridade em face do objeto de estudo (que não mais será o doente, mas a doença). O doente passará então a ser visto como o corpo doente, será o porta-voz da doença e sua narrativa será filtrada, conduzida de forma ortopédica à clareza e objetividade das informações desejadas pelo médico (Deslandes, 2004 p.11).

Tais afirmações realçam o quão complexo é pensar a humanização do serviço de saúde, tendo em vista a ampla gama de fatores envolvidos neste processo. As interações entre os sujeitos – trabalhador da saúde e usuário- devem ser analisadas a partir da prerrogativa que ambos estão inseridos e influenciados por lógicas culturais que os compõe, sendo assim seus encontros e possíveis desencontros podem ser pensados por meio destes pressupostos (Deslandes, 2004).

Em resposta a esta complexidade a PNH propõe princípios norteadores, entendidos como o que deve causar as ações permeando as relações no âmbito da assistência, são eles: A *Transversalidade* que prevê transformações dos modos de se relacionar e de se comunicar entre os sujeitos envolvidos provocando a desestabilização e reconstruindo as relações de saberes e poderes instituídos, a *Indissociabilidade entre a atenção e a gestão em saúde* tendo em vista que são processos mutuamente determinados e influenciados, contemplando também a inseparabilidade entre clínica e política, produção de saúde e produção de sujeitos no sentido de se promover a integralidade do cuidado em consonância com a integração dos processos de trabalho e, por fim, o *Protagonismo, Coreponsabilidade e Autonomia dos sujeitos e dos coletivos* na medida em que as alterações advindas de mudanças alcançadas por base na participação dos sujeitos tornam-se mais efetivas quando partilhadas (Brasil, 2008).

Enquanto método, o caminho para que se alcancem estes princípios, a PNH postula uma metodologia denominada *método da tríplice inclusão*, em que prevê que sejam incluídos **todos os sujeitos envolvidos** (usuários, gestores e trabalhadores) nos arranjos, processos e dispositivos tanto da gestão quanto da clínica individual/coletiva. Por meio das rodas de conversa a ideia é colocar estes sujeitos em contato e que de seus encontros frutifiquem entendimentos e ações comuns, prevê também a inclusão dos **fenômenos que desestabilizam os modelos tradicionais** pela análise coletiva dos conflitos que implica em repensar o instituído. Para Pasche (2009) trata-se da inclusão mais audaciosa da PNH, isto por que:

[...] o encontro de alteridades não pode ser compreendido apenas como abertura à participação em direção aos usuários e trabalhadores para uma maior aderência a

prescrições heterônomas, ou para simples melhorias nos processos de gestão convencional das organizações. Incluir o outro implica atitude generosa que suscita alteração nas relações de poder entre os sujeitos. Alterar relações de poder requisita deslocamentos e ressignificação dos lugares e posições que se ocupam na relação com o outro na perspectiva da produção de corresponsabilização; o que exige, por sua vez, relativizar construções prévias ao encontro, para nele produzir ação comum. Isto não quer dizer abrir mão da tradição, da ciência, de mandatos sociais, mas utilizá-los como recursos para a coprodução de saúde. Incluir o outro e incluir a perturbação desta inclusão impõe a necessidade de lidar de forma menos paranóica com a diferença; e a lidar com/e gerir conflitos, entendidos como espaços de abertura, de passagem do outro, condição necessária para a produção de mudança (Pasche, 2009 p.705).

O ultimo elemento desta tríplice, relaciona-se a inclusão dos **coletivos**, tanto dos movimentos sociais organizados quanto dos coletivos de trabalhadores, o fomento das redes sociais pressupõe a ampliação das mudanças no sentido da efetivação de mudanças políticas bem como a construção de novos sujeitos ativos (Pasche, 2009, Brasil, 2008).

Para sua implementação, a PNH pressupõe eixos de ação, que tem por objetivo sua institucionalização assim como a difusão das estratégias e, sobretudo, a apropriação da sociedade dos resultados da política. No eixo das instituições do Sistema Único de Saúde é proposto que a PNH faça parte dos planos Nacional, Estadual e Municipal, em relação ao financiamento, pressupõe-se a integração dos recursos vinculados aos programas de humanização e o repasse fundo-a-fundo dos mesmos mediante o compromisso dos gestores para com a PNH. No eixo da atenção, propõe-se incentivo as ações integrais, promocionais e intersetoriais em saúde, provocando inovações nos processos de trabalho para a busca de compartilhamento do cuidado, objetivando o aumento da autonomia e protagonismo dos sujeitos. A inclusão e divulgação da PNH no debate da saúde são identificadas como estratégias do eixo informação/comunicação. Para a gestão do trabalho: “propõe-se a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, o autodesenvolvimento e o crescimento pessoal” (Brasil, 2008 p.35). No eixo vinculado a educação permanente em saúde propõe-se que o conteúdo da PNH figure entre os componentes curriculares dos cursos de graduação e pós-graduação bem como dos processos de educação permanente dos trabalhadores do sistema. O último eixo vincula-se à própria gestão da PNH e visa acompanhar e avaliar as ações além de propor pesquisas que respondam

as necessidades para a melhoria da Política e conseqüentemente do próprio SUS. (Brasil, 2008).

Enquanto Diretrizes, entendidas como orientações gerais da Política, é previsto que o método da inclusão se expresse por meio dos movimentos da Clínica Ampliada, da Co-gestão, do Acolhimento, da Valorização do trabalho e do trabalhador, da defesa dos direitos do Usuário, do fomento das grupalidades, coletivos e redes e da construção da memória do SUS que dá certo (Brasil, 2008).

Em relação à dimensão ampliada da Clínica, temos que é consolidada à medida que se assume um compromisso radical com o usuário do serviço visto como um sujeito singular que se efetiva por meio da responsabilidade do serviço de saúde para com os usuários. Ademais, defende-se a prerrogativa do reconhecimento das limitações do conhecimento científico e da alta tecnologia utilizada, buscando compor com conhecimentos advindos de diferentes setores, inclusive do usuário do serviço, visando assumir um compromisso ético profundo com a produção de saúde e de sujeitos (Brasil, 2004).

Para que o tratamento seja efetivo e se altere a condição do sujeito usuário é preciso que ele esteja envolvido com seu processo de cuidado, desta forma torna-se essencial compartilhar com este sujeito seu diagnóstico e as possíveis condutas para o tratamento de seu estado. Parte-se do pressuposto que existem três enfoques para organização do trabalho em saúde, o biomédico, o psicológico e o social, por meio dos quais a Clínica Ampliada caminharia:

A Clínica Ampliada, no entanto, não desvaloriza nenhuma abordagem disciplinar. Ao contrário, busca integrar várias abordagens para possibilitar um manejo eficaz da complexidade do trabalho em saúde, que é necessariamente transdisciplinar e, portanto, multiprofissional. Trata-se de colocar em discussão justamente a fragmentação do processo de trabalho e, por isso, é necessário criar um contexto favorável para que se possa falar destes sentimentos em relação aos temas e às atividades não-restritas à doença ou ao núcleo profissional (Brasil, 2009 p.14).

Para tanto, são elencados cinco eixos fundamentais que auxiliam na compreensão da proposta: 1) a compreensão ampliada do processo saúde-doença, 2) a construção compartilhada dos diagnósticos e terapêuticas, 3) a ampliação do 'objeto de trabalho', 4) a transformação dos 'meios' ou instrumentos de trabalho e 5) o oferecimento de suporte para os profissionais de saúde (Brasil, 2009).

A ampliação da compreensão do processo saúde-doença carece de que sejam analisados os diferentes elementos que o influenciam, ou seja, compreender que a doença não se relaciona apenas com os aspectos fisiopatológico dos sujeitos. Questões como a correlação de forças na sociedade em suas facetas cultural, econômica e étnica influenciam sobremaneira na condição de saúde. A partir desta concepção torna-se possível pensar outras formas de se produzir saúde e sujeitos, buscar elementos diversos para compreender o processo saúde-doença implica em reconhecer o saber do usuário sobre seu sofrimento e assim, construir junto dele diagnósticos e terapêuticas coerentes. Tal prática, é importante também para sujeito trabalhador na medida em que reconhece a complexidade da atenção e o desamparo advindo de práticas individualistas, conseqüentemente o objeto de trabalho passa por uma ampliação, levando em conta que as patologias atingem pessoas, e são estes sujeitos concretos localizados historicamente o objeto do trabalho em saúde, contrariando a lógica da superespecialização:

As organizações de saúde não ficaram imunes à fragmentação do processo de trabalho decorrente da Revolução Industrial. Nas organizações de saúde, a fragmentação produziu uma progressiva redução do objeto de trabalho através da excessiva especialização profissional. Em lugar de profissionais de saúde que são responsáveis por pessoas, tem-se muitas vezes a responsabilidade parcial sobre “procedimentos”, “diagnósticos”, “pedaços de pessoas”, etc. A máxima organizacional “cada um faz a sua parte” sanciona definitivamente a fragmentação, individualização e desresponsabilização do trabalho, da atenção e do cuidado (Brasil, 2009 p.16).

Na perspectiva da Clínica Ampliada, pessoas se responsabilizam por pessoas, e neste contexto estratégias como o apoio matricial e as equipes de referência auxiliam na superação da fragmentação do trabalho em saúde. Para tanto, é preciso que sejam transformados os meios ou instrumentos de trabalho, proporcionando dispositivos que viabilizem a comunicação transversal tanto entre os membros da equipe quanto entre as equipes, além de técnicas relacionais que proporcionem escuta qualificada (Brasil, 2009).

Afunilando o sentido das diretrizes, são propostos alguns dispositivos, entendidos como a atualização das diretrizes de uma política em arranjos de processos de trabalho. Neste sentido os dispositivos da PNH são: 1) o Grupo de Trabalho e Humanização (GTH) e a Câmara de Humanização (CTH); 2) colegiado gestor; 3) contrato de gestão; 4) sistema de escuta qualificada para usuários e trabalhadores; 5) visita aberta e direito à acompanhante; 6)

Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP); 7) Equipe transdisciplinar de Referência e de Apoio Matricial; 8) Projetos Co-Geridos de ambiência; 9) Acolhimento; 10) Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva; 11) Projeto Memória do SUS que dá certo (Brasil, 2008).

Julgamos serem os dispositivos de Grupo de Trabalho e Humanização, Acolhimento e Programa de Formação em Saúde do trabalhador/Comunidade Ampliada de Pesquisa os elementos que mais se aproximam dos objetivos da presente pesquisa por tratar de questões bastante vinculadas ao trabalho em saúde, de modo que pretendemos dirigir um olhar mais aguçado sobre eles.

O Acolhimento enquanto postura prática nas ações de atenção e gestão é um dos elementos de maior relevância ética, estética e política da PNH. Ética no que tange ao compromisso de reconhecimento do outro em suas necessidades e diferenças, estética a medida que visa contribuir para a dignificação da vida e da construção da humanidade do Homem e política ao passo que se refere ao compromisso firmado com o envolvimento que potencializa protagonismo e vida dos encontros entre sujeitos (Brasil, 2006 a).

Nota-se, portanto, que a noção de Acolhimento extrapola a dimensão tradicionalmente vinculada, entendida por vezes como a dimensão espacial da chegada do usuário, por vezes como a triagem administrativa e encaminhamentos do atendimento. Ressalta-se que estas noções são também importantes, todavia, quando tidas isoladamente não correspondem a ideia de acolhimento como o ‘ato de estar com’ e tão pouco se relaciona com outros dispositivo na dimensão da construção dos serviços. O Acolhimento deve corresponder a uma atitude permanente que tem o coletivo como plano de produção da vida, o cotidiano enquanto cenário de reprodução e criação de diferentes modos de vida levando em consideração a indissociabilidade dos modos de estar no mundo e de constituição dos sujeitos (Brasil, 2006 a).

O Acolhimento pode ser entendido também como uma ferramenta que pautada na tecnologia do encontro provoca afetações que afirmam as potências advindas dos sujeitos em relação. Entendido como ação que deve ocorrer a todo instante e em todos os pontos do Sistema, implica, dentre outras coisas, em:

[...] uma reorganização do serviço de saúde a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a intervenção de toda a equipe multiprofissional encarregada da escuta e da resolução do problema do usuário; -mudanças estruturais na forma de gestão do serviço de saúde, ampliando os espaços democráticos de

discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas. A equipe neste processo pode também garantir acolhimento para seus profissionais e às dificuldades de seus componentes na acolhida à demanda da população (Brasil, 2006 a p.20).

Assim, o Acolhimento enquanto postura do encontro possibilita a análise de elementos como a qualidade do ato da escuta e conseqüente formação de vínculos, as formas de organização dos serviços, e a humanização das relações bem como a governabilidade das equipes locais e os modelos de gestão vigentes nos equipamentos de saúde (Brasil, 2006 a).

O dispositivo Grupos de Trabalho de Humanização (GTH) se refere aos coletivos de pessoas que tem por objetivo a intervenção na melhoria dos processos de trabalho e na qualidade da produção de saúde, podem ser instituídos em qualquer aparelho do SUS, desde as instituições que diretamente prestam serviços a população até as instancias gestoras do sistema. (Brasil, 2006).

Os grupos devem ser compostos por sujeitos interessados na discussão da dinâmica do trabalho em saúde, das relações estabelecidas entre trabalhadores e usuários, bem como da qualidade dos serviços prestados. Acerca da composição dos grupos:

Todos podem participar desses grupos: trabalhadores, técnicos, funcionários, gestores, coordenadores e usuários, ou seja, todos aqueles que estejam implicados na construção de propostas para promover as ações humanizadoras que aprimorem a rede de atenção em saúde, as inter-relações das equipes e a democratização institucional nas unidades de prestação de serviço ou nos órgãos das várias instâncias do SUS. A participação dos gestores nos GTHs mostra a relevância da construção coletiva na produção de saúde e a prioridade da humanização no plano de governo (Brasil, 2006 p.06).

A ideia é que por meio da construção de um grupo as pessoas se aproximem, possibilitando a transformação dos vínculos e o estabelecimento de um ambiente propício para o compartilhamento das dificuldades cotidianas, bem como de seu enfrentamento com o fortalecimento do coletivo (Brasil, 2006).

Ainda na perspectiva do coletivo enquanto força criadora é possível situar os dispositivos de Comunidade Ampliada de Pesquisa (CAP) e Programa de Formação em Saúde e Trabalho (PFST). Tais dispositivos atuam na interface trabalho e saúde, porém afastam-se das análises descritivas tradicionais que se localizam na descrição das atividades e possíveis disfunções patológicas delas advindas. Nesta concepção, os trabalhadores são tidos como

executores de tarefas e vítimas do processo de trabalho ignorando as potencialidades da ação de trabalhar enquanto forma de enfrentamento (Barros, Santos-Filho, Silva e Gomes, 2010).

A prerrogativa proposta pela PNH pretende a compreensão das relações entre trabalho e saúde a partir do entendimento do trabalho enquanto forma de se produzir saúde, uma vez que o conceito de Saúde passa a ser entendido como “ uma certa capacidade de se submeter às crises para instaurar uma nova ordem, diferente da anterior. Saúde implica, portanto, a possibilidade de cair doente e de se curar” (Barros, Mori e Bastos, 2006 p.35). Logo, não é possível dissociar a experiência do trabalho da experiência da saúde, e os locais de trabalho transmutam-se em locais para a luta pela saúde.

Neste sentido é que tanto o trabalhador da saúde quanto seus ambientes de trabalho são vistos em constante transformação, dado que o trabalho se institui entre as prescrições das funções e as necessidades de alterá-las com vistas para as especificidades da situação bem como para a necessidade de criar alternativas às situações que podem gerar sofrimento. O ideal é que haja um equilíbrio entre estes componentes do trabalho em saúde (Brasil, 2011). Ao processo constante de criação e produção de novos conhecimentos frente às situações de trabalho dá-se o nome de gestão, desta forma:

A esse processo de reinvenção/negociação permanente em nosso cotidiano de trabalho chamamos de gestão, pois o trabalhador é produtor de saberes, novidades e estratégias que fazem o trabalho acontecer. Portanto, o trabalhador também é gestor do processo de trabalho. Trabalhar é gerir e inventar. Gerir e inventar junto com os outros, pois a forma como nos organizamos para trabalhar não difere da forma como o trabalho acontece. E essa gestão não depende exclusivamente daqueles que ocupam os cargos de gestores ou dos chamados especialistas (Brasil, 2011 p. 29).

Quando não existe a dimensão extra-prescrições, ou seja, quando não há possibilidades de invenção criativa e gestão do próprio trabalho é possível pensar em um encontro profissional-usuário deficitário e uma supremacia dos saberes formais em detrimento da potência inventiva, assim tem-se uma configuração do trabalho capturado:

Trata-se da crítica ao trabalho capturado por seu gerenciamento, por sua protocolização, por sua corporativização ou pelas racionalidades em que se inscreve ou de onde se desdobra. A análise - ou censura - é a de que o profissional coletivo da saúde, ao atuar no cotidiano dos serviços, junto aos usuários, está submetido a

ordenamentos que definem, de forma imperativa, suas formas de agir/pensar na prestação da atenção ou no exercício da clínica. Dizemos, portanto, que uma ordem profissional ou as condições de trabalho realizam a captura do profissional, que não age e nem pensa por si mesmo, atua como refém de políticas da atenção (modelos assistenciais), tal como vigentes em sua corporação profissional ou nos sistemas e serviços de saúde (Mehry & Ceccim, 2006 p.532-533).

A PNH aposta na dimensão micropolítica para o embate a esta situação, entendendo que por sua constituição os sujeitos tendem a produzir incessantemente estratégias para se defender de situações adversas e não adoecer, todavia, tais enfrentamentos geralmente acontecem em nível individual e justamente por isto torna-se ainda mais importante a criação e investimento em espaços de compartilhamento de experiências tais como o CAP e o PFST (Brasil, 2011).

O Programa de Formação em Saúde e Trabalho como dispositivo da PNH tem como referencia a experiência realizada por pesquisadores da FIOCRUZ, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, da Universidade Federal da Paraíba e da Universidade Federal do Espírito Santo em escolas públicas em um projeto denominado Programa em Saúde, Gênero e Trabalho e se constitui enquanto um instrumento de formação e pesquisa com vistas a defesa da vida e da saúde no trabalho (Barros, Mori e Bastos, 2006).

A ideia é que por intermédio do PFST os trabalhadores consigam acentuar o olhar para as causas do adoecimento e do sofrimento em seus locais de trabalho, para que conseqüentemente sejam encontradas estratégias de mudanças que contribuam para a construção de ambientes de trabalho favoráveis à saúde, levando em consideração que os trabalhadores não somente reagem às situações postas, mas são capazes de criar formas mais saudáveis de se relacionar com as mesmas. Este entendimento visa também o envolvimento dos trabalhadores na construção de projetos coletivos democráticos, podendo instituir novas formas de ser trabalhador da saúde (Barros, Santos-Filho, Silva e Gomes, 2010).

Para tanto o PFST é organizado em ciclos e os sujeitos que participam destes ciclos possuem função multiplicadora na perspectiva da formação de outros trabalhadores, primeiramente com o apoio dos coordenadores do programa e posteriormente de forma autônoma, para que progressivamente os processos sejam coordenados pelos próprios trabalhadores. A proposta parte da noção de que as mudanças da forma com que o trabalho se organiza são capazes de promover saúde e só pode se efetivar a partir do envolvimento dos

próprios trabalhadores, envolvidos que estão no ambiente gerador de sofrimento. Neste sentido, destacamos os principais objetivos do programa:

1) identificar as formas como os trabalhadores se defendem da nocividade do ambiente de trabalho; 2) redimensionar a tradição conceitual e metodológica hegemônica no âmbito das articulações saúde-trabalho, pautada pelo paradigma da saúde ocupacional, que privilegia intervenções pontuais sobre os riscos à saúde, imputando aos trabalhadores a responsabilidade e o ônus pelas doenças e agravos provocados pelas situações de trabalho; 3) conhecer/pesquisar as condições e organização do trabalho nos estabelecimentos de saúde de forma a contribuir na formação dos trabalhadores para análise do seu cotidiano laboral com vistas à promoção de saúde nos locais de trabalho; 4) instituir um espaço de trocas e debates entre conceitos científicos e a experiência prática de trabalhadores/as acerca das relações entre saúde e trabalho; 5) construir uma comunidade ampliada de pesquisa que se consolida no esforço coletivo, tornando a experiência no trabalho fonte de percepção e interpretação do que causa o adoecimento e/ou saúde nos locais de trabalho; 6) desencadear ações que possam alterar o curso de nocividade presente nos estabelecimentos de saúde, pois ao produzir conhecimento sobre eles abre-se a possibilidade de transformação das situações de risco e/ou vulnerabilidade (Barros, Mori e Bastos, 2006 p. 40)

Em consonância a essa proposta e inserida no PFST, a Comunidade Ampliada de Pesquisa se constitui a partir da junção entre pesquisadores profissionais e trabalhadores da saúde numa relação dinâmica visando a análise das situações de trabalho por meio da construção de um espaço de discussão entre o saber acadêmico e o saber da experiência. Esta metodologia tem inspiração no Modelo Operário Italiano de luta pela saúde (MOI) que eram iniciativas de análises das condições da organização de trabalho feitas por ‘técnicos’, operários e sindicalistas com o objetivo de reunir informações posteriormente transformadas em pauta de luta por melhores condições para o trabalho (Brasil, 2011).

Para a realização da CAP é preciso que os trabalhadores tenham horas de trabalho destinadas à oficinas, pesquisas, reuniões e demais atividades que propiciem as análises e propostas de intervenção nos processos, relações e ambientes de trabalho (Brasil, 2009 a)

Nestes dispositivos há a presença do apoiador institucional que atua em conjunto com os trabalhadores tendo por objetivo a afirmação e auxílio na formação dos coletivos organizados, repensando a gestão e organização do processo de trabalho, estabelecendo

contratos, regras e métodos para a realização das tarefas propostas. Desta forma, nota-se a preocupação com o fomento de autonomia e a garantia da ampliação do poder de ação do trabalhador, dado que seus conhecimentos advindos da experiência são de grande valia para as análises e soluções a serem propostas (Barros, Santos-Filho, Silva e Gonçalves, 2010).

Embora aposte na grupalidade e na potência criativa dos sujeitos como estratégia para se pensar a saúde do trabalhador, a PNH não despreza a influência negativa de alguns aspectos importantes, como condições de trabalho desgastantes, hierarquia verticalizada, remuneração insuficiente e desvalorização do trabalhador, todos eles elementos passíveis de produzir sofrimento na esfera do trabalho em saúde. (Brasil, 2009 a).

A dimensão das condições de trabalho propiciadas ao sujeito trabalhador da saúde e sua valorização, propostas pela PNH, são extremamente necessárias ao se pensar a humanização como a configuração de inúmeros elementos intrincados. Pensar a humanização apenas pela perspectiva do usuário, além de omitir a relevância de parte fundamental do processo, responsabiliza o trabalhador por questões que extrapolam as suas capacidade e responsabilidade, assim:

O fato é que a ênfase dada ao empenho de humanização na saúde pende, amiúde, 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 na opacidade 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 (Reis et al, 2004 p. 38).

Ressalta-se, portanto, a necessidade da construção de espaços de encontro e reflexão destes trabalhadores, para que possam criar coletivamente problematizações acerca do binômio autonomia criadora e alienação repetitiva, tais espaços são necessários justamente pelo fato de que a própria dinâmica do trabalho em saúde composta por turnos, plantões e alta rotatividade dificulta o encontro destes sujeitos (Campos, 2003).

Reis et al (2004) apresentam alguns depoimentos de profissionais sobre a humanização em saúde, colhidos no intuito de compreender a concepção destes trabalhadores frente a imposição de ações relacionadas a humanização. Tais falas apontam para a

importância de se pensar a organização do trabalho em saúde, suas condições materiais e o desenvolvimento das relações multiprofissionais.

“Além de ganhar mal e de trabalhar feito um escravo vou ter de levar em conta o que o paciente tem a dizer... e como fazer com a famosa produtividade se fico horas com um paciente?”

“Um médico tem de saber diagnosticar a doença..essas coisas da personalidade deixo para o psicólogo...se o paciente se inquieta, chamo o psicólogo e eles que se entendam”

“Dentro do meu hospital quem decide como se trata sou eu, que sei das dificuldades de conseguir pessoal e recursos. Afinal, muito se fala de tratar bem os pacientes, mas, e aos médicos e as enfermeiras, quem olha por eles?” (Reis et al,2004 p. 41).

Além das condições concretas de trabalho e do preparo em relação a aspectos de cunho técnico e teórico, faz-se necessário o cuidado e a reflexão em torno das condições subjetivas do trabalhador, dado as próprias características do trabalho em saúde potencialmente geradoras de sensações de culpa, ansiedade e incertezas. Rios (2009) entende atitudes como a fragmentação da relação entre profissional e paciente, a despersonalização e negação da importância do usuário, o distanciamento e a negação de sentimentos e a tentativa de eliminar decisões por meio da utilização de apenas aspectos técnicos como resposta ao sofrimento causado pelo trabalho:

Para se defender das sensações de ansiedade, culpa, dúvida e incerteza, os profissionais desenvolvem recursos que muitas vezes se voltam contra sua própria saúde, tornando as pessoas que trabalham na Saúde particularmente suscetíveis ao sofrimento psíquico e adoecimento devido ao trabalho (Rios, 2009 p.51).

Tais fenômenos mesmo que sentidos individualmente dizem respeito ao grupo de trabalhadores que compõem os serviços, de modo que caso compartilhados e trabalhados conjuntamente são passíveis de análise e intervenção, no sentido de fortalecer melhores condições de trabalho.

1.3. A PNH na Atenção Básica

O Manual da política prevê parâmetros para o acompanhamento da implementação da PNH nos âmbitos da Atenção hospitalar, da Atenção especializada, dos serviços de pronto-atendimento, urgência e emergência e da Atenção Básica. Dado as especificidades deste trabalho, serão exploradas questões referentes ao processo de humanização na Atenção Básica.

A Atenção Básica é caracterizada por um conjunto de ações, individuais e coletivas, que devem abranger tanto a promoção e proteção da saúde, quanto a esfera da prevenção de agravos, diagnóstico, reabilitação e manutenção da saúde tendo em vista o desenvolvimento de atenção integral visando impacto nos níveis de saúde e autonomia dos sujeitos levando consequentemente a alteração de determinantes e condicionantes de saúde. Deve ser desenvolvida com alto grau de descentralização e capilaridade a fim de se constituir enquanto próxima a vida dos sujeitos, para tanto o trabalho é realizado por equipes que se responsabilizam por territórios específicos considerando as especificidades e o dinamismo do mesmo (Brasil, 2012).

Portanto, são fundamentos da Atenção Básica, a adscrição territorial e a constituição enquanto porta de entrada preferencial para a rede de atenção a saúde, promovendo vínculos com os usuários do serviço e co-responsabilização em relação as necessidades de saúde. Prevê-se ainda o estímulo à participação dos usuários nos processos de cuidado e gestão bem como a coordenação da Integralidade da atenção por meio, por exemplo, da integração das ações programáticas com a demanda espontânea e da vigilância à saúde (Brasil, 2012).

A Política Nacional de Atenção Básica aposta na Estratégia de Saúde da Família como prioridade para a expansão e consolidação da atenção básica no país, dado que:

A Estratégia Saúde da Família visa à reorganização da atenção básica no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, e é tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais, representados respectivamente pelo Conass e Conasems, como estratégia de expansão, qualificação e consolidação da atenção básica por favorecer uma reorientação do processo de trabalho com maior potencial de aprofundar os princípios, diretrizes e fundamentos da atenção básica, de ampliar a resolutividade e impacto na situação de saúde das pessoas e coletividades, além de propiciar uma importante relação custo-efetividade (Brasil, 2012 p.54).

A Estratégia de Saúde da Família é composta por uma equipe multiprofissional, contando minimamente com médico (generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade), enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e agente comunitário de saúde (ACS). Cada equipe de saúde deve se responsabilizar por no máximo 4.000 pessoas, sendo a média de 3.000 pessoas o recomendado, nesta perspectiva cada ACS deve ser responsável por no máximo 750 pessoas (Brasil, 2012).

A proposta é de alterar o modelo assistencial vigente, para tanto a ESF tem na família, em sua relação com o território, o seu objeto de atenção. O planejamento e organização do cuidado devem ser propostos por meio do diagnóstico de saúde da comunidade, a partir do cadastramento das famílias e análise de indicadores epidemiológicos e sócio-culturais a equipe de saúde presta os cuidados a população adscrita (Brasil, 1997).

Em relação à PNH, os parâmetros para sua implementação no âmbito da Atenção Básica são identificados com: a organização do acolhimento visando à ampliação do acesso tanto à Atenção Básica quanto aos demais níveis do sistema; a definição de responsabilidade sanitária entre equipe de referência e população referida; a organização do trabalho por meio de equipes multidisciplinares com utilização de planejamento e gestão coletivas; implementação de escuta qualificada para trabalhadores e usuários e garantia de análise dos problemas apresentados; atividades de educação permanente para os trabalhadores e “Promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde, contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e a qualidade de vida no trabalho” (Brasil, 2008 p.42).

Nota-se que devido a vulnerabilidade do usuário internado no hospital, seu confronto direto com a tecnologia e afastamento da sua rede social, a discussão da humanização é bastante presente neste contexto, todavia, ressalta-se a necessidade desta discussão também com ênfase para os processos que ocorrem no seio da Atenção Básica (Simões, Rodrigues e Tavares, 2007).

Neste sentido, é lançada em 2009 por meio da série de cartilhas da PNH a publicação: O HumanizaSUS na Atenção Básica, que tem por objetivo pensar as características deste nível de complexidade e suas relações com a Humanização.

Nota-se, portanto, a importância fundamental da Atenção Básica para o funcionamento de um sistema de saúde assim como para as condições de vida da população, todavia, o conceito de básico é por vezes interpretado como simples ou rudimentar, o que justifica o fato de ser entendido como ações complementares para a população pobre. Tal postura impede que seja desenvolvida a integração dos sistemas de saúde, por conta da fragmentação entre os

vários níveis da atenção. Cabe salientar, que esta visão tem por base a prerrogativa biomédica pautada no modelo hospitalocêntrico que enxerga a atenção básica como algo de baixa tecnologia e dependente do atendimento médico-hospitalar (Pasche, 2010).

De acordo com Pasche (2010) o atendimento ao sujeito inserido em um território vivo e composto pelas mais diversas intempéries, reveste-se de relevância à medida que possibilita condições para que a coletividade busque por seus direitos. Neste sentido, a efetividade da Atenção Básica é diretamente relacionada com a capacidade do Estado em promover justiça social, dado que quanto maior o nível de injustiça mais precário e injusto são os padrões de adoecimento. Assim, a Atenção Básica deve articular saberes e construir alternativas concretas para tais questões, levando em conta suas inúmeras atribuições, que lhe confere complexidade:

E onde reside a complexidade da atenção básica? Uma resposta primeira: em muitos lugares. A Atenção Básica não se restringe a ação sanitária do tipo minimalista (pacote básico de ações clínicas), ou está restrita a ações ao campo da saúde coletiva; tão pouco se resume à realização exclusiva de ações não-assistenciais (programas de vigilância sanitária, de controle de vetores, de saneamento, de educação em saúde, etc), embora estas sejam absolutamente relevantes. Da mesma forma, não é uma forma rudimentar de atenção que não incorpora os avanços da ciência, nem tão pouco um nível de ação independente de outros serviços de saúde (Pasche, 2010 p.16).

Entendendo que parte significativa da demanda da Atenção Básica não se enquadra em simples códigos diagnósticos é que a PNH aposta na grupalidade, nas rodas de conversa e na construção de vínculos efetivos para a implementação da humanização na esfera da Atenção Básica. Ademais, ressalta estratégias como a Clínica Ampliada, o apoio matricial, a produção de rede, os processos de co-gestão e a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde (Brasil, 2009).

Ressalta-se que pensar um atendimento humanizado e o fomento da autonomia e do protagonismo, implica necessariamente em pensar as condições de trabalho dos trabalhadores da saúde, caso contrário:

No entanto, falar de humanização da assistência em saúde para os profissionais da área, quando sistematicamente tem sido retirada e impedida a humanidade desses trabalhadores, com uma sobrecarga de atividades e funções, jornada dupla ou tripla de

trabalho, dificuldade da conciliação da vida familiar e profissional, baixos salários e precárias condições de trabalho, gerando desgaste físico e emocional, pode soar irônico (Simões et al, 2007 p. 440).

Por que falar de humanização no trabalho pode soar irônico? Para se chegar a alguma compreensão fundamentada é necessário refletir sobre o trabalho enquanto atividade pela qual o homem se cria, se “humaniza”, assunto para o próximo capítulo.

Linha de Montagem

*Linha linha de montagem
A cor a coragem
Cora coração
Abecê abecedário
Ópera operário
Pé no pé no chão*

*Eu não sei bem o que seja
Mas sei que seja o que será
O que será que será que se veja
Vai passar por lá*

*Pensa pensa pensamento
Tem sustém sustento
Fé café com pão
Com pão com pão companheiro
Pára paradeiro
Mão irmão irmão*

Chico Buarque de Holanda/ Novelli

O TRABALHO HUMANO E O TRABALHO EM SAÚDE

1.4. O Trabalho Humano

À apreensão e significação da palavra trabalho no cotidiano pode-se vincular uma série de elementos do campo afetivo, social, moral e econômico. Em relação à compreensão etimológica da palavra em português, encontra-se na origem, o vocábulo do Latim *tripalium* que faz referência a um instrumento composto por três paus salientes, por vezes com a presença de ponta de ferro, utilizado primeiramente por agricultores durante o traquejo com culturas de cereais e posteriormente como objeto de tortura. A este radical liga-se o verbo, também latino, *tripaliare* que significa torturar, desta matriz semântica relacionada a sofrimento surge a acepção de obrar, esforçar-se, laborar. Por meio da análise desta trajetória chega-se ao entendimento de que para haver trabalho faz-se necessário que haja também esforço (Albornoz, 1992).

Para além da compreensão etimológica, convém também uma retrospectiva acerca da significação do trabalho no decorrer do processo histórico. Os gregos, no período clássico, faziam a distinção entre o trabalho do camponês (*labor*), do artesão (*poiesis*) e do homem livre que gozava da possibilidade de discutir os problemas de então (*praxis*). A princípio os trabalhadores do campo possuíam muito prestígio na sociedade grega, devido ao fato de seu trabalho ser entendido a partir de intrínseca relação com as divindades que regiam a fertilidade e os ciclos naturais da terra, a partir do período helênico a agricultura passa a ser realizada pelos escravos e há uma inversão destes valores. Os artesãos, embora não fossem escravos, não eram considerados homens livres, dado que eram aprisionados pelo seu trabalho e este se constituía enquanto um serviço àqueles que necessitavam dos objetos que os primeiros produziam, ou seja, o processo de construção de algo era tido como menos importante que a sua utilidade. Tal concepção deriva da teoria geral da atividade criadora de Aristóteles (384 A.C.-322 A.C) que prevê que a finalidade (causa formal) é o que dá sentido e comanda a atividade produtiva, em detrimento da atuação sobre a matéria (causa material), sendo assim o artesão representava somente um instrumento destinado a satisfazer necessidades por meio da produção de artigos para tal. No sentido grego, livre é apenas o trabalho que não gera nenhum produto material visível, em que o ato reside no interior do sujeito (Albornoz, 1992).

Para o pensamento judaico-cristão, o trabalho conota o castigo referente à infração cometida por Adão e Eva, que impôs ao homem a busca do alimento, por meio do suor de seu rosto, ao passo que à mulher coube os trabalhos do parto. Em seus primórdios, o cristianismo pregava a ideia de que além de punição para o pecado, o trabalho também representava a caridade, o cuidado para com o corpo e a alma e o afastamento dos pensamentos ruins provocados pela preguiça e pelo ócio, todavia, por ser considerado pertinente ao mundo dos mortais o trabalho em si mesmo não era tido como digno. Por influência da Reforma protestante e do pensamento de Martin Lutero (1483-1546) o trabalho se transforma em elemento central da vida humana, surge a prerrogativa de que o ócio é uma atitude perigosa e antinatural, ou seja, trabalhar constitui-se enquanto uma forma de servir a Deus e configura-se enquanto o caminho terrestre para a salvação. A partir de João Calvino (1509-1567) o trabalho assume também o valor de predestinação, e embora alguns homens pudessem encontrar o sucesso e outros não, constituía vontade divina que todos trabalhassem arduamente e não cobiçassem os frutos do trabalho alheio. (Albornoz, 1992).

A Reforma Protestante realça o trabalho como moral e prevê prêmio religioso para a atividade profissional, a divisão do trabalho e as diferenças entre as profissões são estabelecidas por meio do desenvolvimento histórico e se constitui, sobretudo, como vontade divina. Análises feitas por Max Weber (1864-1920) responsabilizam a apreciação religiosa do trabalho pelo impulso à economia capitalista, o espírito capitalista é composto por compulsão ao trabalho e restrição ao consumo materializada pelo poupar.

Na concepção renascentista de trabalho é possível encontrar elementos das noções grega e cristã, na qual o trabalho representaria a expressão da personalidade do humano, sendo este responsável pela criação de qualquer atividade, é o domínio do homem sobre a natureza por meio do desenvolvimento do trabalho e da técnica. Neste sentido, destaca-se a importância de Rousseau (1712-1768) o primeiro pensador a fazer a correlação entre transformação da natureza e transformação humana, cuja atividade humana (trabalho, técnica, arte e política) transforma, degrada e avilta o homem. Do mesmo período, os clássicos economistas ingleses, Adam Smith (1723- 1790) e David Ricardo (1772 -1823) pontuam pela primeira vez o aspecto do trabalho humano como fonte de toda a riqueza, todavia, tais pensadores viam o trabalho apenas por sua utilidade exterior e não em relação à formação homem (Albornoz, 1992).

Entre os séculos XVIII e XIX, o pensamento de Hegel (1770-1831) representa um avanço acerca da compreensão do trabalho, pois destaca sua função mediadora em relação à natureza

e a formação da consciência humana. Para ele o homem só consegue aproveitar instrumentalmente a natureza na medida em que a decodifica por meio do trabalho, sendo esta uma ação consciente, intencional e reflexiva. É através da envergadura social conferida ao trabalho que Hegel constrói sua acepção de sociedade civil, na qual o trabalho é elemento de mediação entre as necessidades subjetivas e as necessidades do outro. Assim, surge a noção de social já que os homens se libertam de suas necessidades naturais e se implicam com a necessidade do outro. Dois aspectos importantes a partir deste entendimento são a exteriorização do sujeito e a interiorização do social. (Cardoso, 2011). Para tornar mais claro:

A produção do objeto pelo homem é ao mesmo tempo um processo de autoprodução do homem. No que produz, o homem se reconhece e é reconhecido; e reconhece a relação social, de dominação - de senhor e escravo - em que se dá a sua produção. A relação entre os homens e os objetos através do trabalho, do uso dos instrumentos, cria a relação dos homens com os homens mesmos (Albornoz, 1992, p.63).

Hegel enfatiza os aspectos positivos do trabalho bem como o seu papel na transformação do homem, a autoconsciência só se satisfaz na presença de outrem, ou seja, o homem só se constitui na medida em que se relaciona com outros homens, e tem suas consciências reconhecidas. Portanto, há a premissa de um envolvimento ativo do sujeito na construção de sua identidade, que se constitui enquanto condição para o processo de socialização uma vez que os sujeitos vão significando tal processo (Cardoso, 2011).

Mas, se todas as consciências desejam ser reconhecidas, Hegel entende que há um conflito entre elas, um conflito mortal, dado que o reconhecimento mútuo pressupõe mútua exclusão. No entanto, este conflito não pode levar a supressão daqueles que não reconhecem uma consciência, levando em consideração que a morte privaria o vencedor do prêmio ao passo que não haveria quem o reconhecesse, logo, a vitória deve garantir a imposição do vencedor sobre o vencido, por meio do reconhecimento do vencedor e renúncia do reconhecimento por parte do vencido. Essa relação de servidão e dominação é a relação de senhor e escravo, entendida por Hegel como intemporal e abstrata correspondente ao movimento do espírito para atingir o reconhecimento (Albornoz, 1992).

O significado concreto do trabalho para o desenvolvimento do homem e da sociedade é feito por Karl Marx (1818-1883) que entende que a essência do ser humano está no

trabalho, o que os homens produzem é o que eles são. Para enfatizar a importância do trabalho para a vida do homem, Marx afirma que é por meio dele que o homem alcança a sua humanidade e se distingue dos animais.

Para Engels (1820- 1895) o trabalho fundamenta a vida humana, pelo fato de ser o trabalho que cria o próprio homem, inclusive sua anatomia, conforme suas palavras:

[...] a mão não é apenas um órgão de trabalho, é também produto dele. Foi graças ao trabalho, numa fase de adaptação a novas funções e à transmissão hereditária destes aperfeiçoamentos adquiridos aos músculos e ligamentos, e mais lentamente também aos ossos; devido ao emprego sempre mais amplo, variado e complexo destas habilidades é que a mão do homem pode alcançar tal perfeição a ponto de realizar, como que por magia, os quadros de um Rafael, as estátuas de Thorwaldsen e a música de Paganini (Engels, 1990 pp 11-12).

Marx define o trabalho como: “um processo entre o homem e a Natureza, um processo em que o homem, por sua ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a Natureza” (Marx, 1983 p.149). É por meio desta relação de domínio da Natureza que o homem se distingue dos demais animais, ao passo que por meio de sua ação e visando um objetivo, se transforma.

Então, um ponto importante diz respeito a intencionalidade e antecipação da ação do homem em seu trabalho. A fim de elucidar esta premissa Marx apresenta a clássica diferenciação entre uma abelha e um arquiteto, dizendo que ambos podem construir uma moradia, todavia a abelha o faz seguindo uma espécie de comando instintivo gerando sempre um mesmo resultado, uma colmeia. Já, o arquiteto, ou qualquer humano que construa uma moradia, realizará anteriormente esta construção em seu aparelho mental, ou seja, o homem constrói primeiro a moradia idealmente para depois exterioriza-la, levando em consideração um recorte interessado, qual seja, o tipo de moradia que vai construir e com qual finalidade, de modo que não há um código fixo do que seja morar ou como morar (Merhy, 2002).

Assim, o processo de trabalho do homem é composto por alguns elementos relativamente estáveis, sendo eles o trabalho em si, representado pela ação do trabalhador; a matéria-prima e as ferramentas utilizadas no trabalho. Porém, a simples junção destes componentes não traduz a produção de algo, é necessário que haja uma articulação e

organização em torno do projeto de produção, ou seja, é preciso que haja certo nível de qualificação por parte de quem realiza o trabalho a fim de organizar e levar a cabo a realização do trabalho e construção de um determinado produto. Merhy (2002) exemplifica este processo por meio da ilustração de um artesão da marcenaria e a construção do objeto cadeira e assim, explicita também os conceitos de Trabalho Vivo e Trabalho Morto da teoria marxiana, vejamos:

Chamamos de trabalho morto, neste processo, a todos aqueles produtos-meio que nele estão envolvidos – ou como ferramenta ou como matéria-prima, como o martelo e a madeira- e que são resultados de um trabalho humano anterior, isto é, não existiam antes da produção como resultado de um processo de trabalho, anteriormente realizado. E os chamamos de trabalho morto neste processo do marceneiro porque, apesar de ser produto de um trabalho vivo, agora ele é incorporado como uma “cristalização” deste trabalho vivo, e de uma maneira distinta do próprio trabalho vivo em si do marceneiro, que neste momento é o trabalho em ato que permite a produção da cadeira, que aliás será um representante a mais do universo de cristalização do trabalho vivo em morto (Merhy, 2002 p.83).

Por meio da compreensão marxista de trabalho apropriada em alguns aspectos por Mehry (2002), pode-se pensar, segundo entendemos, a composição do trabalho em saúde a partir destes conceitos, o que faremos mais adiante.

O trabalho humano tem uma função social, atender a necessidade primária de transformar a natureza em bens materiais a fim de satisfazer as necessidades humanas. Porém, para que se avance na compreensão do trabalho faz-se necessário o entendimento do conceito de organização capitalista dos meios de produção e seu correspondente, a mais valia. Levando em consideração a divisão da sociedade em duas classes opostas, a burguesia e o proletariado, tem-se que o primeiro grupo se constitui enquanto detentor dos meios de produção da vida, ao passo que o segundo, expropriado, possui apenas sua força de trabalho, que é vendida à burguesia em troca da sobrevivência. Sendo, a exploração e a acumulação de capital por parte da burguesia fundantes da sociedade de classes, a mais-valia é o processo pelo qual o burguês se apropria do trabalho excedente realizado pelo proletário, é a diferença entre o valor do trabalho pago e do trabalho produzido. Neste sentido, Marx introduz o conceito de trabalho abstrato, conforme aponta Lessa (2007):

Tudo que produz mais-valia é trabalho abstrato. No capitalismo que nós vivemos, o trabalho abstrato inclui quase todo o intercâmbio orgânico com a natureza e, ainda, inclui uma enorme gama de práxis que apenas de modo indireto, por vezes de modo muito indireto, se articulam com o metabolismo homem/natureza. Uma enorme quantidade de atividades humanas são convertidas em mercadorias, convertidas em trabalho abstrato e, sob a forma do assalariamento universal, são incorporadas pelo capital ao seu próprio processo de auto-valorização. Nesta dimensão, e apenas nela, tem uma importância bastante secundária a distinção entre o trabalho que transforma a natureza e o trabalho abstrato de um professor ou de um gerente de fábrica: são eles todos fontes de mais-valia (Lessa, 2007 p.6).

No contexto dos setores de trabalho no capitalismo, há a diferenciação entre trabalhador- assalariado e proletário, relacionados aos conceitos de trabalho produtivo e trabalho improdutivo, na perspectiva do conceito de trabalho abstrato. Trabalho e trabalhador produtivos não são aqueles que produzem algo para si, mas para o próprio capital, ou seja, é produtivo na medida em que gera mais-valia para o capitalista ou se presta à autovalorização do capital. Neste sentido, é possível a afirmação de que toda transformação da natureza é produtiva, todavia, nem todo o trabalho produtivo necessariamente transforma a natureza (Lessa, 2003).

O trabalho em si é condição *sine qua non* da vida social, classificar o trabalho em produtivo e improdutivo é peculiar da sociedade capitalista. No momento em que a produção capitalista atinge determinado ponto, é mais interessante ao industrial dedicar-se apenas a indústria enquanto os outros setores compartilham a mais-valia por ele expropriada dos proletários. É neste momento que se torna clara a divisão entre os trabalhadores proletários e os trabalhadores assalariados não proletários, os primeiros produzem e valorizam o capital ao passo que os segundos fazem apenas uma destas funções, como exemplo do último grupo é possível pensarmos um médico e sua relação com uma instituição privada de saúde. Há ainda os trabalhadores improdutivos que nem produzem e nem valorizam o capital, neste grupo situam-se os funcionários públicos e os trabalhadores do setor administrativo dos negócios burgueses, como os engenheiros, gerentes, contadores e outros (Lessa, 2003).

Todos os trabalhadores não proletários tem como sua fonte de renda o dinheiro que o burguês expropria do proletariado, feitas estas diferenciações, entende-se a importância do proletário como o mais interessado na dissolução da propriedade privada, porém, todos àqueles que não possuem os meios de produção, ou seja, todos os trabalhadores em níveis e condições heterogêneas são assalariados e sofrem com o processo de exploração capitalista. Para Lessa (2003), o proletariado é, por suas especificidades, a categoria de trabalhadores que deve necessariamente se opor ao capital e por meio da consciência de classe deve se rebelar contra suas condições de existência, é a classe revolucionária por excelência.

Neste contexto encontram-se também todos os outros grupos de trabalhadores, todavia, estes não constituem um bloco político-ideológico homogêneo, em outros momentos da história da luta de classes se colocaram ora a favor dos interesses da propriedade privada, ora do lado do projeto socialista proletário. Justamente por este fato, este grupo de trabalhadores é cercado de importância e enquanto explorados devem desenvolver sua consciência de classe, qual seja, a de trabalhador em detrimento daqueles que o exploram (Lessa, 2003).

Por meio de uma espécie de despotismo representado por agentes de controle da produção, o capital se apropria da produtividade advinda da força coletiva e manifestada por meio da ‘cooperação’ no trabalho. Temos então a noção de trabalhador coletivo que, encontra-se intrinsecamente relacionada à separação entre trabalho intelectual e trabalho manual com controle do primeiro pelo segundo. A composição deste trabalho se dá por meio da soma das múltiplas formas de trabalho tomadas individualmente, mas marcadas pela noção de continuidade, ou seja, as atividades são ordenadas em uma operação global. Desta forma, sobre o trabalho coletivo, tem-se que:

A sua presença permite à burguesia se apoderar gratuitamente do ganho da produtividade advinda do trabalho cooperativo imposto pelo capital aos trabalhadores. Por ser expressão de um elevado nível da divisão social do trabalho, o trabalhador coletivo contém em seu interior diferentes práxis, caracterizadas por Marx pela expressão ‘mais perto ou mais longe da manipulação do objeto de trabalho’. (Lessa, 2003 p. 298).

De posse destes conceitos e do entendimento de que o trabalho tem poder de transformar o sujeito humano, é possível pensarmos o trabalho em saúde e o trabalhador da saúde com

base nesta perspectiva, chegando à conclusão de que o trabalho em saúde pode produzir concomitantemente cuidado e cuidadores, emancipar sujeitos no caminho da luta pela própria saúde enquanto cidadania (Araujo & Faria, 2010).

1.5. A reestruturação produtiva e o trabalho em saúde.

No Brasil, os estudos referentes ao processo de trabalho em saúde são iniciados por Maria Cecília Ferro Donnangelo através de suas análises das relações saúde e sociedade por meio da contraposição entre profissão médica e práticas sociais, pontuando que tais relações encontram-se impregnadas pelo conteúdo social. Destaca-se também, a importância de Ricardo Bruno Mendes Gonçalves, discípulo e colaborador de Donnangelo que formulou o conceito de processo de trabalho em saúde (Peduzzi & Schraiber, n.d).

Na construção do conceito, é feita uma aproximação entre os componentes do processo de trabalho em Marx – objeto de trabalho, instrumentos, finalidades e agentes – com a prática em saúde. Neste sentido, o objeto representa aquilo a ser transformado (matéria prima) no setor representado pelas necessidades humanas de saúde, sobre isso incide a ação do trabalhador. A intencionalidade do processo de trabalho é representado pelo olhar interessado do profissional que evidencia a característica potencial do objeto, qual seja, o fato de conter o produto resultante da transformação representada pelo trabalho. Os instrumentos - elementos inseridos entre o trabalhador e o objeto de trabalho - são constituídos historicamente e ampliam as possibilidades de intervenção, além disso, são classificados em materiais e não-materiais, sendo os primeiros vinculados a equipamentos, medicação, material de consumo e outros desta espécie, ao passo que os segundos representados pelos saberes que possibilitam a apreensão do objeto de trabalho. Objeto e instrumentos de trabalho só assumem sua potência à medida que são intermediados pela ação do agente do trabalho, que lhe imprime finalidade específica. Na saúde, o agente pode ser entendido também como instrumento do trabalho e sujeito da ação, dado que, levam para dentro do processo de trabalho para além de um projeto e sua finalidade, concepções ideológicas de caráter tanto coletivo quanto pessoal (Peduzzi & Schraiber, n.d.).

Antes de um aprofundamento acerca das especificidades do trabalho em saúde, é importante a dimensão de alguns elementos históricos que confluem para o fenômeno da reestruturação produtiva no trabalho, imprescindível às análises do trabalho em saúde na contemporaneidade.

Para Lessa (2003) encontramos-nos em um período marcado pela maior crise estrutural do capitalismo, com início na década de 1970, os motivos pelos quais isto ocorre tem raízes históricas. O século transcorrido entre os anos de 1870 e 1970 foi responsável por um nível tamanho de desenvolvimento das forças produtivas que implicou na superação do arranjo fordista de produção e do Estado de bem-estar social, este desenvolvimento tem a sua gênese na Revolução Industrial, processo que elevou os níveis de produção para além dos limites do humano, incorrendo em uma transição do período de carência, peculiar do momento de acumulação primitiva do capital, para um período de abundância.

A abundância, atrelada aos mecanismos do capital, tem por consequência o alto desenvolvimento do complexo industrial-militar e do *way of life*, um estilo de vida com a marca do consumo perdulário que desembocará no fenômeno, ocorrido a partir da década de 50, da sociedade de consumo das massas. Sobre a eclosão deste fenômeno e os fatos que levaram a tal, temos que:

A necessidade que está na sua origem e desenvolvimento é a mesma causa das guerras mundiais, das muitas guerras menores, da corrida armamentista: tem a mesma causa do desenvolvimento da atual indústria da moda, do entretenimento, dos serviços; tem a mesma causa da transformação da medicina, da educação e da religião em elos da reprodução do capital; tem a mesma causa da conversão de nossas cidades em campos de batalha divididos entre aqueles que organizam uma defesa estática (os burgueses e seus auxiliares que se estruturam em condomínios) e os que fazem a guerra de movimento (as gangues, as milícias policiais, o crime organizado); tem a mesma causa da conversão das nossas vidas particulares nessa corrida desenfreada e ritmo ensandecido de que todos reclamamos. Esta causa é a contradição, cada vez mais aguda, entre a sociedade burguesa e o desenvolvimento das forças produtivas (Lessa, 2003 p.253).

Mas, é por influência do estado de bem-estar e do capitalismo industrial que os níveis de desenvolvimento do complexo industrial-militar atingem patamares assustadores. Esta forma peculiar de organização social preconizava a falsa acepção do Estado como um órgão neutro que poderia se democratizar e atender tanto os interesses do capital quanto dos trabalhadores. Deste contexto derivam o surgimento dos direitos trabalhistas e outras pequenas concessões, que se situam no conjunto de políticas e instituições que expressam o comprometimento do Estado para com ações que propunham o bem-estar social, na verdade a

condição mínima para a sobrevivência dos trabalhadores. Neste cenário podemos inserir a implementação de políticas públicas nas mais diversas áreas, que são colocadas em práticas na medida em que apresentam formas vantajosas, também para o capital (Lessa, 2003).

Cabe salientar que, embora tenha trazido algumas benefícios para a classe trabalhadora, sob hipótese nenhuma, o Estado de Bem-Estar deve ser entendido como um período de transição para o socialismo, as concessões por parte do Estado não só eram possíveis como necessárias para o desenvolvimento do capital e se prestaram, inclusive, para um desarme político ideológico da classe oprimida promovendo sua maior submissão e maior concentração de poder nas mãos do grande capital. Este arranjo social que ocorreu genuinamente apenas nos países industrializados com reflexos nos países periféricos, como o Brasil, representou uma transição para outro modelo, denominado neoliberalismo (Lessa, 2003).

Outro elemento para análise e compreensão do processo histórico, também característico desse período é o alto nível de desenvolvimento tecnológico. Teoricamente, o desenvolvimento das forças produtivas elevaria a potencialidade humana a níveis superiores no domínio da vida, todavia, isso não ocorre quando há o predomínio da lógica do capital. O desenvolvimento tecnológico pode implicar a submissão do humano a forças por ele criadas, tais como o fetichismo da mercadoria e a reprodução ampliada do capital. Para desconstruir quaisquer resquícios de dúvida, a tecnologia em relação ao capital:

É o predomínio do capital na vida cotidiana, o momento predominante da reprodução da sociedade contemporânea, é ele a razão última de ser de uma humanidade que, ao mesmo tempo em que é capaz de construir um acelerador de partículas que nos possibilitará conhecer processos que ocorreram no décimo sétimo milionésimo de segundo depois do Big-Bang, ainda precisa de crianças e velhos nas ruas para garantir, pela pressão do exército industrial de reserva, baixos salários para a maior lucratividade do capital (Lessa, 2003 p. 254).

O final destes ‘anos dourados’ coincide com a crise do Fordismo, surgimento de um novo modo de se organizar a produção (toyotismo) e a crise estrutural da década de 1970. A ideia do fordismo, conhecido pela expressão ‘linha de montagem’, surge no momento de expansão do capitalismo monopolista nos Estados Unidos. Este tipo de organização e controle

do trabalho foi utilizado pela primeira vez na indústria Ford durante o processo de fabricação do automóvel modelo T e torna-se responsável pela produção em massa, além da padronização e parcelização do trabalho. Ao Fordismo se juntam as técnicas administrativas científicas de Taylor, visando a exploração do trabalho ao nível máximo, o taylorismo, que por meio da análise do tempo e do movimento gastos para cada ação, propõe a separação entre o planejamento e a realização de cada parcela do trabalho, levando o trabalhador a desenvolver atitudes automáticas corroborando para a ideia de fragmentação do trabalho. Tais fenômenos propiciam não só a expansão do capital, como também a constituição da sociedade do consumo e o controle e padronização da vida pública e privada do trabalhador.

A situação que causa todo este processo tem por base a crise estrutural do final da década de 1960 que eclode por conta da ameaça das taxas de lucratividade representada pela diminuição dos ganhos em produtividade, somados a elitização do consumo e aumento da competitividade intercapitalista mundial. Cita-se também alguns movimentos que mostraram ao capital tanto a força quanto os limites da contestação, dentre eles o movimento hippie e a luta pelos direitos civis nos Estados Unidos, as manifestações de 68 na Europa e os movimentos de libertação nacional na África, Ásia, Oceania e América Latina. A perda da ofensividade militar estadunidense causa o aumento do preço do petróleo pela Organização dos países exportadores de petróleo (OPEP) dando início as famosas crises do petróleo, também deste período (Lessa, 2003, Peduzzi, 2002).

Diferente das outras crises estruturais, esta se encontra frente a limites absolutos para o avanço do capital, empurrando-o para um processo denominado 'produção destrutiva'. Até a década de 1970 por mais contraditórias que fossem as ações, o capital conseguiu avançar por meio de estratégias como a criação de novos mercados, ocupação de novos territórios, ampliação do mercado consumidor, fomento a guerras e a destruição do planeta. Pensando as consequências deste processo para o mundo do trabalho, temos que:

As formas contemporâneas do trabalho, desde o trabalho informal até o trabalho que opera tecnologias de ponta, são expressões das necessidades da produção de mais-valia nesse momento em que predomina a produção destrutiva peculiar à crise estrutural do capital. Tanto as novas formas de articulação da concepção, do controle e da produção, como ainda as novas articulações entre mercado, produção e capital financeiro, passando pelo trabalho informal e pelo crime organizado são expressões da

necessidade por uma maior velocidade na circulação do dinheiro para a manutenção, em estágios críticos, da valorização do capital (Lessa, 2007 pp 341-342).

Ora, quando o modelo de organização do trabalho e conseqüentemente de acumulação do capital entram em crise, urge a necessidade de se reorganizar o processo de produção a fim de manter os níveis de lucratividade, esta alteração que ocorre como parte do processo de racionalização da produção e manipulação do trabalho deste momento é denominada reestruturação produtiva, ou seja, o surgimento e prevalência do modelo toyotista em detrimento da organização fordista/taylorista. Cabe salientar que embora estes fenômenos ocorram no interior da produção primária expandem-se atingindo tanto os outros setores do capitalismo quanto os processos de subjetivação dos sujeitos (Peduzzi, 2002).

Assim, a reestruturação produtiva cria características específicas, interiores e exteriores à produção capitalista. As exteriores são compostas pelas: inovações econômicas e geo-econômicas representadas pela macroeconomia neoliberal e o alcance de novos espaços de mercado; inovações político-institucionais sob as formas neoliberais de organização do Estado e inovações culturais materializadas pelas formas pós-moderna de expressão da arte. As inovações sociais, interiores à produção capitalista dizem respeito, diretamente, a questões relativas à organização do processo de trabalho composta então, por inovações organizacionais, tecnológicas e sócio-metabólicas (Alves, 2007).

O processo de produção toyotista, conhecido também por japonismo, organiza o trabalho por meio de 'ilhas de produção' e baseia-se na lógica da fluidez. Deste modelo derivam expressões como o *just-in-time* que prevê, conseqüentemente, a fluidez subjetiva do trabalhador, ou seja, por meio de um processo denominado captura subjetiva, o toyotismo incute no trabalhador noções de pró-atividade, polivalência e auto empreendedorismo visando apreender crenças, interioridades e a personalidade do trabalhador (Alves 2007).

Relativo às mudanças sócio-metabólicas, o toyotismo, por conta do desemprego em massa, provoca condições precárias àqueles que a todo custo tentam manter-se empregados, tais como baixos salários, descumprimento das regras de proteção social e terceirização, dentre outras atrocidades.

No que tange às inovações tecnológicas, a inserção delas no trabalho impõem ao trabalhador uma nova forma de se relacionar com suas atividades, imprimindo a subordinação formal-intelectual do trabalho ao capital, gerando como consequência uma exploração ainda

maior do trabalhador, dado que as inovações tecnológicas não o privilegiam, pelo contrário, a produção ocorre de maneira ainda mais rápida, aumentando os lucros para o capital.

Neste cenário o mercado fica melhor atendido em relação a tempo e qualidade, ao passo que o trabalhador sofre com a flexibilização da produção e o alto ritmo de mudança técnica. Os processos tornam-se cada vez mais automatizados obrigando os trabalhadores a realizar tarefas cada vez mais diversificadas e multiqualificadas, isto porque a produção depende cada vez menos das operações diretas do trabalhador tornando-se dependente dos trabalhos coletivos organizados. Assim, o bom relacionamento homem/máquina é interessante para o capital, uma vez que o trabalhador pode prever possíveis falhas, bem como envolver-se com o desenvolvimento de avanços tecnológicos, imprescindíveis ao bom andamento de seu ciclo produtivo (Peduzzi, 2002).

Cabe salientar, que o processo de reestruturação produtiva não extingue o fordismo/taylorismo da esfera da organização do trabalho, inclusive alguns autores defendem a ideia de que o toyotismo é uma espécie de continuação aprimorada do fordismo/taylorismo, sobretudo no que tange a racionalização do trabalho, atuando na esfera das organizações de modo complementar (Lessa, 2003).

A título de esclarecimento, por conta das transformações do mundo do trabalho decorrentes do processo da reestruturação produtiva, há uma discordância entre os estudiosos de Marx acerca da centralidade do trabalho para se analisar a constituição do sujeito humano, suas relações e a configuração social¹. A exploração de tais conceitos neste estudo, objetiva apenas esclarecer os pontos que possam ser importantes à análise do trabalho em saúde, portanto não será realizado o aprofundamento acerca destas questões.

Mehry e Franco (n.d) pensam este fenômeno em relação ao processo de trabalho em saúde e conseqüentemente em relação à produção do cuidado. Antes de adentrarmos a reestruturação produtiva em saúde convém ter clareza de outros conceitos sobre o trabalho em saúde, importantes ao seu entendimento.

A Saúde constitui-se enquanto primazia, pois, além de constitutiva da natureza é produzida, e esta produção pode ser entendida como o resultado das atividades realizadas

¹ Sergio Lessa, em seu livro Trabalho e Proletariado no Capitalismo Contemporâneo (Editora Cortez, 2007) discute esta temática, apresentando a tese de diversos pensadores que se colocam favoráveis à ideia de que a partir da reestruturação produtiva o trabalho, enquanto categoria fundante, estaria obsoleta. O referido autor se coloca contrário a esta posição e busca desconstruir os argumentos dos autores.

pelos diversos atores sociais envolvidos neste processo, trabalhadores da saúde, usuários dos serviços, representantes governamentais e operadores de serviços (Mehry e Franco n.d).

1.6. O Trabalho em Saúde e a produção do Cuidado

O trabalho em saúde deve ser observado em seus pormenores. Podemos tê-lo como um trabalho reflexivo e permeado por incertezas e discontinuidades, o que dificulta a completa normatização das ações, bem como dos critérios econômicos de produção a ele vinculados, todavia, assim como o setor industrial, o setor saúde tem na organização de seu processo de trabalho influência dos moldes tayloristas/fordistas de produção, o que gera problemáticas no que tange a autonomia profissional em relação às regras institucionais (Peduzzi, 2002).

A divisão do trabalho em saúde pode ser relacionada ao processo de especialização da atividade médica, do qual deriva o desenvolvimento das áreas de atuação complementares, tais como a Psicologia, Nutrição, Fisioterapia e outros. Este processo possibilita um avanço qualitativo referente aos cuidados especializados, porém, tem por consequência a gênese da fragmentação do cuidado em saúde. Concomitantemente ao movimento de coletivização do trabalho, há a institucionalização da saúde por meio da qual as formas instantâneas, informais e alternativas de cuidado tendem à extinção. Sobre tais fatos e a acepção de trabalho coletivo em saúde, temos que:

[...] a eficácia da produção dos serviços resulta da composição e cooperação do trabalho de distintos profissionais, da complementaridade e interdependência de suas ações. Porém, o trabalho coletivo pode configurar-se segundo diferentes formas de interdependência, apresentando vários tipos de conexões entre os trabalhadores parcelares, que podem, inclusive não estar aparentes para os profissionais, de modo a apreenderem os distintos trabalhos como meras justaposições. A noção de equipe de saúde, por sua vez, no nosso entender, refere-se, não à justaposição, mas à articulação e integração de diferentes processos de trabalho, pois cada trabalho parcelar ou especializado constitui um processo peculiar, com objetivos, saberes e instrumentos próprios (Peduzzi, 2002 p.85).

É possível encontrarmos os diferentes graus de conhecimento técnico transformados em níveis diversos de autoridade, implicando em relações hierarquizadas e o não

reconhecimento de importantes sujeitos deste processo. Mas, para a melhor qualidade do cuidado em saúde é preciso haver a combinação entre autonomia técnica e cooperação por meio da composição dos trabalhos especializados (Peduzzi, 2002).

Ou seja, o trabalho em saúde é, em sua maioria, um trabalho coletivo institucional e, como vimos, tem sua gestão e organização implicadas com a lógica fordista/taylorista que traz para o âmbito das práticas em saúde novos métodos de gerência envolvidos com a divisão em operações mínimas das atividades, fazendo com que os sujeitos percam a compreensão da totalidade do processo (Ribeiro, Pires e Blank, 2004).

Outra peculiaridade do trabalho em saúde é o fato de que a produção e o consumo do produto (ações de saúde) ocorrem simultaneamente, isso nos faz pensar que o trabalho na/em saúde se dá por meio do encontro entre o sujeito trabalhador e o sujeito usuário do serviço. Nesta perspectiva há a construção de um espaço intersubjetivo potencial entre estes dois atores, e cada qual pode oferecer uma série de elementos que dão corpo à qualidade do encontro. Desta forma, sobre as especificidades do âmbito subjetivo do trabalhador e do usuário podemos pensar que:

Um, ao ‘carregar’ a representação de um dado ‘problema’ como ‘problema de saúde/necessidade de saúde, procura obter neste encontro, no mínimo, uma relação de compromisso que tenha como base a ‘sinceridade’, a ‘responsabilização’ e a ‘confiança na intervenção, como uma possível solução’; o outro, também está procurando nesta relação algumas coisas, também tem necessidades, mas esta procura não necessariamente tem algo a ver com o que o outro espera (Merhy, 2002 pp 76-77).

Este encontro somado com a relação produção/consumo instantânea compõe a construção de um espaço interseção entre o usuário e o trabalhador/produtor do ato, este espaço configura um encontro permeado por suas respectivas possibilidades de negociação, desejos e necessidades, sendo que estas últimas recaem não apenas em aspectos referentes à carência, mas na dimensão da necessidade enquanto expressão de um sujeito que constitucionalmente deseja positivamente ser (Merhy, 2002).

A concepção de trabalho vivo e trabalho morto para as análises em saúde é trazida por Merhy, para fundamentar essa característica do trabalho em saúde tem por base os conceitos de Marx. Neste sentido, trabalho morto é configurado como algo em que já foi aplicado um

trabalho progresso, a exemplo das ferramentas, ao passo que o trabalho vivo em ato corresponde ao trabalho que ocorre no momento em que está sendo produzido e é propulsor de autonomia e ‘autogoverno’ (Mehry, 2002).

O trabalho vivo é a esfera das abordagens mais relacionais, do encontro. Vincula-se a noção de “tecnologia leve”. Tal conceito e seus correlatos “tecnologia leve-dura” e “tecnologia dura”, são criados por Mehry e tem inspiração na contribuição de Ricardo Bruno Gonçalves Mendes acerca de tecnologias materiais e não materiais para o trabalho em saúde. Estas tecnologias estão sempre associadas no processo de trabalho, estando em maior ou menor relevância dependendo do arranjo da produção do cuidado. As tecnologias duras são representadas pelas máquinas e instrumentos, as leve-duras pelo conhecimento técnico, e as leves, vinculadas a esfera das relações micropolíticas estabelecidas no encontro. Ao pensarmos a prática do cuidado pautada no modelo Biomédico de atenção a Saúde, temos a prevalência de tecnologias duras e leve-duras, neste sentido, para que haja quaisquer tipos de mudança na produção de saúde, é preciso que haja uma inversão das tecnologias do trabalho este processo é denominado transição tecnológica. (Mehry e Franco, n.d).

A transição tecnológica se caracteriza por uma alteração que causa impacto tanto na relação existente entre os núcleos tecnológicos do cuidado, quanto na composição técnica do trabalho. Ela deve ser pensada como um processo de construção social, político, cultural, subjetivo e tecnológico, que imprime um novo sentido para as práticas assistenciais com resultados a serem obtidos para os usuários e trabalhadores (Mehry, 2002, Mehry e Franco n.d.).

Por meio da análise da organização das práticas em saúde, torna-se possível afirmar que a organização do processo de trabalho que tem como preponderantes aspectos de tecnologia dura e do trabalho morto são vinculados ao que chamamos modelo biomédico-hegemônico de atenção à saúde (Merhy e Franco, 2003).

O Modelo Biomédico torna-se hegemônico, e ganha contornos a partir da publicação do: *‘Medical Education in the United States and Canadian: a report to the Carnegie Foundation for the advancement of teaching’* no ano de 1910 por Flexner. O documento que se torna conhecido como relatório Flexner pretendia analisar as instituições médicas de ensino e acaba por reorientar a educação médica, lançando as bases do que viria a ser o modelo biomédico de atenção. A centralidade é posta nos aspectos anatomo-fisiológicos da clínica, que tem por base a pesquisa estritamente biológica, ou seja, o relatório traz a ideia de que o

trabalho médico deve se pautar quase que exclusivamente em uma intervenção competente sobre o corpo, depositário e responsável pelos processos patológicos, reduzindo o campo das intervenções a este espaço e subtraindo a importância do meio sócio-ambiental, as relações, vivências e experimentações do processo de análise. Tal fato simplifica sobremaneira o trabalho e cria o mito do profissional auto-suficiente por meio da excelência clínica. À medida que o relatório Flexner altera o processo de formação em saúde repercute na formatação do trabalho, transformando o corpo em uma espécie de sumário em que deve se procurar prescrições e soluções reduzidas a seu perímetro (Mehry e Franco 2003).

Organizada desta forma a Medicina respalda e reproduz a lógica do capital, por meio do entendimento do processo patológico como um desarranjo no corpo-máquina atribuindo exclusivamente a fatores individuais a responsabilidade do adoecimento.

Paralelamente há um grande avanço tecnológico da indústria de equipamentos médicos que acaba por gerar certo fascínio entre trabalhadores e usuários do setor saúde, incentivados pelas estratégias publicitárias responsáveis pelo marketing de tais elementos. Esse contexto desemboca em uma reorganização do processo de produção da saúde, dado que passa a haver prevalência das tecnologias duras, centrada nas máquinas e procedimentos em detrimento das tecnologias leves de cunho relacional (Mehry e Franco n.d).

O arranjo do cuidado, por meio do modelo biomédico de atenção à saúde, gera outras consequências para além da estruturação com base nas tecnologias duras. Nota-se também baixa eficácia na resolutividade dos problemas de saúde, haja vista que simplificam toda espécie de problemas a esfera do corpo biológico propondo projetos terapêuticos reducionistas e parciais, ademais há um incremento nos custos da saúde na medida em que enfatiza procedimentos e recursos tecnológicos, por vezes desnecessários. Percebe-se que o compromisso com as necessidades de saúde podem ficar em segundo plano por meio da inversão que se dá ao confundir assistência à saúde com produção de consultas e exames, o que se encontra implicado no fenômeno de medicalização das questões sociais (Mehry e Franco n.d).

Verifica-se também, como estratégia dos modelos de organização do trabalho (fordismo/taylorismo, toyotismo), a captura do trabalho vivo pelo trabalho morto, o último representado pela cristalização de um trabalho vivo anterior materializado pelas ferramentas, como o maquinário. Esta captura impossibilita o trabalhador de exercer sua autonomia, e se pensado em relação a outros trabalhos como no processo de produção industrial, o trabalho na

saúde não pode ser equiparado, dado que por suas especificidades constitui-se enquanto um encontro havendo necessariamente um *quantum* de trabalho vivo (Mehry, 2002).

Temos então a dimensão da micropolítica do trabalho em saúde, que é entendida como o cenário de disputas entre as diversas forças presentes no âmbito institucional, em que se inclui desde os processos desejantes e imaginários dos sujeitos envolvidos até as forças presentes no arranjo produtivo. Todavia, por compor-se sempre e necessariamente por trabalho vivo é carregado de potência, assim:

Na micropolítica do processo de trabalho não cabe a noção de impotência, pois se o processo de trabalho está aberto à presença do trabalho vivo em ato, é porque ele pode ser sempre ‘atravessado’ por distintas lógicas que o trabalho vivo pode comportar. Exemplo disto é a criatividade permanente do trabalhador em ação numa dimensão pública e coletiva, podendo ser ‘explorada’ para inventar novos processos de trabalho, e mesmo para abri-lo em outras direções não pensadas (Mehry, 2002 p 100).

Entende-se, portanto, que é na esfera das relações micro-políticas que se encontra o local estratégico para operar mudanças efetivas em relação ao processo de trabalho em saúde. Assim, tanto a reestruturação produtiva, da qual falávamos anteriormente, quanto a transição tecnológica estão às voltas com a mudança no processo de trabalho. Trazendo o conceito de reestruturação produtiva para o campo da saúde e comparando-o ao de transição tecnológica podemos notar diferenças importantes entre eles. A princípio se faz necessário a compreensão das peculiaridades da noção de reestruturação produtiva na saúde, entendida como:

Denominamos de ‘reestruturação produtiva’ na saúde às novidades introduzidas nos sistemas produtivos, que impactam os processos de trabalho, geram mudanças no modo de elaborar os produtos, e efetivamente até mudam a forma de assistir às pessoas. Essas inovações podem se dar de diversas formas, não determinadas a priori, mas verificadas a partir do momento que estruturam novos modos de produção e organização dos processos de trabalho (Mehry e Franco, n.d. p.8).

A crise estrutural ocorrida por volta de 1970 coloca em cheque o modelo do bem-estar social, consequentemente os gastos com políticas sociais, a saúde entre elas, devem ser contidos. Há a constatação que os custos médicos haviam subido, a saúde entra então na esfera de austeridade econômica sofrendo corte nos gastos e racionalização dos custos. Como consequência, surgem alternativas para amenizar o sofrimento imposto à população, tais como a ênfase dos serviços para o campo da vigilância em saúde. Todavia, não houve alteração na mecânica de acumulação capitalista do setor, ficando inalterados os fatores que causaram a elevação contínua dos gastos em saúde. Elementos constitutivos da organização do processo como a imposição da racionalidade econômica pelo controle administrativo da prática clínica, a divisão do trabalho em micro-atos passíveis de auditoria e enquadramento em protocolos administrativos delimitados e delimitantes da clínica não sofrem alteração (Mehry e Franco n.d.)

Ou seja, o processo de reestruturação produtiva pode possibilitar ou não a alteração na lógica das tecnologias de trabalho. Um exemplo de reestruturação produtiva pode ser expresso por meio da análise da incorporação de novas tecnologias duras em um serviço hospitalar. Tal mudança altera a forma de trabalhar das pessoas, por meio da incorporação da máquina ao processo de trabalho, porém, o núcleo tecnológico permanece o mesmo, centrado no trabalho morto e com grandes possibilidades de captura do trabalho vivo. Em determinadas situações torna-se possível pensar também, a constituição da Estratégia de Saúde da Família como um processo de reestruturação produtiva em detrimento da transição tecnológica:

Em muitos municípios onde o PSF foi implantado, observa-se alteração nos processos de trabalho, sem contudo haver uma inversão das tecnologias de trabalho, que continuam operando a partir de uma razão instrumental, estruturados pelo ato prescritivo do médico, que induz ao alto consumo de procedimentos. Mesmo o PSF atuando com uma aparente mudança na forma de produzir saúde, pois opera mais centralmente no território, centrado nos núcleos familiares e domicílio, mas na essência o processo de trabalho pode não ter sido alterado, ou seja, queremos dizer que nem todo processo de reestruturação produtiva conduz a uma transição tecnológica, porque para fazê-lo é necessário operar através de uma forma completamente inovadora as tecnologias de trabalho em saúde (Mehry e Franco, n.d. pp 8-9).

Chamamos a atenção para a última frase dos autores citados: “é necessário operar através de uma forma completamente inovadora as tecnologias de trabalho em saúde” para que haja uma transição tecnológica. Fica clara a importância do protagonismo dos sujeitos trabalhadores da saúde por meio de suas ações subjetivas intencionais, do seu modo de agir e produzir o cuidado em saúde. Assim, e reafirmando que o trabalho em saúde possui necessariamente trabalho vivo em ato, é possível pensarmos enquanto saída o fomento de atividades criativas e que rompam com o instituído, por vezes representando interesses alheios à produção de saúde por meio da construção de espaços de interseção ético-politicamente implicados em suas dimensões de direcionalidade e intencionalidade (Mehry, 2002).

Mas, para que isso ocorra é preciso que existam condições para tal. Para que sejam abertas estas linhas de fuga se faz necessário que estes processos pautados na potência do trabalho vivo provoquem ‘ruídos’ que vão de encontro a lógica instituída, porém, é imprescindível que haja participação do conjunto dos trabalhadores no processo de governo das instituições a fim de construir e legitimar um modelo de atenção que represente o processo de construção pelo qual o trabalho vivo e as relações micro-políticas tem preponderância. Para este fim é preciso que haja também comprometimento por parte da gestão das instituições no sentido do desenvolvimento da capacidade de escutar estes ‘ruídos’ (Mehry, 2002).

No que tange aos aspectos concretos do trabalho, escutar estes ruídos se relaciona à criação de espaços, dentro da instituição, em que os trabalhadores possam construir negociações e discutirem o trabalho visando a partilha do poder, a ampliação da compreensão acerca do próprio trabalho e a construção da autonomia. É preciso que a gestão pense cotidianamente na abertura de microespaços coletivos de negociação oportunizando reflexões partilhadas e conseqüente expressão acerca das escolhas organizacionais, neste sentido, as micronegociações levam em consideração dois níveis da realidade do trabalho, uma referente à finalidade da instituição e outra relativa as necessidades do trabalhador de conforto, segurança e saúde. Sobre a importância deste espaço para o trabalho em saúde, temos que:

Diferentemente do que ocorre no trabalho industrial, no qual os momentos da produção e do consumo são distintos e o objeto de trabalho é uma matéria, no setor terciário aqueles momentos dão-se simultaneamente e, neles, cuida-se de pessoas. Disso decorrem pelo menos duas condições que exigem a necessidade de reconhecer e atribuir *status* de ‘realidade’ às micronegociações. Em primeiro lugar, os imprevistos,

a necessidade de adaptar técnicas e procedimentos padronizados a cada nova circunstância é bastante evidente; pessoas interrogam-se, têm necessidades e valores. Em segundo lugar, a interação construída com a clientela também desempenha papel preponderante na condução dos processos de trabalho, por suscitar sentimentos e levar à constante confrontação com valores e limites individuais (Lacaz e Sato, 2006 p.123).

Deslandes (2004) em sua pesquisa acerca dos sentidos da Humanização em saúde aponta a melhoria das condições de trabalho em saúde como um dos eixos discursivos presentes nos documentos oficiais. Ao pensarmos as condições concretas de trabalho é preciso retomar a noção de reestruturação produtiva, pois no contexto neoliberal isto se torna responsável através do desemprego em massa, pela degradação dos vínculos de trabalho estabelecidos, terceirizações, bem como do não cumprimento das leis de proteção ao trabalhador.

Cabe salientar que estes fenômenos atingem de forma mais veemente os níveis primários de produção, mas seus reflexos chegam a todos os setores da produção capitalista, inclusive no setor de serviços onde se localiza a saúde. No âmbito do Sistema Único de Saúde Brasileiro: “ a flexibilização e a precariedade de direitos não se exprimem no desemprego estrutural na medida em que tal sistema é um forte indutor de emprego, apesar de uma parte importante da força de trabalho que nele atua - entre 30 e 50% dos empregados – não ser protegida por estes direitos” (Lacaz e Sato, 2006 p.110).

Em relação ao trabalho e ao trabalhador em saúde, pode-se afirmar que características do ambiente de trabalho, dos equipamentos utilizados e da própria organização do trabalho afetam negativamente a qualidade do cuidado, desta forma, e entendendo que o cuidado enquanto produto do trabalho se dá no momento em que é consumido e suscita diversas reações tanto no trabalhador quanto no usuário: “[...] o cotidiano do trabalho é o foco privilegiado para se pensar a articulação entre qualidade do trabalho, saúde no trabalho e humanização do cuidado.” (Lacaz e Sato, 2006 p. 119).

Lacaz e Sato (2006) afirmam que as exigências impostas pela reestruturação produtiva alteram a configuração do adoecimento em decorrência do trabalho, o novo perfil patológico do trabalhador é caracterizado por doenças crônicas em que onexo causal que as relacionam ao trabalho são menos evidentes que em períodos que eram maiores os infortúnios do trabalho, relacionados à acidentes ou mesmo doenças que tinham explícita relação com a

organização do trabalho. Dentre as patologias crônicas prolifera-se doenças cardiovasculares, gastroclicas, psicossomáticas, lesões por esforço repetitivo (LER), cânceres.

A qualidade do trabalho, portanto, envolve elementos relacionados à autonomia, à criatividade e ao grau de ‘controle’ do trabalhador, de tal modo que a gestão participativa deve ser real, dado que suas necessidades são, por meio dela há a possibilidade de resolução de conflitos e interesses presentes no campo da saúde vinculando-se então à noção de Humanização, desta forma:

Assim, a discussão sobre a humanização dos serviços em saúde implica a conquista, pelos trabalhadores, de adequadas e saudáveis condições, ambientes, processos (e organização) do trabalho, o que envolve autonomia e participação no controle dos processos de trabalho em saúde, criação de vínculos e responsabilidades. Isso implica, ainda, o fato de terem suas vozes ouvidas pela administração, como parte de uma relação dialógica, já que o aprofundamento do ‘processo comunicacional’ poderia mitigar o desgaste e o sofrimento mental observado nos trabalhadores em saúde (Lacaz e Sato, 2006 p.131).

PERCURSO METODOLÓGICO

1.7. O encontro com o objeto de estudo

A Saúde Coletiva surge em meu horizonte, pessoal e acadêmico, por meio da inserção nos anos de 2009 e 2010 no Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET-Saúde). Tal programa parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, Instituições de Ensino Superior e Secretarias Municipais de Saúde, tendo por objetivo a integração ensino-serviço-comunidade por meio das estratégias de ensino, pesquisa e extensão, com ênfase no fortalecimento da formação multidisciplinar e problematização sobre a Atenção Básica em Saúde no âmbito da assistência pública no Brasil.

A inquietação referente às dificuldades de implementação efetiva das diretrizes e políticas do Sistema Único de Saúde me acompanha desde então. Neste sentido e como parte das aflições que também me levaram a esta pesquisa, desenvolvi no ano de 2010, com orientação da professora Sheila Regina de Camargo Martins, a pesquisa de iniciação científica denominada: “Dificuldades na Implementação do Sistema Único de Saúde brasileiro: a

permanência do Modelo Biomédico”, em que pude refletir sobre os processos pelos quais persiste, na atmosfera dos serviços, ações pautadas neste modelo, sobretudo, no que se refere aos mecanismos de transmissão ideológica que respaldam este tipo de atuação bastante interessante para o capital, além das questões relativas à formação do trabalhador da saúde em diálogo (ou falta de) com a assistência pública.

A Política Nacional de Humanização surge para mim ainda durante a participação no Pet-Saúde, na ocasião, atuei junto a uma equipe que construiu com os trabalhadores de uma Unidade Básica de Saúde um espaço para o GTH (Grupo de Trabalho e Humanização), um dos dispositivos da Política.

Tais experiências, somadas ao entendimento da potência da proposta do HumanizaSUS que dentre as suas linhas de ação propõe um olhar para o trabalho em saúde, e considerando a importância do trabalhador para a efetivação das políticas e melhoria da assistência compõem o caminho que me leva ao objeto desta pesquisa.

1.8. Participantes

O grupo escolhido para esta pesquisa foi composto por trabalhadores da saúde em seu nível primário de atenção, mais especificamente, vinculados à Estratégia de Saúde da Família (ESF), levando em consideração a importância desta iniciativa para a reorganização da assistência à saúde no Brasil.

Os sujeitos que gentilmente cederam seus depoimentos para a construção deste trabalho foram uma auxiliar de enfermagem, uma agente comunitária de saúde e duas enfermeiras vinculadas a diferentes equipes de saúde da família localizadas em uma mesma unidade básica de saúde. Por meio de entrevistas buscou-se uma aproximação da vivência destes profissionais da ESF que se disponibilizaram e puderam ceder um espaço de seu tempo para a entrevista.

O profissional médico, que compõe a equipe mínima da ESF, não esteve na Unidade de Saúde durante o período de uma semana em que a secretaria municipal de saúde liberou o acesso da pesquisadora ao local.

Abaixo tabela ilustrativa referente a dados das trabalhadoras que colaboraram com a pesquisa:

	Gênero	Tempo de atuação na ESF	Denominação adotada
Agente Comunitário	Feminino	05 anos	ACS

de Saúde			
Auxiliar de Enfermagem	Feminino	13 anos	AEF
Enfermeira 1	Feminino	09 anos	EF-1
Enfermeira 2	Feminino	09 anos	EF-2

1.9. Procedimentos para coleta de dados

O projeto da pesquisa foi apresentado à Secretaria Municipal de Saúde do Município de Maringá e foi apreciado e autorizado pelo Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde (CECAPS). Posteriormente, o mesmo foi submetido ao Comitê Permanente de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (COPEP) sendo também aprovado, após a correção de elementos relacionados à avaliação de riscos e benefícios da entrevista para os sujeitos.

Aprovados os aspectos éticos e legais, foi delimitada pela Secretária Municipal de Saúde do município de Maringá uma UBS para a realização da pesquisa, segundo seus próprios critérios. De posse do documento de autorização para a realização da pesquisa fui para Unidade Básica e apresentei-me à gestora, que me indicou os trabalhadores que estavam disponíveis na ocasião. Àqueles que concordaram em participar da pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, o qual foi devidamente assinado, de modo a registrar a ciência acerca dos objetivos da pesquisa, bem como dos direitos dos participantes.

Para a entrevista com as trabalhadoras foi utilizada uma pergunta disparadora que pedia para contarem como é o seu trabalho no dia a dia. A partir de então se estabeleceu um clima de diálogo com elas. Também foi preparado um roteiro com perguntas chaves que pudessem ser utilizadas no decorrer do encontro, caso fosse necessário explorar algum ponto, que de nossa perspectiva pudesse enriquecer o depoimento. Esses esclarecimentos, contudo, foram sendo solicitados no decorrer das entrevistas, conforme o assunto surgia. A fim de garantir a integridade dos dados, as entrevistas foram gravadas em áudio digital; foram transcritas e descartadas após a conclusão do estudo.

1.10. A Análise dos dados

O presente estudo constitui-se enquanto uma pesquisa qualitativa que utilizou a postura fenomenológica para a efetivação das entrevistas e, posteriormente, para a análise dos dados recolhidos.

Pesquisar qualitativamente é construir uma trajetória circular em volta do que se quer compreender de modo a não haver preocupações anteriores com princípios, leis ou generalizações, assim, o processo de análise dos dados é indutivo, ou seja, não há preocupação pela busca de evidências que possam comprovar hipóteses definidas anteriormente. Em relação aos dados existe o predomínio de aspectos descritivos com ênfase nos significados atribuídos aos fenômenos pelas pessoas, tanto dos sujeitos da pesquisa como do pesquisador (Garnica, 1997).

1.11. O Método Fenomenológico

O movimento filosófico da Fenomenologia foi fundado por Edmund Husserl entre o final do século XIX e início do século XX como resposta à maneira de conhecer o mundo da época. Husserl fez a crítica à ciência positivista pontuando que a mesma não era capaz de responder satisfatoriamente toda a necessidade de saber do humano enquanto que a filosofia se constituía caoticamente, não havendo qualquer unidade para a construção do conhecimento, e é neste sentido que Husserl propõe uma nova alternativa para se conceber o conhecimento, uma filosofia enquanto ciência rigorosa ou uma fenomenologia (Amatuzzi, 2009).

O objetivo da Fenomenologia é apreender a essência ou *eidós* dos fenômenos por meio da ação da consciência, para tal utiliza-se da redução fenomenológica ou *epoché*. O conceito de fenômeno, criado por Husserl, tem a influência da etimologia grega da palavra fenômeno, que tem seu significado aproximado a: o lugar em que algo pode se tornar manifesto, visível em si mesmo. Neste sentido, o fenômeno é a presença real de coisas reais diante da consciência. Os fenômenos estão na esfera do mundo, mas só são compreendidos à medida que lhe é atribuído algum significado por meio da intencionalidade da consciência. Sobre o entendimento fenomenológico de realidade podemos dizer que:

O que chamamos de “mundo” ou “realidade”, diz Husserl, não é um conjunto ou um sistema de coisas e pessoas, animais e vegetais. O mundo ou a realidade é um conjunto de **significações** ou de **sentidos** que são produzidos pela consciência ou pela razão. A razão é “doadora do sentido” e ela “constitui a realidade” enquanto sistemas de significações que dependem da estrutura da própria consciência. As significações não são pessoais, psicológicas, sociais, mas universais e necessárias. Elas são as **essências**, isto é, o **sentido** impessoal, intemporal, universal e necessário de toda a realidade, que

só existe para a consciência e pela consciência. A razão é razão subjetiva que cria o mundo como racionalidade objetiva. Isto é, o mundo tem sentido objetivo porque a razão lhe dá sentido (Chauí, 2000 p. 102).

É por meio da ação da consciência que os significados são construídos, assim, a consciência é tida como relacional, ou seja, é um ato pelo qual um objeto, fato ou ideia é visado pela consciência, que se constitui necessariamente como consciência de alguma coisa. A consciência descortina o mundo e intencionalmente se volta àquilo que deseja compreender interrogando-o. Cabe salientar que a essência do fenômeno nunca é apreendida em sua totalidade, todavia, a procura possibilita o processo de compreensão (Chauí, 2000, Garnica, 2007).

Passando ao conceito de *epoché*, tem-se que este se configura enquanto central para a realização da ciência fenomenológica e pode ser entendido como uma alteração da atitude natural de compreender o mundo. Husserl denomina atitude natural à postura do homem que ao encontrar-se inserido em uma maneira implícita de conhecer o mundo o significa de maneira natural, ou seja, por meio de uma espécie de ‘moldura constituída’ o homem compreende e aceita o mundo. Porém, há a possibilidade de ascender ao conhecimento do real por meio do abandono de conhecimentos apriorísticos, tal mecanismo é denominado redução fenomenológica ou, como apontado anteriormente, *epoché* (Martini, 1999).

Por meio da *epoché*, há um desvelamento do conhecimento, que para além de uma apreensão por meio do saber fáctico propõe o conhecimento do que efetivamente existe por meio da atitude reflexiva, que consiste em colocar entre parênteses ou em suspenso qualquer julgamento ou concepção anterior à análise do fenômeno. Desta forma:

O que é igualmente posto entre parênteses é tudo o que é absorvido onticamente pela atitude natural do homem, enfim, é tudo que pertence ao mundo natural, que está “presente” e que se faz como “realidade” para nossa consciência. O trabalho de negação realizado pela *epoché*, todavia, não representa a aceitação de um ponto de vista *cético* ou *sofista*, pois a fenomenologia não nega jamais o “mundo” à maneira do sofista ou do cético, que põe em dúvida a sua existência. Quando realizamos a colocação entre parênteses do mundo natural, simplesmente a *epoché* nos proíbe qualquer julgamento da “existência espaço-temporal” (Martini, 1999 p.48).

Com base nestes pressupostos, pensar a pesquisa, entendida também como uma maneira de descortinar o mundo, com base na fenomenologia é admitir necessariamente o abandono da noção de neutralidade científica, dado que é a consciência intencional do pesquisador quem o acompanhará no processo de compreender algum fenômeno, sendo ele próprio composto por sua subjetividade, elemento central da pesquisa. Tem-se então uma postura fenomenológica em relação aos dados (Garnica, 1997).

A subjetividade do pesquisador é impressa na pesquisa no momento em que ele escolhe o fenômeno que quer investigar. Sendo assim após tematizar o fenômeno escolhido é preciso que este seja colocado em suspensão para que se busque sua essência que é manifestada nas descrições ingênuas dos sujeitos envolvidos com o objeto que se quer pesquisar, nas palavras de Garnica (1997):

O que é dito na descrição aponta para a vivência do fenômeno que se quer compreender, e a compreensão desse fenômeno fica tanto mais clara quanto maior for o esforço de perscrutá-lo, em análises. É a trajetória cujo itinerário é dado pela busca "às coisas mesmas", iniciado pelo movimento de *epoché*, no qual o fenômeno é posto em suspensão, quando o pesquisador se despe de referenciais teóricos prévios. Ficam, é claro, os pressupostos vivenciais - ou o pré-vivido, pré-reflexivo -, que ligam pesquisador e pesquisado, o que impede o cômodo distanciamento que possibilita a neutralidade. (Garnica, 1997 p. 116).

Mas, a análise fenomenológica não termina com a descrição do subjetivo. Após situar o fenômeno e recolher as descrições dos sujeitos inicia-se o processo de análise, que é dividido em dois momentos, a análise Ideográfica e a análise Nomotética. A análise Ideográfica tem por objetivo desvendar a ideologia presente na descrição feita pelos sujeitos, faz-se um processo de busca por unidades de significado por meio da repetição na leitura das descrições, tal fato promove uma aproximação e familiarização do pesquisador para com o fenômeno. Estas unidades nada mais são que recortes feitos pelo pesquisador de conteúdos julgados significativos em relação a interrogação proposta pela pesquisa. Depois de delimitadas são transpostas para a linguagem própria da área de pesquisa e separadas em categorias abertas mediante o processo de redução. Feitos estes procedimentos, tem início a fase Nomotética, em que são feitas análises das unidades de significando buscando por divergências e convergências, formando-se novos grupos e novas categorias abertas cada vez mais gerais. As generalidades advindas destas análises compõe a iluminação das perspectivas do fenômeno pesquisado (Garnica, 1997).

Em nosso estudo, a análise dos dados chegou a quatro unidades de significado, que a nosso ver expressam a vivência do trabalhador na ESF. São elas: Condições Materiais de trabalho; Frustração, desânimo e outros sentimentos advindos do trabalho; A Humanização e A experiência do GTH e o elemento gestão. Nos próximos capítulos elas serão apresentadas e discutidas.

No caminho com Maiakóvski

*Na primeira noite eles se aproximam
e roubam uma flor
do nosso jardim.
E não dizemos nada.
Na segunda noite, já não se escondem;
pisam as flores,
matam nosso cão,
e não dizemos nada.
Até que um dia,
o mais frágil deles
entra sozinho em nossa casa,
rouba-nos a luz, e,
conhecendo nosso medo,
arranca-nos a voz da garganta.
E já não podemos dizer nada.*

Eduardo Alves Costa

A VIVÊNCIA DAS TRABALHADORAS NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

Nesta parte do estudo apresentaremos os dados recolhidos a partir do depoimento das trabalhadoras da Estratégia de Saúde da Família acerca do seu trabalho. De acordo com a metodologia adotada encontramos-nos no momento da apresentação da análise ideográfica, em que, por meio da repetição da leitura dos depoimentos, chegamos a unidades de significado que objetivam delimitar recortes feitos pelo pesquisador de conteúdos julgados significativos em relação a interrogação proposta pela pesquisa. Desta forma, o objetivo deste capítulo é tornar visível a ideologia presente nas descrições ingênuas dos sujeitos, ou seja, revelar aquilo que faz sentido para os sujeitos, conforme seus próprios relatos, porém, a partir da aproximação significativa da pesquisadora com as experiências dos sujeitos.

Da análise realizada surgiram 4 unidades de significado: Condições Materiais de trabalho; Frustração, desânimo e outros sentimentos advindos do trabalho; A Humanização e A experiência do GTH e o elemento gestão.

1.1. Condições Materiais de trabalho

Quando realizada a pergunta disparadora para o depoimento dos sujeitos, “como é o seu trabalho?” todas as respostas caminharam no sentido da explicação da rotina de trabalho, atribuições e tarefas, e algo que nos chamou bastante atenção, e foi convergente em todas as falas, refere-se a determinados aspectos das condições materiais de trabalho e a forma com que eles influenciam negativamente no cumprimento da rotina, gerando certos incômodos e sentimentos negativos nas trabalhadoras.

Conforme apontado pelas trabalhadoras, o primeiro empecilho para a atuação profissional e que restringe o atendimento ao usuário é a falta de espaço disponível para o encontro entre profissional e usuário.

[...]eu não posso atender um paciente e fazer um exame clínico nele, eu não posso porque eu não tenho sala. A gente divide essa sala, eu, a outra enfermeira e mais dois auxiliares. Então a gente se reveza em quem senta pra atender [...] eu não posso examinar uma paciente aqui se eu tenho mais três pessoas aqui dentro, né? A janela é baixa, então quem passar ali olha eu atendendo o paciente. EF-2

Aí você vai nos cursos eles falam: ‘olha você tá atendendo este tanto, você vai fazer isso, você vai fazer aquilo’. Você não vai fazer, você não tem sala pra fazer, entendeu? Então você faz conforme dá, então, assim, você quer fazer, mas você não pode, é muito complicado. EF-1

A estrutura física atrapalha muito eu desempenhar a minha função, porque nós não temos sala, olha você tá vendo aqui, tem dois computadores pra quatro atenderem de manhã, então, atende vamos dizer, por ordem, quem chegou primeiro. EF-2

Então divide, o ginecologista os 3 enfermeiros pra colher prevenção, mais um medico do PSF que usa. Então, pelo menos, devia ter duas salas, porque a hora que a paciente chegar pra colher prevenção, porque a nossa meta tá baixa, sempre foi baixa, porque a gente tem que ter horário, tem que dar seus ‘pulos’ porque esse horário não pode porque tá usando, tem que ser só depois, aí, às vezes, a mulher não pode nesse horário, então se ele tá aqui e pudesse, tivesse uma sala vazia daria pra fazer. EF-2

Acerca destas dificuldades, as trabalhadoras apontam que são dados ‘jeitinhos’ que possibilitam, de certa forma, o andamento do trabalho. Assinalam que, para isso, contam com a boa vontade dos profissionais.

Vai dando jeitinho, igual pra ele [médico] vir aqui, a gente vai ter que alterar o horário dela [psicóloga] ou dele, mas depende que um dos dois concorde. Não sei se ele vai concordar porque ele não veio ainda. Eu e a Fulana não fazemos exame em paciente, se eu preciso examinar uma gestante [...] eu vejo se tem alguma sala desocupada e examino, ou então peço pra um médico no intervalinho de uma consulta, mas isso é muito raro, a gente quase não faz isso. EF-1

E assim é pra atender um paciente e assim ninguém vai colocar um empecilho porque sabe que é pra atender um paciente, mas é uma equipe fácil de conversar. Se fosse outra equipe já não sei, mas é uma equipe fácil de lidar. Se eu precisar que saia dois minutinhos a pessoa sai, pode até reclamar, mas sai. É um pessoal legal até pra trabalhar. EF-1

Outro elemento que podemos vincular à vivência das condições de trabalho pensando acerca de suas consequências tanto para o trabalho quanto para o trabalhador da saúde é o fator tempo. Por um lado, as trabalhadoras sentem que não podem usufruir o tempo necessário para realizar suas tarefas, tendo que deixar de fazer o que seria a essência do trabalho da ESF, conforme relata a auxiliar de enfermagem.

Não sei parece que antes... hoje, a gente foca mais aqui, na unidade, em resolver a doença, em resolver, sabe?! E coisas que assim, pra mim né, a gente trabalhava mais prevenção no começo do que agora. Agora, parece que a coisa tá tão apurada que a gente tem que tá aqui, tem que tá aqui dentro, tem que tá trabalhando aqui dentro. Mais ou menos assim, a gente conseguia fazer outros trabalhos a mais lá fora. AEF.

[...] não tem mais tempo pra fazer os trabalhos lá fora, aí é complicado. O PSF na verdade, assim, ele não é mais igual ele era no começo. No começo queriam mostrar o PSF, então a gente fazia um monte de trabalho fora sabe, coisas de trabalhar a prevenção, né. E hoje já não tem mais tempo, a gente se envolveu tanto com o trabalho aqui dentro da unidade que tem dias que você tem trabalho pra sair fora e não pode sair daqui. AEF

Uma das falas da Agente Comunitária de Saúde aponta para necessidades específicas de sua categoria profissional. Ela se refere à falta de materiais simples, que se existissem, poderiam tornar o trabalho melhor:

Aí vou sair no sol, tá muito quente, a gente recebe protetor e tudo mais, mas não é suficiente né. E chuva também a gente não sai, porque a gente não tem aquele material, uma capa de chuva, um guarda chuva ou alguma coisa. ACS

Ainda no depoimento da ACS, uma fala que chamou muita atenção foi quando ela assinalou que o profissional de saúde parece ser suscetível de adoecer pela própria natureza do seu trabalho, mas que isso não é levado em conta, não lhe sendo fácil procurar assistência.

[...] a gente precisa de assim, como posso dizer... de saúde. A pessoa que trabalha assim na saúde, ela já... se ela não...todas as pessoas sabe, tem alguma coisa, tem algum problema, adquire algum problema ou é uma depressão, ou é uma dor aqui, uma dor ali..

É uma coisa assim, inacreditável, então assim, parece que você pega um pouco daquelas doenças. Então assim, às vezes é difícil você pegar atestado, as vezes é difícil você sair porque não tem material. ACS (grifo nosso).

1.2. Frustração, desânimo e outros sentimentos advindos do trabalho.

As trabalhadoras, ao relatarem sobre sua rotina de trabalho, deixaram transparecer que fazem parte de sua vivência o sentimento de frustração. Um ponto de convergência quanto a esse sentimento diz respeito à impotência frente a limitações impostas pela própria organização do sistema.

É complicado, a gente fica triste até, a gente tenta resolver tudo que vem, a gente procura meios pra tentar resolver, mas tem coisas que não dá mesmo, né, claro que a gente gostaria que tudo desse pra ser resolvido, mas nem tudo é resolvido. Às vezes a gente até consegue resolver, mas não rápido, da maneira que tem que ter, que a pessoa precise, mas, tudo a gente tenta resolver, mas.. AEF

[...] quando você vem aqui e você não tem o que passar pro paciente, entendeu? Quando alguma coisa assim dá errado, aí você pega e fala assim, vou fazer o que pela população? Se a pessoa precisa de um médico e eu não posso fazer o papel do médico, então essa é a parte mais negativa que eu acho. Você quer ajudar mas você não tem como, entendeu? Então não adianta você ir lá, você bater na porta e falar, ‘ó, dá pra fazer desse jeito’, mas quando a pessoa pede pra você fazer, você não consegue, então acho que isso é um ponto negativo. ACS

[...]a gente fica chateada né, porque a nossa função é ir lá no paciente, eu não vou chegar no paciente e falar, você tá bem, tá precisando de alguma coisa? Aí a pessoa fala, não, eu tô. E aí eu vou falar o que? Ah, então, eu não posso ajudar o senhor. Então pra que eu tô indo lá? Entendeu? Então assim, a gente tem vontade de ir, que nem eu falei, às vezes dá errado mesmo, não tem como e tal. Mas, a gente tem que ir com uma... com uma resposta né, porque você pergunta, e aí você tá precisando de alguma coisa? Ah, eu tô, tô precisando de médico. Ah, mas o medico não ta atendendo. Então... até mesmo o paciente fala, então pra quê você tá aqui, então? ACS

É legal saúde pública? É legal, mas eu acho frustrante, porque o que você tem que oferecer pro paciente nem sempre você consegue. Não parte de você ter um exame, não parte de você ter um remédio, não parte de você ter um especialista. Eu preciso ir lá e fazer um curativo em um paciente, eu não tenho a melhor medicação, que eu sei que seria ótima. Então é legal, mas é frustrante né, você tá cuidando do paciente mas você fica limitado, então você começa a ficar frustrado e o paciente fica frustrado. EF-1

As dificuldades advindas deste tipo de situação causam ao trabalhador muito sofrimento, uma das enfermeiras fala no sentir-se em exaustão e pontua a necessidade de afastar-se do contato com os usuários:

É que eu já tô no meu limite já, já tô no meu limite de atender e ficar escutando reclamação, assim, são 10 anos e eu já tô no meu limite então eu pedi transferência pra fazer burocracia, ir lá pra epidemia, você continua trabalhando com paciente mas de uma forma menos cara a cara, é mais papelada, porque eu já tô esgotada. EF-1

Podemos perceber que tais elementos mostram-se mais intensos de acordo com as nuances do personalidade de cada sujeito, sobretudo em relação à auto cobrança. Na fala de uma das enfermeiras isto fica mais claro.

[...] mas é o que eu te falo, você atende 20 pacientes, você passou o dia inteiro atendeu os 20, foi super legal, você conseguiu fazer, vai lá conversa, quando os pacientes são legais. Quando é 4:30 da tarde você atende o último que quer uma coisa que você não conseguiu, se ele brigar com você ele destrói o seu dia inteiro e os seus 20 que você conseguiu resolver. Isso é batata, é um, mas esse um te pesa e você esquece os outros 20 que você atendeu legal. Isso, eu acho que é com todo mundo. Ou seja, você não consegue lembrar dos outros 20, você fica com aquilo na cabeça, do ultimo que você atendeu e reclamou e brigou com você. Eu mesmo fico me cobrando se eu fiz alguma coisa errada, se eu poderia ter feito mais, né. Você não fica naquela: não fiz porque não deu, você acha que é você, eu pelo menos fico pensando, será que não fui eu? Será que eu não podia ter feito mais alguma coisa? Fica se cobrando, porque você quer resolver, né. Eu sou perfeccionista, eu gosto de resolver as coisas, eu não gosto de

falar, ah não sei. Eu gosto de ir atrás, então se o ultimo me fizer isso as 4:30 da tarde me destrói o dia inteiro. Eu esqueço os outros que eu atendi bem, que eu consegui resolver o problema, então, é um meu, não sei se acontece com todo mundo, mas acabo me frustrando o dia inteiro, eu vou dormir pensando naquele problema, naquele paciente que brigou, eu demoro de um dia para o outro pra parar de pensar naquilo. Fico com aquilo na cabeça. EF-1

Aquilo que os usuários sentem em relação ao serviço e como eles se comportam também afeta de modo importante os profissionais de saúde.

[...] pessoas que vem gritando e tal, aí a gente tem que ter aquela calma né, porque você não pode ...né, do mesmo modo, mas fora isso tem muitos pacientes que são bons, entendem o trabalho, ou que reclama bastante da prefeitura, da secretaria, tem uns que ficam calmos, ‘olha eu sei que a culpa não é sua’, mas tem outros que já briga achando que a culpa é nossa. [...] Tem muitas pessoas que não reclama, que vem, que gosta, a gente recebe muitos elogios, ‘ ai eu gosto desse posto’ e tal. Mas assim, é bem dividido. Assim, 20% é meio briguento, quer conseguir as coisas no grito, aí é onde dá esses problemas. ACS

É você saber que vai vir um dia vai ser legal, você vai conseguir fazer tudo, no outro dia algum paciente vai brigar com você, você sabe que vai ser assim. Até um dia você conseguir a transferência ou mudar o estilo do SUS, ou o público ofertar mais. EF-1

[...] como toda área, tem aqueles dentro da sua área que é problema e sempre vai ter. Quando você vê o nome dele aqui você já se prepara porque você sabe que vai ser pepino, entendeu? (risos). EF-1

[...]tem paciente que chega na recepção que quer as coisas, levanta o tom de voz aí elas[da recepção] falam: vou passar pra enfermeira, aí quando já chega aqui você fala, bom dia, boa tarde o que que tá acontecendo? No que que eu posso te ajudar? Já num tom de voz mais baixo, então ele já se acalma, então a gente já tenta resolver. EF-2

Apesar da dimensão negativa apresentada por meio dos relatos anteriores, aparecem também sentimentos positivos em relação à escolha da profissão e ao cuidado em si. Todas as entrevistadas afirmaram gostar do que fazem. Destacamos a fala carregada de sentimento de uma das enfermeiras.

[...] eu amo o que eu faço, então eu faço de coração. Pra mim não é...dizem que trabalho é aquela coisa que dá 'trabalho', pra mim não é, é uma satisfação trabalhar, amo o que eu faço. Se Deus me deu uma coisa nessa vida foi a escolha que eu tive de fazer enfermagem, me formar e estar na saúde pública. EF-2

[...] eu voltei de férias vai fazer dez dias... eu falei assim que se eu pudesse tirar as minhas férias, eu queria que meus 30 dias de férias fosse assim, quando eu me cansasse eu falasse pra chefe olha, amanhã eu não venho trabalhar, então se eu tivesse que fazer alguma coisa...não ficar 30 dias corridos, porque eu fico cansada, porque 30 dias eu fico em casa pensando no meu serviço. Tanto que nas minhas férias eu venho aqui. EF-2

1.3. A Humanização

Embora as unidades de significado anteriores contemplem conteúdos relacionados à humanização no trabalho, para apreendermos o entendimento das entrevistadas acerca desta questão, fizemos a elas um questionamento genérico: “e sobre humanização, o que você poderia me dizer?” As respostas que vieram dizem respeito à noção de um melhor atendimento ao usuário e sobre mudanças que ocorreram nos processos de trabalho em consequência da implantação da PNH.

Os excertos abaixo, retirados da fala da auxiliar de enfermagem e da agente comunitária de saúde caminham no sentido da humanização enquanto algo que deveria gerar alteração:

Então, desde quando eu comecei, a gente vem trabalhando isso né, então é cada dia tentar melhorar mais. Assim, eu acho que melhorou muito, assim, do tempo que eu comecei pra cá né. AEF

Ó, não tá mudando nada não viu. Sinceramente. No começo achei que tava até piorando sabe? No começo piorou, daí melhorou, aí agora tá meio termo, sabe? ACS

A noção de humanização como uma forma de lidar com o usuário, tratar bem, em algo que é possível aproximarmos do conceito de empatia, pode ser observada na fala de uma das enfermeiras.

Eu faço humanização, eu acho que eu sempre fiz, mesmo antes de ser, no caso, programa? projeto? Não sei. Porque quando eu fazia faculdade minha mãe falava pra mim: você trate os pacientes como se você tivesse tratando a mim, sua mãe, um parente seu, você trata como você gostaria de ser tratado. Então é assim que eu trato, então, hoje a política é de que você tem que tratar bem a pessoa, você tem, porque se a pessoa chega numa unidade de saúde ela não vem aqui pra passear. EF-2

Então você tem que ter uma forma de você tratar, você não tem que deixar o paciente ficar aí esperando, porque não tem coisa pior do que você ir num lugar e ficar esperando, então você não pode esperar em banco, [...] você tem que ter uma forma de você ser ágil e resolver o problema sem deixar o paciente ficar esperando muito tempo. EF-2

1.4. A experiência do GTH e o elemento gestão

A pergunta sobre a humanização trouxe muitos conteúdos vinculados à experiência de um GTH que aconteceu no serviço em que as trabalhadoras estão vinculadas, para elas a implantação do grupo aparece como algo preconizado pelo Humanizausus.

Surgiram também relatos de experiências anteriores a essa proposta do GTH, mas identificados como semelhantes pelas trabalhadoras, como é possível observar nos excertos a seguir:

Ó, a gente já tinha, antes de se falar em humanização, a gente já tinha, desde quando eu entrei há 9 anos, já tinha reunião de colegiado. A reunião de colegiado ela sempre acontecia uma vez por mês ou a cada quinze dias, depende, e era um profissional de cada categoria, então a gente tinha serviços gerais, o agente de saúde, auxiliar de enfermagem, a enfermeira, o medico. Então a gente trabalhava organização dentro dessa reunião de colegiado. EF-2

[...] a gente tinha o, como chama mesmo?... a gente chamava reunião da roupa suja, que era uma pessoa de cada setor que a gente se reunia um dia na semana pra discutir o que acontecia, daí a gente falava que era a lavagem de roupa suja...então era assim, também era boa, porque você colocava, tudo que tava de errado você colocava naquela reunião, pra poder tentar mudar. Foi boa também, mas também acabou. ACS

Especificamente sobre a experiência do GTH, como pontuado anteriormente vincula-se a necessidade decorrente do processo de implementação da PNH:

Por causa da política, da implantação, então a gente começou a estudar o GTH das cartilhas que vieram do ministério, então nós começamos um grupo uma pessoa de cada categoria pelo menos... não eram todas as categorias, mas pelo menos o máximo de categorias que a gente sentasse, nós sentávamos uma hora por semana e nos líamos a cartilha...essa cartilha, não deu muito certo. EF-2

A gente foi ver o Humanizaus tudo, e não via resultado né, porque era muita coisa. Briguinhas, essas coisas. Aí depois melhorou, cortou esses negócios de discutir, fuxico, essas coisas. ACS

Sobre a compreensão do sentido do grupo, destaca-se a fala de uma das trabalhadoras que pontua ser o objetivo propor melhorias entre os funcionários para que posteriormente houvesse uma melhora em relação ao atendimento dos pacientes.

Melhorar dentro da unidade de saúde entre os funcionários, pra você depois ir melhorando o fluxo de atendimento de pacientes, mas se você não consegue fazer nem entre os funcionários dentro da unidade não vai chegar nunca até os pacientes. Então foi onde acabou morrendo, no passado a gente tinha, parou e não foi retomado mais, não teve continuidade. EF-2

Para as trabalhadoras, o fracasso da iniciativa é fortemente vinculado ao posicionamento da figura representativa da gestão dentro da unidade de saúde e também a fatores referentes ao que podemos relacionar com as condições de trabalho, mais especificamente o fator falta de tempo.

Sobre o excesso de trabalho e conseqüente falta de tempo como elemento vinculado ao fracasso do grupo, destaca-se a fala da agente comunitária de saúde.

Foi, foi bom... No começo foi bom, mas depois por motivos assim, de... de... assim de falta de funcionários, de serviço, de outras pessoas, então não continua, o trabalho que foi feito não continua...as vezes até por falta de funcionário, as vezes por excesso de trabalho, entendeu? Então, não dá pra você começar um trabalho e continuar, porque sempre é interrompido... 'Ai, olha, não vou poder ir hoje porque vou ter que cobrir fulano em tal lugar, olha não vou poder ir hoje porque vou ter que atender paciente e tal, tal, tal' Então assim é quebrado esse início. ACS

O comprometimento de todos os trabalhadores para com as decisões acordadas também figura entre os pontos relacionados com o término do grupo.

[...] o que aconteceu nessas reuniões era assim, eu vou fazer, eu vou fazer, eu vou fazer, mas nada faz...nada sai do papel. Então não adianta... é igual eu falei pra você, não sou só eu, tem muita gente que desiste, porque você bate na mesma tecla...você vai bater na mesma tecla, entendeu? Então, o povo desiste, ai fala, eu não vou mais porque não resolve nada. ACS

[...] as cartilhas, elas são ótimas, mas eu acho que pra coisa funcionar... teria que passar pra todo mundo e todo mundo aceitar. Por exemplo, se eu tive um atrito com você, eu tenho que saber que eu quero escalar uma pessoa que trabalha, mas que não seja amigo nem meu nem seu pra intermediar, porque eu acho que você tem que falar o que tá acontecendo, o que tá te incomodando. EF-2

Abaixo, os excertos que apontam para a relação citada anteriormente entre o fracasso do grupo e a figura da gestão:

[...] tentou-se, mas não tinha muita colaboração da diretora e aí quando o pessoal ia era mais pra ficar lavando roupa suja mesmo do que pra pensar e fazer uma melhora, aí foi morrendo, foi morrendo, foi parando. EF-1

Por causa da pessoa [diretora], acho que isso... Na secretaria de saúde, algumas pessoas lá dentro sabiam, por isso que eu te falo, até que ponto que eles sabiam e não podiam fazer nada ou eles sabiam e não fizeram nada. EF-2

Olha, a gente até tentou fazer aqui pra melhorar as coisas na unidade, mas dentro da prefeitura... a gente tava com muito problema. [...] A nossa direção, tanto antes como agora, é cargo de confiança, né. Ela pode até vir com a melhor das boas intenções, mas não são preparadas, não conhecem aqui, de saúde, né. E querendo ou não todo funcionário fica com o pé atrás com quem é cargo de confiança. A pessoa por mais que ela venha com boas intenções você não vê ela com bons olhos, porque você fez um concurso, um monte de gente de 20 anos de carreira, tá lá fazendo besteira na secretaria, por isso é que colocaram cargo de confiança. Então, assim, é complicado esse lidar, dentro da humanização dos funcionários. Porque o profissional diretor não tratava o funcionário bem, não era ético né, então como é que você vai lidar com isso se o seu chefe não é ético, se ele expõe a sua avaliação. Então teve algumas coisas complicadas, agora a gente mudou a direção, não sabemos como é que vai ser né, esperamos que seja melhor. EF-1

Exatamente porque não era uma pessoa preparada, agora a outra que entrou não sei, vamos ver como ela vai se comportar, se ela vai retomar o GTH, porque a gente tinha colegiado... e aí foi parando tudo. Porque ela nem conduzia, ela não conseguia conduzir, não tinha competência nem pra condução do grupo. EF-1

Não deu muito certo por causa de umas confusões que aconteceram e por causa da diretora que nós tínhamos, entendeu? Não vou falar mal dela, porque num... Mas, assim, deu muita confusão, aí nós começamos a implantar rodas de conversa, porque tava acontecendo alguns problemas de um funcionário poder fazer alguma coisa o outro não poder, e aí um se revoltava, um podia o outro não podia, aí ninguém falava com aquele que não podia. Ia pra fazer roda de conversa, aí o outro não queria fazer roda de conversa, aí quando ia fazer, sentava e falava: eu não quero essa pessoa pra participar, porque você tem que por uma pessoa neutra, pra poder intermediar, não defender um, nem defender, aí teve roda de conversa que a pessoa falou, não, eu quero a fulana, mas a fulana não pode, porque a fulana é sua amiga. Ela não pode tá. Aí não teve roda de conversa, como foi tendo muito problema, parou. EF-2

Nota-se que à figura da direção é relacionada uma hierarquização e centralização no processo de gestão trabalho, sendo que a esta figura caberia às funções de ordenar, cobrar.

[...] mas se você não tem a direção pra depois você definir, olha então vamos fazer isso, vamos chamar não sei quem, vamos melhorar, não adianta. **Porque ela é a diretora, é ela que tem que mandar ela que tem que consertar o que tá errado.** Não é eu vou lá e falo pro funcionário, olha você tem feito isso, eu vou te chamar vamos conversar porque isso tem atrapalhado os outros colegas [...]tem que partir da direção, e não era feito. Então, foi frustrando... EF-1 (grifo nosso)

A gente tinha problemas, a gente queria resolver, mas a gente... Eu via, tá? Vou falar de mim. Eu não via muito é, como que é o termo que eu posso usar... Comprometimento da direção (pausa) entendeu? Porque o que tinha que acontecer, tinha que acontecer e todo mundo tinha que fazer, **então a direção ela tinha que cobrar.** Fazer com que aquilo acontecesse, mas... a coisa foi parando... as meninas começaram a... uma das meninas teve bate boca, sabe? E aí, fazer reunião pra que? Não se chegava à conclusão nenhuma, a direção tanto faz como tanto fez. Ah porque ‘tatata’, chegava na reunião ela pegava, saía, atendia telefone. Dá licença gente, eu preciso atender o telefone, saía...Eu acho, a meu ver, que todo mundo decidiu, é assim que vai funcionar, nós vamos fazer dessa forma, ela teria que cobrar de todo mundo. Aí você vai cobrar porque? **Você acaba que fala, ah mas ela não cobra, aí começava a confusão.** [...] aí, aqueles que eram cobrados falavam, mais porque eu sou cobrado e o outro não? EF-2 (grifo nosso).

Outros elementos das falas das trabalhadoras também remetem à centralidade da gestão do serviço, agora vinculada a órgãos como a Secretaria Municipal de Saúde, ou o pessoal de ‘cima’.

Sinceramente? Porque assim, a minha visão é vista por baixo, entendeu? Porque essas mudanças, não as mudanças de atendimento ou de fluxo de atendimento dentro da unidade, isso é coisa lá de cima, isso é coisa de gestor... é, prefeito, de organização.

EF-2

Então é uma coisa que não... E é assim, é eles, é coisa lá de cima. E a equipe aqui é muito unida, então acho que é por isso que eu gosto de fazer o que eu faço, porque a gente não tem confusão aqui, você ouve falar, aí unidade problema. EF-2

Porque depende, se elas são cargo de confiança, então elas tem que... fazer a coisa andar redondo, pra que atenda todo mundo e não tenha reclamação. Porque uma das reclamações que todo mundo faz, todo mundo vê, passa na televisão, é... a insatisfação, é com a segurança e a saúde. Porque o funcionário público todo mundo fala que acaba... ah deixa pra lá, eu não vou ser mandado embora, eu faço do jeito que eu quero, é, eu chego a hora que eu quero, eu vou embora a hora que eu quero, não é o nosso caso, tá? Mas...tem que seguir, ela tem que fazer com que a coisa aconteça EF-2

Ó, eu não posso falar mal, porque toda vez que eu fui na secretaria me trataram muito bem. O que eu poderia reclamar é que eles poderiam ouvir mais a gente, porque eu acho que eles sabem dos nossos problemas, do que a gente passa aqui, mas às vezes não fazem nada, ou não fazem porque não querem, ou não fazem porque não podem. Então a gente nunca sabe o que tá acontecendo. EF-2

Em contrapartida, uma gestão ideal é pontuada por uma trabalhadora, concebida como uma gestão parceira, disponível e sincera:

Eu acho que uma gestão ideal, é aquela que você pode contar, com a gestão, né. Que você tem aquele apoio, aquela força... 'não, eu ajudo você e tal', então eu acho que tem que ter aquele contato, aquela, aquela...como posso dizer, aquela..., me fugiu o nome... aquela sinceridade, eu vou te ajudar e vou fazer, não sei se é bem essa a palavra. ACS

Ainda sobre a experiência do grupo de trabalhadores, percebe-se que o desconforto e o que elas relatam como fracasso, gerou desânimo acerca deste tipo de iniciativa.

E ó que eu tô há 5 anos aqui, já vi muito projeto, assim, inventaram muito... nem reunião geral não tem mais... ACS

Olha, eu vou dizer assim, eu acho, eu falei uma vez aqui dentro já e eu acho que isso é uma perda de tempo. Porque assim, primeiro você tem que ter interesse... tem que ter tempo e tem que ter vontade. Então aqui é assim, os três não dá, é interesse, é vontade e é tempo.[...] as meninas falam ‘ vamos fazer tal coisa’ eu falo: acho melhor nem fazer... é que eu sou realista, entendeu? Eu não vou começar mais um projeto, um trabalho, alguma coisa, pra mim ir lá na casa do paciente convidar, vamos supor, convidar o paciente ou marcar até mesmo aqui no posto e não vim. Ou outra, eu chego aqui e falo vamos fazer e marcar seus compromissos, cancelar seus compromissos pra você começar a vim e não ir pra frente, entendeu? ACS

É, desânimo... A pessoa, como se diz, já ouvi muito isso aqui dentro, se esgota. Diz, ‘eu não, vou fazer meu serviço só que eu ganho pra isso’ chega até o ponto de falar, ‘eu vou trabalhar no meu setor, vou fazer meu serviço, que eu ganho pra isso, pronto’. Sabe, não quer mais ficar criando nada, planejando nada... Então é desânimo mesmo ACS

Frente a possibilidade de recuperar o ânimo e a possibilidade de se construir novos projetos de discussão entre os trabalhadores, há alguma esperança:

Olha, eu assim, eu acredito, entendeu? Eu acho que dá, mas é igual eu falei, o desânimo já bateu em todo mundo [...] Eu acho que se todos quiserem dá, mas assim, tem que ser todos, porque se só meia dúzia quiser não dá, mas se todos se reunirem e falar vamos fazer? Dá. Dá sim, com interesse né? Da pra fazer. ACS

ESTABELECENDO RELAÇÕES ENTRE AS VIVÊNCIAS DAS TRABALHADORAS E A HUMANIZAÇÃO NA ATUAÇÃO EM SAÚDE.

De acordo com a metodologia adotada, esta parte do estudo corresponde à análise nomotética, ou seja, o momento em que as vivências agrupadas em unidades de significados são colocadas em diálogo com o conhecimento teórico produzido visando discutí-las em suas convergências e divergências, em busca de relações para a compreensão do fenômeno pesquisado.

1.5. Vivenciando o trabalho com insuficientes condições materiais

Questiona-se a respeito da ampla problemática das condições materiais de trabalho relatado pelas entrevistadas. A falta de espaço físico na Unidade de Saúde coloca as enfermeiras em xeque, inclusive enquanto às prescrições de suas respectivas funções bem como do que acreditam ser o correto.

Para a Política Nacional de Humanização, humanizar é valorizar todos os sujeitos envolvidos no processo de produção do cuidado, dentre eles o trabalhador. Melhorias nas condições de trabalho e atendimento e, o compromisso com a formação dos trabalhadores também figuram na concepção de humanização presente nos documentos oficiais do Ministério da Saúde (Brasil, 2008).

Ainda pensando a perspectiva do trabalhador presente nos documentos da PNH é possível encontrarmos dentre as diretrizes a prerrogativa de valorização do trabalho e do trabalhador da saúde. Entre os eixos de implementação temos um, especificamente, destinado a gestão do trabalho, que prevê: “a promoção de ações que assegurem a participação dos trabalhadores nos processos de discussão e decisão, fortalecendo e valorizando os trabalhadores, sua motivação, seu desenvolvimento e seu crescimento profissional (Brasil, 2008 p. 35).

Algo que salta aos olhos ao pensarmos acerca das vivências das trabalhadoras é a disparidade entre as necessidades apontadas e as propostas de valorização do trabalhador da PNH. Parece-nos que as necessidades apontadas por elas, relacionadas à falta de estrutura física, como sala para realização do trabalho, são básicas e essenciais para o desenvolvimento de suas atividades e para um atendimento mais efetivo ao usuário dos serviços de saúde. Podemos pensar que para que os trabalhadores se envolvam em processos de discussão acerca do seu processo de trabalho na perspectiva do empoderamento proposto por processos políticos coletivos como o Programa de Formação em Saúde do Trabalhador (PFST) e a Comunidade de Pesquisa Ampliada (CAP) é importante que anteriormente lhe sejam **garantidas** condições concretas de exercer seu trabalho.

Quando questionada acerca das possibilidades de mudança dessa situação, uma das enfermeiras é clara em dizer que são decisões que escapam aos trabalhadores:

Como que vai aumentar esse posto? Eu por mim fazia uma desapropriação desse terreno do lado, a casa tá caindo aos pedaços e não sei que, e aumentaria o posto, mas não é tão simples, **não é eu, assim**. Fazer dois andar nesse posto? Impossível, porque é uma unidade de saúde, é cadeirante, é idoso, é criança, como que você vai ter escada? **Então,**

não tem como. Construir outro poderia? Aonde? Não tem. **Então é uma coisa que não... e é assim, é eles, é coisa lá de cima.** EF-2 (grifo nosso).

Neste sentido, a fala da enfermeira remete ao fato de que são possíveis negociações e melhoras por intermédio de mudanças nos arranjos de trabalho, mas que para algumas alterações não há *quantum* de autonomia que seja suficiente, e a mudança de elementos como o acima explicitado é de responsabilidade da gestão de saúde do município. Ainda sobre esta questão, a trabalhadora sente o descaso por parte dos gestores:

[...] é que eles poderiam ouvir mais a gente, **porque eu acho que eles sabem dos nossos problemas, do que a gente passa aqui**, mas, às vezes não fazem nada, ou não fazem porque não querem, ou não fazem porque não podem. Então a gente nunca sabe o que tá acontecendo. EF-2

É sabido que determinadas características do ambiente de trabalho, dos equipamentos utilizados e da própria organização do trabalho podem afetar negativamente a qualidade do cuidado. Desta forma, e entendendo que o cuidado enquanto produto do trabalho se dá no momento em que é consumido, podemos pensar que defasagens nas condições materiais, além de serem ruins para os trabalhadores também são para os encontros realizados em relação à produção do cuidado (Lacaz e Sato, 2006). Discutir a qualidade da assistência incorre necessariamente na discussão da qualidade dos fatores que influenciam o trabalho em saúde, desta forma:

Particularidades do ambiente de trabalho, dos equipamentos e da organização do trabalho muitas vezes conspiram contra a qualidade do cuidado. Este deve ser visto como um processo de vivências que permeia as atividades desenvolvidas no local de trabalho pelos trabalhadores que ali atuam procurando imprimir ao atendimento dado ao cliente o tratamento que é merecedor qualquer ser humano (Lacaz e Sato, 2006 p. 118).

Para lançar mais luz a essa vivência de condições insuficientes de trabalho, podemos estabelecer uma relação com o conceito de trabalho em saúde baseado nos preceitos de Marx, conceito esse composto pela relação entre objeto de trabalho (necessidades humanas de saúde), instrumentos (elementos entre o trabalhador e o objeto de trabalho), finalidades

(cuidado em saúde) e agentes (trabalhadores). Quando há desfalque em um destes componentes - em nossa análise, os instrumentos materiais de trabalho - há um desequilíbrio no trabalho e conseqüentemente na qualidade do cuidado em saúde, bem como nos aspectos que tangem ao trabalhador.

Mas, quais elementos podem ser relacionados ao fato de existirem problemas da ordem dos instrumentos nos serviços de saúde? Tocamos em um ponto nevrálgico de toda a discussão acerca do Sistema Único de Saúde, também presente nos documentos oficiais da PNH, qual seja: a diminuição da interferência da lógica privada e sua ligação com a garantia de recursos suficientes para a manutenção do sistema. Ora, a garantia de melhores condições de trabalho passa necessariamente pelos aspectos de financiamento do SUS. Acrescenta-se a estas discussões a esfera da reestruturação produtiva imposta pelo capitalismo que precariza os vínculos empregatícios, no caso da saúde e em relação ao serviço público, esta tendência caminha a favor do neoliberalismo (Ribeiro, Pires e Blank, 2004).

Outro ponto a ser considerado é a forma com que se estabelece a relação entre o Trabalho e as condições estruturantes da organização capitalista, a lógica do capital prevê necessariamente a exploração do trabalhador enquanto sustentáculo para sua própria existência, ou seja, para que o capitalismo em toda sua perversidade funcione é preciso que o trabalhador seja explorado e, neste sentido é possível pontuar as mais diversas formas de exploração, inclusive às vinculadas as condições de trabalho. No que tange as discussões propostas pela PNH e o sentido da Humanização é possível refletirmos: será que existe a possibilidade de um trabalho humanizado quando inserido na lógica de um Estado regido pelos princípios do Capital? As propostas de empoderamento dos sujeitos poderiam ser aproximadas a ideia de consciência de classe? Pensamos ser imprescindível não só a humanização no/do trabalho, mas a toda esfera de relações sociais a superação da organização capitalista, da divisão de classes e da propriedade privada.

Todavia, qual seria a postura ideal enquanto o capitalismo não é superado? A observância da esfera material do trabalho enquanto responsabilidade da macro gestão do sistema, não faz com que seja menor a importância das negociações do âmbito micro-político evidenciado pelas saídas criativas dos trabalhadores para conseguirem encaminhar seus trabalhos. Nos depoimentos colhidos isso se torna claro com a estratégia dos 'jeitinhos'.

[...] aqui a gente se ajuda, a gente se entende, então por isso que a gente vai sempre dando um jeitinho. Os médicos desocupam a sala que sabe que todos precisam, então não tem aquele médico que fala essa sala é minha e você não pode entrar. EF-2.

Para Merhy (2002) as negociações na esfera micro-política, o cenário de disputas no cotidiano das instituições são capazes de romper com o instituído. Segundo o autor, este nível das relações se constitui enquanto local estratégico para operar mudanças nos processos de trabalho em saúde. Encontrar saídas e construir estratégias de mudança nos locais de trabalho de acordo com as necessidades, constitui uma tendência dos trabalhadores a medida que estes não são imunes as situações postas, pelo contrário são capazes de responder criativamente, entendendo assim o trabalho como algo instituído entre as prescrições de funções e a necessidade de modificá-las de acordo com as necessidades concretas e as causas passíveis de adoecimento (Barros, Santos-Filho, Silva e Gomes, 2010).

1.6. Vivenciando o trabalho como frustração, impotência e adoecimento.

O adoecimento constante dos trabalhadores de saúde, também presente na fala das entrevistadas constitui, de acordo com Rollo (2007), um fenômeno significativo no âmbito dos serviços de saúde, vejamos alguns dados trazidos pela autora:

[...] dados de pesquisa realizada a partir do Sistema Único de Benefícios do Ministério da Previdência Social, em 2004, mostram, onde estão notificados afastamentos por doença do trabalho por mais de quinze dias: prevalência de afastamento por mais de 15 dias nos trabalhadores celetistas da saúde é de 435,25/10 mil, sendo 29,46/10 mil por acidentes de trabalho e o restante de 405, 35 por auxílio nas demais doenças; nas atividades de atendimento hospitalar este numero chega a 550,78/10 mil. Os grupos de causa mais frequentes nos afastamentos (CID-10) são problemas osteomoleculares (113,92/10 mil), lesões e envenenamentos (80,99/10mil) e distúrbio mental/comportamento (54,18/10 mil). As causas específicas de maiores prevalências foram depressão (35, 3/10 mil –CID F32 e F33) e dorsalgia (32,12/10 mil) que, juntas, são responsáveis por mais de 15% dos afastamentos (Rollo, 2007 p.47).

Alguns fatores podem ser identificados como responsáveis pelo adoecimento dos trabalhadores da saúde como o excesso de trabalho, desproporção entre a demanda e a oferta de serviço de saúde, gerencia autoritária ou omissa, fragmentação do processo de trabalho e problemas materiais. Rollo (2007) argumenta que desde o principio do SUS a assistência à saúde de seus trabalhadores e a garantia de territórios de trabalho saudáveis se constitui

enquanto um paradoxo, dado que desde sua implementação o sistema não problematiza de modo efetivo o direito dos trabalhadores da saúde o acesso a territórios de trabalho saudáveis: “nos quais se constituam como sujeitos construtores, reconheçam-se e sejam reconhecidos como pertencentes e membros ativos em todo processo de produção de saúde e, como humanos, têm fragilidades, limites e podem adoecer” (Rollo, 2007 p.19).

Para a autora é preciso pensar o trabalho em saúde contextualizando-o com o capitalismo globalizado que traz à baila a superinformatização e faz com que o trabalho/trabalhador humano seja cada vez mais desvalorizado, a isto se soma outro elemento responsável pela desvalorização, como mencionado anteriormente, o subfinanciamento do SUS influencia sobremaneira este cenário no qual os trabalhadores se tornam invisíveis ou esquecidos:

Outra questão que contribui para este ‘esquecimento é o desprezo e desqualificação dos serviços e servidores públicos por parte das políticas neoliberais do Estado mínimo, com seus interesses de privatização agressiva de empresas estatais e da permissão para que a lógica lucrativa do mercado adentre com vigor no seio das políticas de saúde, educação, cultura e lazer. Ações de mídia e discurso de porta-vozes desta política têm, reiteradamente, apresentando os funcionários públicos como os principais culpados pela ineficácia dos serviços públicos, o ‘bode expiatório’, e como tal não devem ou não podem ser valorizados e bem cuidados (Rollo, 2007 p. 20).

No que tange aos conteúdos trazidos nas falas das trabalhadoras em relação ao sentimento de impotência, sobretudo em relação a questões que se encontram para além das responsabilidades a elas atribuídas, há consonância com diversas pesquisas realizadas com profissionais da saúde em diferentes contextos institucionais do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Martines e Chaves (2007) em um artigo referente a uma pesquisa que desenvolveram acerca da vulnerabilidade e sofrimento dos Agentes Comunitários de Saúde, pontua que estes trabalhadores, justamente por sua função, sentem-se no dever de atender tanto as próprias expectativas em relação ao trabalho quanto as da comunidade e da equipe ao qual pertencem, podendo levá-los a um conflito decorrente de idealização e fantasia onipotente:

As descrições de vivências depressivas, de angústia, frustração e desamparo nos relatos foram recorrentes, visivelmente relacionadas ao fato do ACS se cobrar

ostensivamente de modo a atender e superar as expectativas – as reais e as idealizadas. As da comunidade, as dele e as da equipe, uma tríade que constrói e reforça componentes de idealização com relação aos limites de atuação do ACS (Martines e Chaves, 2007 p.430).

As autoras sinalizam também que o trabalho desta categoria profissional de fato depende de uma série de fatores que são alheios ao seu alcance, de modo que limitações no arranjo organizacional ou até mesmo limites da rede de atenção recaem diretamente sobre suas atuações e relações com a comunidade, dado que são eles o elo entre a população o os serviços de saúde e, por isso, os representantes do serviço. A somatória destes elementos pode tornar o ACS vulnerável ao sofrimento, já que precisam lidar cotidianamente com demandas que estão além do setor saúde (sociais, econômicas e políticas) e, por vezes, com as deficiências e lacunas do próprio SUS.

Tais vivências não são exclusivas dos ACS; outros profissionais da equipe de saúde também passam por idêntica situação. Feliciano, Kovacs e Sarinho (2010) apresentam dados de pesquisa realizada com enfermeiras no contexto da Estratégia de Saúde da Família e apontam que as trabalhadoras vivenciam forte pressão emocional advinda de demandas insatisfeitas dos pacientes, o que pode gerar sentimentos de angústia, estresse e desgaste. Para as autoras, os profissionais se percebem como superexigidos e sobrecarregados, e no que tange a aspectos específicos da categoria profissional, as enfermeiras encontram-se vinculadas a diversas funções que por vezes extrapolam suas atribuições, sentindo-se polivalentes, neste sentido:

No presente estudo, a polivalência aumentava o conflito entre o que deve ser feito e a pressão do tempo, levando à percepção de que os problemas eram maiores que os recursos disponíveis para resolvê-los, gerando ansiedade, sentimentos de impotência e frustração (Feliciano, Kovacs e Sarinho 2010 p.5).

Em pesquisa semelhante, realizada com enfermeiras da ESF de São Paulo, Santos, Soares e Campos (2007) apresentam discussões que também caminham para reflexões em torno da polivalência das enfermeiras, da sobrecarga de trabalho e dos sentimentos de frustração e impotência. Assinalam que por vezes as trabalhadoras não conseguem lidar com as limitações impostas pelo trabalho o que acaba por lhes causar estresse, preocupação e dor, pontuam também que a pressão gerada pelas demandas da população que não podem ser

alcançadas pode ser geradora de ansiedade, angústia, sentimentos de auto-culpabilidade e da sensação de 'não dar conta do recado'. Sobre o contexto de trabalho da enfermagem na Estratégia de Saúde da Família:

A organização do trabalho coloca os trabalhadores diante do desafio de cumprir as metas, participar das reuniões e ao mesmo tempo atender os imprevistos - que vão desde demandas por respostas a problemas que extrapolam os programas previstos para os usuários, até demandas administrativas que muitas vezes extrapolam as funções previamente estipuladas para os trabalhadores (Santos et al, 2007 p.779).

Outras discussões acerca de tais sentimentos na esfera do trabalho fazem menção à síndrome de *Burnout* (esgotamento emocional). Trata-se de uma tensão emocional crônica em relação às situações de trabalho que atinge de modo mais intenso os profissionais vinculados à prestação de serviços, sobretudo, àqueles vinculados as áreas de Educação e Saúde, pelo fato dos trabalhadores destas áreas estarem constantemente relacionados ao cuidado com o outro.

Para os estudiosos do assunto, a exaustão emocional é considerada a primeira etapa e também elemento central da síndrome de *Burnout*, abaixo uma definição bastante completa da síndrome em questão:

Trata-se de uma experiência subjetiva interna que gera sentimentos e atitudes negativas no relacionamento do indivíduo com o seu trabalho (insatisfação, desgaste, perda do comprometimento), minando o seu desempenho profissional e trazendo conseqüências indesejáveis para a organização (absenteísmo, abandono do emprego, baixa produtividade). O *burnout* é caracterizado pelas dimensões exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal (Tamayo e Trócoli, 2002 p. 37).

Não queremos dizer que nossas entrevistas estejam com *burnout*, mas que essa síndrome pode nos esclarecer sobre o sofrimento no trabalho e suas conseqüências. O *Burnout* configura-se como uma síndrome multidimensional: à dimensão da exaustão emocional relacionam-se os sentimentos de fadiga e a diminuição dos recursos internos do sujeito para lidar com a situação causadora da tensão; em relação à dimensão da despersonalização vinculam-se atitudes negativas, ceticismo e insensibilidade, ao passo que à dimensão da diminuição da realização pessoal são relacionados aos sentimentos de

incompetência além de ausência de satisfação na realização das atividades (Borges et al, 2002).

Além de afetar negativamente a saúde do trabalhador, a síndrome de *Burnout* dá um indicativo de relações problemáticas no âmbito do trabalho. De acordo com Tamayo e Trócoli (2002), embora existam questões referentes às peculiaridades das personalidades individuais, a síndrome está mais relacionada a características do ambiente de trabalho do que a características do trabalhador. Neste sentido, os autores apontam que a percepção de suporte organizacional por parte dos trabalhadores influencia sobremaneira na saúde do trabalhador. O suporte organizacional, por sua vez, pode ser identificado a determinadas características do ambiente de trabalho, tais como os estilos de chefia, as exigências de produtividade, adequação e suficiência dos recursos materiais e financeiros e apoio social.

Nas entrevistas de nosso estudo a fala mais preocupante refere-se a uma das enfermeiras que na ocasião tramitava seu pedido de afastamento da Estratégia de Saúde da Família, alegando justamente a exaustão, conforme nos relatou:

[...]e eu já tô no meu limite então eu pedi transferência pra fazer burocracia, ir lá pra epidemia, você continua trabalhando com paciente mas de uma forma menos... né, cara a cara é mais papelada, porque eu já tô esgotada. EF-1

Outro ponto importante em relação aos sentimentos dos trabalhadores diz respeito às relações com os usuários. De acordo com as nossas entrevistadas, muitas vezes os usuários compreendem que determinadas questões não estão ao alcance delas, todavia, em alguns momentos acabam por perder a paciência ‘descontando’ nelas seu descontentamento. Neste sentido, retomamos as análises de Deslandes (2004) que versam sobre a violência institucional como um fator contrário a humanização. Afirma a autora que além dos elementos constitucionais da instituição que são passíveis de instaurar a violência, o usuário do serviço pode também manifestar violência para com os trabalhadores, e este tipo de comportamento pode ser entendido por meio da compreensão das vivências destes usuários, pois sua violência pode ser expressão de sentimentos a necessidades não atendidas.

No que tange aos aspectos positivos na relação do trabalhador com seu trabalho, podemos ressaltar a perspectiva de relações saudáveis, entendidas como a possibilidade de criação frente à crise, na medida em que, embora perante um cenário adverso, os trabalhadores se utilizam de mecanismos que os faz adequar suas rotinas, a demanda e as condições concretas de seu trabalho (Barros, Mori e Bastos, 2006).

1.7. Vivenciando a PNH e o GTH

A concepção de humanização divulgada pelo Ministério da Saúde vincula-se à noção de valorização de todos os sujeitos – usuários, trabalhadores e gestores- envolvidos com o processo de produção de saúde. Outros pontos importantes da definição em questão ligam-se a ideia de fomento da autonomia e do protagonismo dos sujeitos, além da perspectiva de indissociabilidade entre atenção e gestão do cuidado (Brasil, 2008).

Nos depoimentos colhidos, pudemos notar que uma das apreensões desta concepção por parte das trabalhadoras vincula-se a ideia de que a instauração da Política de Humanização deveria alterar algo em relação às suas vivências, isto é observado quando ao serem questionadas sobre a humanização reportam-se a uma dimensão de antes e depois, afirmando não terem percebido grandes mudanças, neste sentido, entende-se portanto que vivenciam suas realidades de trabalho como carentes de transformação.

Outra apreensão do sentido da humanização também pode ser percebida através da fala de uma das enfermeiras que afirma **fazer humanização**, sua concepção se aproxima de uma visão bastante próxima da ideia de humanização enquanto algo relacionado quase que exclusivamente ao cuidado e às relações com os usuários:

“Então é assim que eu trato, então, hoje a política é de que você tem que tratar bem a pessoa, você tem, porque se a pessoa chega numa unidade de saúde ela não vem aqui pra passear” EF-2.

“Então você tem que ter uma forma de você tratar, você não tem que deixar o paciente ficar ai esperando, porque não tem coisa pior do que você ir num lugar e ficar esperando” EF-2.

Neste sentido, é possível apontarmos uma distância entre a concepção preconizada pelo Ministério da Saúde e a apreensão destas trabalhadoras. De acordo com Reis et al (2004) se analisarmos o histórico das iniciativas de humanização no campo da saúde há a predominância por ações que levam em maior consideração as necessidades urgentes dos usuários do serviço, imprimindo características de uma tradição paternalista, assimétrica e autoritária. Cabe salientar que a potência da Política Nacional de Humanização reside

justamente no fato de propor a inversão destes valores, trazendo ao centro das discussões o empoderamento de todos os sujeitos envolvidos com o processo, inclusive o usuário do serviço, todavia, entende-se que a concepção outrora dominante encontra-se por vezes arraigada carecendo de um processo de desconstrução e reconstrução ao sabor das iniciativas coerentes com os princípios fundantes do Sistema Único de Saúde brasileiro.

Por meio da análise do conteúdo dos discursos das trabalhadoras, nota-se que não mencionam aspectos essenciais da proposta de humanização da PNH, sobretudo no que diz respeito à participação coletiva nos processos decisórios e alteração nas relações de poder bem como as questões referentes à valorização do trabalhador da saúde por intermédio de ações sistemáticas para este fim.

Sobre as acepções vinculadas à humanização, foi realizada pesquisa bibliográfica em periódicos específicos da área da enfermagem a fim de compreender a forma com que esse conceito foi concebido através dos anos. Neste sentido, o estudo analisou artigos científicos que versavam sobre a temática da humanização, publicados em três importantes revistas da área, da década de 50 até o início do século XXI. Os resultados apontam que a temática em questão parte de um polo bastante ligado a dimensão de caridade até a preocupação com os direitos do cidadão e a política pública de saúde (Casate e Côrrea, 2005).

A referida pesquisa aponta que desde os anos 50 as discussões acerca da humanização surgem por se entender que há condições ‘desumanizantes’ em relação ao atendimento em saúde, estas condições variam desde racionalização do cuidado, mecanização e burocratização do trabalho até condições físicas estruturantes das instituições de saúde e organização dos métodos administrativos das mesmas. Os textos referentes ao período que compreende da década de 50 a década de 80 mostram uma apreensão do conceito de humanização com enfoque nas relações com os pacientes vistos como sujeitos frágeis e carentes da piedade dos trabalhadores, nota-se que resquícios deste entendimento encontram-se presentes em algumas falas, como a destacada anteriormente, acerca disso:

Nesse sentido, os textos, principalmente até o início da década de 80, mostram um discurso idealizado que denota uma percepção do doente como ser frágil e dependente. Nessa condição, o doente parece despertar piedade dos trabalhadores, sendo valorizada algumas características que os profissionais devem possuir para terem condições de prestarem atendimento humano em saúde como, por exemplo, doçura, compaixão, espírito de caridade, capacidade para perdoar, desprendimento, sendo até focado que são privilegiados e escolhidos por Deus. (Casate e Côrrea, 2005 p.110).

É apenas a partir da década de 90, com a instituição do SUS que começa haver uma valorização de concepções que se distanciam totalmente da lógica da caridade, aproximando-se da noção de sujeito de direitos, dotado de autonomia e capaz de exercer seus direitos enquanto cidadão. Percebe-se que tais mudanças imprimem a necessidade de outra relação com o usuário do serviço para que se avance em relação a um projeto de humanização coerente com o projeto ético-político do SUS, desta forma:

Compreendemos que a humanização dos serviços de saúde implica em transformação do próprio modo como se concebe o usuário do serviço - de objeto passivo ao sujeito, de necessitado de atos de caridade àquele que exerce o direito de ser usuário de um serviço que garanta ações técnica, política e eticamente seguras, prestadas por trabalhadores responsáveis. Enfim, essa transformação refere-se a um posicionamento político que enfoca a saúde em uma dimensão ampliada, relacionada às condições de vida inseridas em um contexto sociopolítico e econômico (Casate e Côrrea, 2005 p.112).

A tais mudanças acrescenta-se a reflexão da esfera da formação dos profissionais de saúde em relação a noção de humanização. Para que haja mudança efetiva na postura dos profissionais do serviço é preciso que haja mudança na formação destes profissionais. Casate e Côrrea (2012) consideram que para a formação estar em consonância com a humanização é preciso que as instituições formativas ampliem suas bases conceituais e fundamentem o entendimento do processo saúde-doença em sua complexidade, que vai muito além da esfera biológica, visando que os futuros profissionais ampliem suas dimensões de cuidado incluindo todo o aspecto social, político e econômico.

Neste sentido, se faz importante a constante reflexão acerca da estruturação dos cursos de formação, tanto no que se refere a estrutura curricular quanto a aspectos metodológicos da relação ensino-aprendizagem. Cabe salientar que não se trata de um processo simples, a humanização não pode ser entendida como um mero conteúdo disciplinar dado que envolve diversos aspectos relacionados a elementos políticos, filosóficos, desta forma:

É interessante a inserção de conteúdos e disciplinas que foquem questões relativas às ciências humanas e que fundamentem a visão sobre o homem, o que pode contribuir para a compreensão sobre as atuais propostas políticas de humanização da atenção em

saúde. Porém, apenas a inserção de conteúdos e disciplinas não garante mudanças significativas na formação do graduando em saúde, uma vez que esses conteúdos podem ficar circunscritos a algumas disciplinas específicas, muitas vezes de formação básica das áreas humanas, oferecidas no início dos cursos que pouco se articulam umas às outras, bem como a disciplinas de formação clínica. Assim, corre-se o risco de os alunos adquirirem alguns conhecimentos cognitivos, com poucas oportunidades de revisão de atitudes profissionais (Casate e Côrrea 2012 p.223).

Vale lembrar que de acordo com a Constituição Federal, o processo de formação dos recursos humanos em saúde deve ser ordenado pelo SUS, assim como a vinculação da formação com as práticas sócias de saúde. Ou seja, figura entre as responsabilidades do SUS que a formação em saúde no país esteja em consonância com a organização do Sistema e com a realidade de saúde existente no território nacional. Neste sentido, entende-se que:

A relevância pública da saúde, definida constitucionalmente, deveria ser razão suficiente para que o setor da educação considerasse haver aí campo de exceção para acoplar a autonomia universitária à gestão das políticas públicas de saúde. Além disso, considerando-se as transformações ocorridas no mundo do trabalho e da produção de conhecimento, torna-se fundamental firmar uma política pública de mudança na graduação para que as diretrizes constitucionais do SUS e as diretrizes curriculares nacionais pertençam à obediência às normas gerais da União e à observância às diretrizes gerais pertinentes ou atinentes, como prevê a LDB. (Ceccim e Feuerwerker, 2004 p. 1403).

Em se tratando de “empoderamento” dos sujeitos, O GTH, Grupo de Trabalho e Humanização, é um dos dispositivos da Política Nacional de Humanização que foi pensado para despertar o interesse na discussão do processo de trabalho e na produção de saúde no SUS, tendo por objetivo a qualificação destes processos, trabalhando com a perspectiva da força dos coletivos organizados e aproximação com as necessidades concretas experienciadas no cotidiano (Brasil, 2006).

No depoimento das trabalhadoras, nos parece que o GTH é sentido como uma imposição advinda da implementação da PNH: “*Por causa da política, da implantação, então a gente começou a estudar o GTH das cartilhas que vieram do ministério*” EF-2. O relato da experiência do GTH surge, inclusive, quando é feito o questionamento acerca da

humanização, como uma espécie de sinônimo, embora as trabalhadoras também tenham relatado que em um período anterior existiu naquela unidade a experiência de um colegiado gestor o que o GTH teve início quase que por imposição. Retomamos uma fala importante de uma das enfermeiras sobre seu entendimento do GTH que também assinala o fim da experiência: *“Melhorar dentro da unidade de saúde entre os funcionários, pra você depois ir melhorando o fluxo de atendimento de pacientes, mas se você não consegue fazer nem entre os funcionários dentro da unidade não vai chegar nunca até os pacientes.”*. O término do GTH naquele serviço, de acordo com as trabalhadoras, vincula-se basicamente a três pontos, o descompromisso da gestão, a condição de excesso de trabalho/falta de tempo dos sujeitos e a falta de comprometimento com as decisões acordadas.

Sobre a gestão, foi recorrente nos depoimentos a insatisfação para com a direção da unidade, neste contexto surgem pontos interessantes para a reflexão. Em vários momentos há a crítica por parte das trabalhadoras dos famigerados cargos de confiança e de sua relação nefasta para o serviço, isto fica bastante claro na fala de uma das enfermeiras de que:

A nossa direção tanto antes como agora é cargo de confiança. Ela pode até vir com a melhor das boas intenções, mas não são preparadas, não conhecem aqui, de saúde. E querendo ou não, todo funcionário fica com o pé atrás com quem é cargo de confiança.
EF-2

De acordo com Paim e Teixeira (2007), ao lado da problemática referente ao financiamento público do SUS a questão da gestão, sobretudo dos estabelecimentos de saúde, configuram pontos que carecem de reflexão e mudança para a efetivação do Sistema numa lógica coerente aos princípios da reforma sanitária brasileira. Para os autores, a forte influência neoliberal da década anterior alicerçada na desresponsabilização do Estado em relação aos direitos sociais conquistados pela sociedade, impôs problemas para a organização do SUS por meio do aumento do número de organizações sociais (OSCIP– Organização da sociedade Civil de Interesse Público) e outras formas contratuais, terceirizando a gestão e precarizando o trabalho em saúde, tais iniciativas são identificadas a desresponsabilização estatal que causam consequências negativas para o projeto do SUS. Acerca da gestão dos estabelecimentos de saúde, percebe-se a herança de perspectivas vinculadas ao clientelismo, concretizados pelos ‘cargos de confiança’ na direção dos serviços, além de outros problemas tais como:

A falta de profissionalização de gestores, a descontinuidade administrativa, o clientelismo político e a interferência político-partidária no funcionamento dos serviços comprometem a reputação do SUS perante os cidadãos e a expectativa dos servidores públicos enquanto trabalhadores e partícipes de um projeto civilizatório do escopo da Reforma Sanitária Brasileira (Paim e Teixeira, 2007 p. 1820).

As consequências negativas deste tipo de organização da gestão indica a necessidade de se pensar novos formatos institucionais que preservem o SUS das vulnerabilidades advindas da turbulência do processo político-partidário garantindo eficiência e efetividade para a gestão. É preciso garantir certa autonomia do SUS em relação ao Estado e tal prerrogativa não deve ser confundida com a relação de desresponsabilização do Estado, pelo contrário, é preciso entendê-la como: “[...] um esforço de submetê-lo [o Estado] ao controle público e democrático mediante gestão compartilhada pela sociedade civil, trabalhadores da saúde e governo.” (Paim e Teixeira, 2007 p. 1824).

Paim e Teixeira (2007) advogam a necessidade de investimento, formação e qualificação de sujeitos para ocuparem com capacidade técnica e compromisso político os cargos de gestão do SUS, ressaltam o imperativo de profissionalizar a gestão do SUS no âmbito de um plano de carreira desvinculando à lógica de distribuição destes cargos na máquina pública, favorecendo, desta forma, a valorização dos profissionais que se dedicam a estas funções.

A discussão da superação do clientelismo e amadorismo na gestão das unidades do SUS deve ser considerada como uma bandeira da Reforma Sanitária, que deve ser levada aos mais diversos setores da sociedade civil numa discussão que passa pelo fortalecimento e efetividade dos órgãos de controle social do SUS e que deve ser estendida a outras esferas da sociedade, no intuito de garantir legalmente esta prerrogativa. Assim, enquanto possibilidade de efetivação desta ideia, temos que:

A radicalização da democracia e a conquista da hegemonia política e cultural na sociedade civil pelos partidos socialistas e classes populares, com seus intelectuais orgânicos, poderão contribuir para a consolidação do SUS, sob controle público e, especialmente, para incidir no componente contraditório e revolucionário da reforma que é a saúde numa sociedade capitalista. Conter o caráter patogênico do capital e redirecionar o Estado para regular o mercado, garantindo os direitos sociais

conquistados na Constituição de 1988, deve ser um dos pressupostos de uma política conseqüente de desenvolvimento (Paim e Teixeira, 2007 p.1827).

Voltando ao depoimento das trabalhadoras sobre suas vivências com a gestão por meio da experiência com o GTH, destaca-se outros dois pontos. O primeiro remete a demanda por uma gestão que assuma o papel de ordenar por meio de cobrança o funcionamento do serviço: “Porque ela é a diretora, é ela que tem que mandar ela que tem que concertar o que tá errado.” (EF-2). O segundo ponto mostra a percepção das trabalhadoras de uma gestão, agora vinculada à secretaria de saúde, bastante hierarquizada, isto fica bastante claro com a referência e aos processos decisórios do pessoal ‘lá de cima’.

Para Campos (2006), um dos pontos mais importantes para o bom funcionamento dos serviços de saúde se relaciona a combinação entre autonomia profissional e definição de responsabilidades. Para o autor:

Autonomia pressupõe liberdade mas, para que o trabalho autônomo seja eficaz, pressupõe-se também capacidade de responsabilizar-se pelos problemas de outros. A autonomia-responsável somente aconteceria quando houvesse interesse e envolvimento dos agentes com uma certa tarefa. Em tese, o trabalho autônomo quase dispensaria chefia e demandaria, quando muito, coordenação, avaliação externa e supervisão para indicar correções de rumo eventualmente necessárias (Campos, 2006 p. 229).

Neste sentido, não há uma receita prévia para o que seria uma gestão ideal no SUS, contudo seria interessante que o arranjo organizacional observasse critérios balizadores dos serviços de saúde indicativos de uma gestão ideal. Tais critérios estariam relacionados à capacidade do serviço de produzir saúde, à dimensão da combinação entre necessidades e dados de realidade e à realização profissional e financeira do profissional da saúde. Campos (2006) pontua que na maioria das situações concretas estes balizadores encontram-se em conflito, todavia, a busca por arranjos que contemplem a máxima realização possível destes critérios deve ser perseguida.

Outro ponto que deve constar nas reflexões sobre a gestão do/no SUS é a perspectiva do comprometimento com a ‘defesa da vida’. Defender a vida deve se constituir enquanto um eixo estruturante para os serviços de saúde, a isto deve ser somado a dimensão da vinculação do profissional de saúde com o usuário do serviço que acontece por meio da autonomia e

responsabilização para com o processo de cuidado como um todo. Esta perspectiva é entendida também como um dispositivo que visa amenizar a alienação no trabalho na medida em que aproxima o trabalhador de sua obra, percebida como o reconhecimento por parte do trabalhador, do usuário e da sociedade do trabalho efetuado. Sobre a importância da dimensão da defesa da vida, temos que:

[...] seria possível a produção de saúde sem que os trabalhadores estivessem imbuídos de um imperativo moral que os constringesse a defender compulsivamente a vida dos indivíduos e coletividades sob sua responsabilidade? Quer dizer, haveria sistema gerencial potente o suficiente para compensar a ausência deste princípio? Haveria mecanismo de controle capaz de substituir a vontade de curar dos agentes sanitários? Haveria recompensa monetária forte o suficiente para comprar empenho, criatividade e responsabilidade dos profissionais de saúde? (Campos, 2006 p.253).

A partir deste entendimento reafirma-se a importância e necessidade de uma dimensão bastante cara à PNH, qual seja, a noção de indissociabilidade entre os processos de atenção e gestão do SUS. A defesa da vida como um traço peculiar do serviço de saúde é elemento que em tese deveria unir todo o sistema de saúde, já que tem neste elemento o fim de toda ação dos serviços.

Acerca do desânimo apontado pelas trabalhadoras como advindo das experiências tidas como frustrantes, acreditamos estar estritamente relacionado ao aparente descrédito da gestão do serviço para com o coletivo dos trabalhadores bem como às suas condições de trabalho, em contrapartida, percebe-se e se reafirma a potência do trabalho e da força do coletivo por meio da fala da agente comunitária de saúde que embora descrente do processo acredita que com o comprometimento de todos os envolvidos é possível fazer diferente: “ Eu acho que se todos quiserem dá, mas assim, tem que ser todos, porque se só meia dúzia quiser não dá, mas se todos se reunirem e falar vamos fazer, dá.”

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No trabalho em saúde, sempre há uma outra subjetividade diretamente implicada. Proximidade carnal, inferência sobre o corpo e a vida de um outro. Às vezes, até ouve-se o arfar, sente-se o suor, percebe-se o medo ou o desespero, ou a indiferença ao objeto cuidado. Vislumbres da linguagem corporal ressoam no espírito objetivo e treinado do técnico. O trabalho em saúde assenta-se sobre relações interpessoais todo o tempo.

(Gastão Wagner de Sousa Campos)

Iniciamos este estudo com o objetivo de refletir sobre o trabalho em saúde por meio da compreensão de vivências de trabalhadores na Estratégia Saúde da Família, tendo como orientação a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do Sistema Único de Saúde (PNH). Se a PNH, conforme entendemos, procura resgatar o “humano” no trabalho em saúde entendendo que para isso é preciso valorizar os sujeitos implicados na produção do cuidado, nos propusemos a investigar a experiência concreta de trabalhadores tendo como referencial o que a PNH expõe como essencial para uma produção do cuidado humanizada.

Durante o desenvolvimento da pesquisa entrevistamos quatro profissionais que nos contaram como é o seu trabalho, suas dificuldades, seus desafios, aquilo que gostam e como se sentem em relação aos usuários e aos gestores do serviço. O que fizemos foi uma análise a partir do nosso encontro com as trabalhadoras que colaboraram conosco e daquilo que mais nos fez sentido da própria fundamentação teórica que utilizamos. Ou seja, os resultados e elaborações aqui apresentados são frutos desse encontro de subjetividades, de um momento da vivência das trabalhadoras e da pesquisadora que abriu determinadas possibilidades de compartilhamento de experiências e de análises.

Neste momento é preciso encerrar o trabalho, mesmo que não tenhamos conseguido alcançar todas as nuances possíveis daquilo que nos foi contado e compartilhado. Para isso, algumas pontuações são necessárias a título de considerações finais, que possam amarrar alguns pontos da trama que se abriu em nosso horizonte de conhecimento.

As vivências das trabalhadoras, em nossa análise, não abarcaram a PNH em sua totalidade, isso porque as experiências vivenciadas são mesmo singulares e, certamente, elas ressaltaram aspectos que faziam mais sentido naquele momento para as trabalhadoras entrevistadas. Porém, suas experiências indicam como anda o trabalho em saúde e sua humanização. Podemos concluir que nossos resultados apontam quatro pontos para os quais a atenção dos

profissionais da saúde – trabalhadores e gestores – pode se voltar, pois, a nosso ver, eles se constituem em espaço de intervenção e de investimento com grande potencialidade de humanização no sentido dado pela PNH. Contudo, mesmo nesses espaços encontramos impasses originados pela própria natureza da organização social do trabalho como um todo.

O primeiro ponto a salientar é que a elaboração da PNH foi respaldada por um diagnóstico, considerado à época preocupante, das condições de trabalho no SUS e das dificuldades advindas da própria organização da gestão dos serviços. Nesse sentido, humanizar a produção do cuidado em saúde passa pela compreensão de que é importante a promoção de condições minimamente aceitáveis para o desenvolvimento do trabalho, seja em relação aos aspectos que envolvem a organização do trabalho, seja em relação aos aspectos materiais.

Vimos que boa parte das experiências relatadas pelas nossas entrevistadas se referiram às condições físicas e materiais do trabalho, que em suas palavras apareceram como “eu não tenho sala”, “a gente se reveza para atender”, “a estrutura física atrapalha”, “a gente não tem capa de chuva, não tem guarda-chuva”, “a gente recebe protetor solar, mas não é suficiente”, entre outras. Realmente, são coisas simples de resolver que proporcionariam mais conforto e dignidade ao trabalhador e conseqüentemente uma melhor atenção ao usuário.

É certo que as próprias trabalhadoras acenaram com a maior dificuldade em mudar a estrutura física dos locais dos serviços, como a ampliação da unidade, aumentando assim o número de salas para os profissionais terem condições mais satisfatórias de atendimento. Contudo, mudar essas condições não é algo tão complicado de resolver, caso se pense em planejamento a médio e longo prazo, se os gestores em nível municipal, estadual e/ou federal assumirem as diretrizes da PNH que considera as condições de trabalho como um dos elementos importantes da humanização. O que dirá sobre a disponibilidade de materiais como guarda-chuva e protetor solar para os agentes comunitários de saúde? Uma das trabalhadoras afirmou que uma das causas da meta do seu serviço em relação à prevenção do câncer estar baixa é devido à falta de sala disponível, a tempo e a hora, para coleta do preventivo. Certamente, sanar essas deficiências em relação a essas condições materiais é investir na maior resolutividade das ações, na ambiência, no menor tempo de espera pelo atendimento por parte do usuário e na ampliação de acesso, ações que estão entre as demais estabelecidas pela PNH.

O segundo ponto que destacamos e que, da nossa perspectiva, perpassar vários momentos das vivências, diz respeito ao processo coletivo de trabalho, experienciado pelas entrevistadas a partir da própria tentativa de implantação da PNH, em especial o Grupo de

Trabalho Humanizado, sobre a qual disseram: “o trabalho que foi feito não continua”, “nada sai do papel”, “tem que ter tempo, tem que ter vontade”. A humanização pensada por esta política pressupõe que ela possa se dar nas práticas cotidianas de construção compartilhada tanto da atenção como de sua gestão. Como mencionamos mais acima, a PNH foi proposta, também, a partir das dificuldades vivenciadas na organização e na gestão dos serviços. Assim, trabalhar coletivamente, de forma que os todos se sintam valorizados, implica em consensos sobre procedimentos, valores e comportamentos a serem seguidos pelo coletivo de trabalhadores. Mas, isso tem seus impasses. Um delas, apontado na pesquisa, é a dificuldade que as pessoas têm de superar os conflitos interpessoais e de estabelecer um clima em que não haja ressentimentos, aceitando decisões que possam desagradar um ou outro em particular, em benefício do coletivo.

Outra dificuldade concreta que foi apontada se refere à falta de tempo para reuniões em que haja participação de grande parte dos trabalhadores, já que nos setores não há pessoal suficiente e “sempre alguém tem que cobrir alguém”, “a demanda é muita para o serviço”, ficando assim difícil conseguir momentos de discussão conjunta. Como humanizar se não há disposição emocional e tempo para dialogar? Aliás, a PNH tem na comunicação um dos importantes elementos para a humanização do trabalho. As trabalhadoras apontaram para elementos mais específicos, que dependem delas para chegarem a uma boa solução, como resolver os conflitos entre os colegas. Contudo, também apontaram para dificuldades que estão fora de seu alcance, como a falta de servidores, cuja resolução está na atribuição de outro escalão da gestão do serviço público e depende, ainda, da conformação estrutural da relação capital/trabalho que vige em nossa atualidade.

Como terceiro aspecto a ser assinalado, gostaríamos de trazer para essa reflexão final a questão da saúde do trabalhador da saúde. As vivências que a pesquisa encontrou foram expressas como: “eu estou no meu limite”, “eu estou esgotada”, “a pessoa que trabalha na saúde tem depressão ou tem alguma dor”. Na discussão dos resultados trouxemos alguns elementos para entender os motivos pelos quais o trabalhador se fragiliza e adocece, mas aqui queremos questionar acerca da natureza e, principalmente, da organização do trabalho em saúde que faz o trabalhador adoecer. Nesse aspecto há muito que fazer quando se fala em humanização, e uma das frentes da PNH é justamente a implementação de atividades de valorização e cuidado aos trabalhadores da saúde. Atividades com este objetivo, certamente são válidas e ajudam para uma melhor qualidade de vida. Porém, não nos iludamos, elas não bastam, seria necessário que a própria natureza do trabalho nos moldes do capitalismo fosse alterada. Como querer uma “humanização” do trabalho em saúde, se a despeito de tudo o que

de melhor se pode agregar a ele, ainda assim, ele toma parte do trabalho em geral, pautado na desumana exploração do trabalhador pelo capital?

Por fim, a quarta consideração que destacamos trata da dedicação e do amor que as trabalhadoras mostraram ter pelo que fazem. Apesar das dificuldades, dos sentimentos de impotência e fracasso que muitas vezes aparecem, ainda assim, elas nos trouxeram expressões como “eu amo o que faço”. Sem dúvida, estimular, favorecer, fortalecer e investir no afloramento do melhor dos sentimentos é garantir não só a humanização, mas a própria “humanidade” no trabalho em saúde, ou seja, a capacidade de empatia, de acolhimento, de delicadeza, a inferência cuidadosa sobre o corpo e a vida de um outro, tal como formulado na epígrafe que trouxemos no início dessas considerações.

De forma geral, pensar o trabalho em saúde, exige que pensemos no trabalho na atualidade, e isso se constitui na difícil tarefa de olhar cuidadosamente para nossa organização social, ressaltando nuances muito cruéis de um sistema que se baseia na exploração do homem sobre o homem. O trabalho, neste sentido, sofre dos males impostos a todas as esferas da sociedade, ao pensarmos a alienação do trabalhador, o corte que é feito entre seu esforço e o resultado do mesmo. Temos, no capitalismo, a situação curiosa na qual o trabalhador encontra-se órfão do trabalho, ao mesmo tempo em que é impelido a trabalhar em condições precarizadas.

Pensar sobre as condições atuais do trabalho em saúde é tarefa ainda mais delicada, na medida em que o trabalhador lida com problemas sociais encarnados em sujeitos que sofrem, e deve lidar ainda com o próprio sofrimento, com as lacunas de sua formação profissional, com a falta de valorização de seu trabalho e o desamparo proporcionado por este cenário.

Mas, como tudo que é vivo, o trabalho se reveste de potência e pode, inclusive, funcionar como apoio ao sujeito, ou melhor, ao sujeito coletivo. Este talvez seja o principal elemento trazido pela Política Nacional de Humanização: humaniza-se à medida que se busca a potência do humano, ou seja, sua autonomia e seu protagonismo, sua capacidade de ser. Protagonismo este que também é responsável pela conquista de um sistema saúde que além de único é, ou pretende ser, Universal, Integral e Equitativo. As reflexões em torno da PNH devem manter-se vinculadas a noção de que é possível mudar, porque a mudança teve início com a conquista por parte de movimento social que tornou o projeto do SUS realidade, todavia, a compreensão do significado da palavra mudança não deve ser ignorado, o que é mutável não para e é por isso que a luta do movimento sanitário mantém-se viva.

Manter o movimento da Reforma sanitária vivo não representa qualquer tradição nostálgica, pelo contrário, a luta pelos direitos, entre eles o da saúde, encontra hoje tantos ou

mais adversários do que havia na década de 70. Especificamente em relação ao direito à saúde e a instituição do SUS no Brasil, temos um cenário instituído legalmente e uma série de problemáticas na dimensão prática, entre elas, como vimos em nosso estudo, as condições do trabalho/trabalhador da saúde.

Desta forma, entendemos que a PNH deve retomar o espírito sanitarista, o que significa estarmos cientes de que existem diversos setores da sociedade que apostam no fracasso do público e investem pesado na medicalização da vida e na mercantilização da saúde. A título de exemplo, podemos pensar a forma pejorativa com que se veicula conteúdos relacionados ao SUS pela grande mídia. Não negamos a existência de problemas, como filas, falta de medicação etc, porém quantos projetos importantes e positivos do setor da saúde pública poderiam ser divulgados pela indústria midiática e não são?

Ainda na perspectiva dos interesses opostos à saúde, lembramo-nos do paradoxo da democracia dentro do próprio sistema e perguntamos até quando teremos de conviver com o clientelismo da distribuição de cargos de chefia dentro SUS? Até quando a emblemática lógica político-partidária vai operar mandos e desmandos? Tais questões carecem de medidas efetivas, da construção de inscrições legais que legitimem a defesa do SUS.

A defesa do SUS, da saúde enquanto direito humano inalienável, encontra tantos desafios justamente por defrontar-se a todo o momento com interesses contraditórios e, neste sentido, reafirmamos a necessidade de medidas efetivas para a questão da garantia do financiamento adequado para o setor saúde, não há recursos criativos que deem conta de determinadas situações. Plano de carreira para os profissionais do SUS e profissionalização da gestão passam por estas questões, assim como a necessidade do estabelecimento de piso mínimo para as categorias profissionais.

Impedir o avanço do neoliberalismo, o avanço do modelo capitalista e do desmonte do público é tarefa urgente, e é sabido que esta luta não será encampada pelos poderosos. É tarefa da classe trabalhadora a oposição ao sistema, é preciso maior desenvolvimento da consciência de classe de trabalhadores que somos, possuidores unicamente de nossa força de trabalho e a utilização desta força para a construção de espaços coletivos democráticos de luta e discussão acerca do que é humano por direito. É preciso que utilizemos tanto dos espaços garantidos institucionalmente para este fim como dos espaços de produção e transmissão do conhecimento para a problematização e construção de um novo projeto de sociedade em que o homem não adoça tentando garantir o seu sustento e que consiga atingir o desenvolvimento máximo de suas potências, sendo-lhe garantido não só o acesso à saúde, mas o acesso à educação e a todos os outros bens culturais produzidos pela humanidade.

REFERÊNCIAS

Alborno, S. (1992). *O que é Trabalho*. São Paulo: Brasiliense.

Almeida, E.C. (2005). *Humanização e Políticas de Saúde: Um Estudo Sobre os Usos e Sentidos das Propostas de Humanização nas Políticas de Atenção à Saúde da Mulher*. Tese de doutoramento, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

Alves, G. (2007). *Dimensões da reestruturação produtiva: Ensaio de Sociologia do trabalho*. Londrina: Editora praxis.

Alves, V.S. (2004). *Educação em Saúde e constituição de sujeitos: desafios ao cuidado no Programa Saúde da Família*. Dissertação de mestrado, Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, Brasil.

Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estud. psicol. (Campinas)* 26, 93-100.

Araujo, M.D & Faria, H.X. (2010). Uma Perspectiva de Análise sobre o Processo de Trabalho em Saúde: produção do cuidado e produção de sujeitos. *Saúde e Sociedade*, 19, 429-439.

Ayres, J.R de C. M (2001). Sujeito, intersubjetividade e práticas em saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6, 63-72.

Barros, M.E. de B.; Mori, M.E.& Bastos, S.S. (2006). O desafio da política nacional de humanização nos processos de trabalho: o instrumento “programa de formação em saúde e trabalho”. *Cadernos de Saúde Coletiva*, 14, 31-48.

Barros, M.E. de B.; Santos-Filho, S.B.; Silva, F.H. & Gomes, R.S. (2010). In: *Política Nacional de Humanização: Atenção Básica*. Cadernos Humanizaus. Brasília: Ministério da Saúde.

Batista, E.(2008) Fordismo, taylorismo e toyotismo: apontamentos sobre suas rupturas e continuidades. In: *III Simpósio Lutas Sociais na América Latina, 2008*, Londrina/ PR. Anais do III Simpósio.

Benevides, R & Passos, E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10, 561-571.

Benevides, R. & Passos, E.(2005) Humanização na saúde: um novo modismo? *Interface Comunic. Saúde Educ*, 9, 389-406 a.

Brasil (n.d.) *Manual do Programa Nacional de Humanização da assistência hospitalar*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (1997). *Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2003). *Política Nacional de Humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2004). *HumanizaSUS: política nacional de humanização*. Brasília: Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2004 a). *Cartilha Clínica Ampliada*. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2006). *Grupo de Trabalho de Humanização*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2006 a) *Acolhimento nas práticas de produção de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2008). *Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 2ª ed. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2009). *Clínica Ampliada e Compartilhada. Secretaria de Atenção à Saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2009). *O Humanizatus na Atenção Básica*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2009 a). *Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS: Programa de Formação em saúde do trabalhador*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2011). *Política Nacional de Humanização da atenção e gestão do SUS: Trabalhos e redes de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil (2012). *Política Nacional de Atenção Básica / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica*. – Brasília : Ministério da Saúde.

Borges, L.O.; Argolo, J.C.T.; Pereira, A.L.S.; Machado, E.A.P & Silva, W.S. (2002). A Síndrome de *Burnout* e os Valores Organizacionais: Um Estudo Comparativo em Hospitais Universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 189-200.

Campos, G.W.S. (2005). Humanização na saúde: Um projeto em defesa da vida? *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 9, 389-406

Campos, G.W.S.(2002). Subjetividade e administração de pessoal: Considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In Merhy, E.E. & Onocko, R (org) *Agir em Saúde: um desafio para o público* (pp 71-112). São Paulo: Hucitec.

Campos, R.O (2003) Reflexões sobre o conceito de humanização em saúde. *Saúde em Debate*, 27, 123-130

Cardoso, L.A. (2011). A Categoria Trabalho no capitalismo contemporâneo. *Tempo Social, revista de Sociologia da USP*, 23, 265-295.

Casate, J.C. & Corrêa, A.K. (2005). Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 13, 105-111.

Casate, J.C. & Corrêa, A.K. (2012). A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. *Revista Escola Enfermagem USP*, 46, 219-226.

Ceccim, R.B. & Feuerwerker, L.C.M. (2004). Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 1400-1410.

Ceccim, R.B. & Merhy, E.E. (2009) Um agir micropolítico e pedagógico inteso: a humanização entre laços e perspectivas. *Interface comunicação Saúde Educação*, 13, 531-542.

Chauí, M. (2000). *Convite à Filosofia*. São Paulo: Editora Ática.

Declaração de Alma Ata (1978). Conferencia Internacional sobre os cuidados de Saúde Primários. Cazaquistão. Recuperado de http://www.saudeemmovimento.com.br/conteudos/conteudo_frame.asp?cod_noticia=199

Deslandes, S.F. (2004). Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9, 7-14.

Deslandes, S.F. (2005). O projeto ético-político da humanização: conceitos, métodos e identidade. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 9, 389-406.

Engels, F (1990) *O papel do trabalho na transformação do macaco em homem*. 4ª ed. São Paulo: Global Editora.

Feliciano, K.V.O; Kovacs, M.H. & Sarinho, S.W. (2009). Superposição de atribuições e autonomia técnica entre enfermeiras da Estratégia Saúde da Família. *Revista de Saúde Pública*.

Fortes, P.A.C.(2004). Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*, 13, 30-35.

Garnica, A.V. M. (1997) Algumas notas sobre pesquisa qualitativa e fenomenologia. *Interface (Botucatu)*, 1,109-122.

Lacaz, F.A.C & Sato, L (2006). Humanização e Qualidade do Processo de Trabalho em Saúde. In Deslandes, S.F. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz

Lessa, S. (2007). *Trabalho e Proletariado no capitalismo contemporâneo*. São Paulo: Editora Cortez.

Lessa, S. (2003). Trabalho e Sujeito Revolucionário: A classe Operária. In Matta, G.C. *Estado, sociedade e formação profissional em saúde: contradições e desafios em 20 anos de SUS* (pp 249-312). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.

Martines, W.R. V & Chaves, E.C. (2007). Vulnerabilidade e sofrimento no trabalho do Agente Comunitário de Saúde no Programa de Saúde da Família. *Revista Escola Enfermagem USP*, 41, 426-433.

Martines, W. R.V. & Machado, A.L (2010). Produção de cuidado e subjetividade. *Revista brasileira de Enfermagem*, 63, 328-333.

Martini, R.S. (1998/1999). A Fenomenologia e a Epochê. *Trans/Form/Ação*, 21/22,43-51.

Marx, K. *O capital*. (1983)V. I, tomo 1. São Paulo: Abril Cultural.

Merhy, E.E. (2002) Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In Merhy, E.E. & Onocko, R (org) *Agir em Saúde: um desafio para o público* (pp 71-112). São Paulo: Hucitec.

Merhy, E.E. & Franco, T.B (2003). Por uma Composição Técnica do Trabalho Centrada nas Tecnologias Leves e no Campo Relacional. *Saúde em Debate*, 27.

Merhy, E.E. & Franco, T.B(n.d) Reestruturação Produtiva e Transição Tecnológica em Saúde *

Minayo, M. C. de S (2008). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, Hucitec.

Paim, J.S. & Teixeira, C.F. (2007). Configuração institucional e gestão do Sistema Único de Saúde: problemas e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12, 1829-2007.

Pasche, D.F. (2009). Política Nacional de Humanização como aposta na produção coletiva de mudanças nos modos de gerir e cuidar. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 13, 701-708.

Pasche,D.F. (2010). Contribuições da Política de Humanização da Saúde para o fortalecimento da Atenção Básica.In Brasil. Cadernos Humanizaus, Volume 2 Atenção Básica.

Peduzzi, M. & Schraiber, L.B (n.d) *Processo de trabalho em Saúde*. Recuperado em 29 de agosto , 2012, do <http://epsjv.fiocruz/dicionário/verbetes/protrasau.html>

Peduzzi, M.(2002) Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trabalho, Educação e Saúde*,1, 75-91.

Reis,A.O.A; Marazina, I.V & Gallo, P.R.(2004) A humanização da Saúde como instância libertadora. *Saúde e Sociedade*, 13, 36-43.

Ribeiro,E.M; Pires, D. & Blank, V.L.G. (2004). A teorização sobre processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. *Cad. Saúde Pública*, 20, 438-446.

Rios, I.C. (2009) *Caminhos da Humanização na Saúde: Prática e Reflexões*. São Paulo: Aurea Editora.

Rollo, A.A. (2007). É Possível Valorizar o Trabalho na Saúde num Mundo ‘Globalizado’. In: Santos-Filho, S.B. & Barros, E.B. *Trabalhador da Saúde: muito prazer! Protagonismo dos trabalhadores na gestão do trabalho em saúde*. Ijuí: Ed.Unijui.

Santos, V.C.; Soares, K.B. & Campos, S.M.S. (2007). A relação trabalho-saúde de enfermeiros do PSF no município de São Paulo. *Revista Escola Enfermagem USP*, 41, 777-781.

Silva-Junior, A.G. (2006) *Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec.

Simões, A.L; Rodrigues, F.R; Tavares, D.M.S. & Rodrigues, L.R. (2007). Humanização na Saúde: Enfoque na atenção primária. *Texto contexto enfermagem*, 16, 439-444.

Tamayo, M.R & Tróccoli, B.T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de *coping* no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7, 37-46.

ANEXOS

Anexo 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Gostaríamos de convidá-lo a participar da pesquisa: “Humanização na saúde: compreensão a partir das vivências dos trabalhadores da Estratégia Saúde da Família” que fará parte da minha dissertação de Mestrado em Psicologia, orientada pela docente Dra. Lúcia Cecília da Silva da Universidade Estadual de Maringá. O objetivo da pesquisa é investigar como os trabalhadores da Estratégia de Saúde da Família vivenciam suas experiências de trabalho.

Para isto a sua participação é muito importante, e ela se daria da seguinte forma: uma vez concordando em participar, faremos uma entrevista na qual seu papel será responder as questões que envolvem a dinâmica do trabalho em saúde, particularmente no que se refere a humanização.

Gostaríamos de esclarecer que sua participação é totalmente voluntária, podendo você: recusar-se a participar, ou mesmo desistir a qualquer momento sem que isto acarrete qualquer ônus ou prejuízo à sua pessoa.

Informamos ainda que as informações serão utilizadas somente para os fins desta pesquisa e serão tratadas com o mais absoluto sigilo e confidencialidade, de modo a preservar a sua identidade. As entrevistas serão gravadas em MP3 e os arquivos serão apagados depois da transcrição das mesmas. A transcrição das respostas será feita, porém os dados que possam identificá-lo serão omitidos.

Os benefícios esperados são: contribuir para os estudos na área da Saúde Pública e para a compreensão do trabalho em saúde, do ponto de vista do trabalhador. Não estão previstos riscos ou desconfortos inaceitáveis para você em decorrência da sua colaboração para a pesquisa. Mas, caso ocorra, você estará livre para interromper a entrevista ou não responder a qualquer pergunta que achar inconveniente. Também, poderá conversar sobre possíveis desconfortos com a psicóloga do serviço, a qual estará ciente do nosso trabalho.

Caso você tenha mais dúvidas ou necessite maiores esclarecimentos, pode nos contatar nos endereços abaixo ou procurar o Comitê de Ética em Pesquisa da UEM, cujo endereço consta deste documento. Este termo deverá ser preenchido em duas vias de igual teor, sendo uma delas, devidamente preenchida e assinada entregue a você. Além da assinatura nos campos

específicos pelo pesquisador e por você, solicitamos que sejam rubricadas todas as folhas deste documento. Isto deve ser feito por ambos (pelo pesquisador e por você, como sujeito ou responsável pelo sujeito de pesquisa) de tal forma a garantir o acesso ao documento completo.

Eu,.....(nome por extenso do sujeito de pesquisa)
declaro que fui devidamente esclarecido e concordo em participar VOLUNTARIAMENTE da pesquisa realizada pela mestranda Natália Aparecida Barzaghi, orientada pela Prof Dra. Lúcia Cecília da Silva.

_____ Data:.....
Assinatura ou impressão datiloscópica

Eu, Natália Aparecida Barzaghi, declaro que forneci todas as informações referentes ao projeto de pesquisa supra-nominado.

_____ Data:.....
Assinatura do pesquisador

Qualquer dúvida com relação à pesquisa poderá ser esclarecida com o pesquisador, conforme o endereço abaixo:

Nome: Natália Aparecida Barzaghi
(44) 98436051 – nanabarzaghi@hotmail.com

Qualquer dúvida com relação aos aspectos éticos da pesquisa poderá ser esclarecida com o Comitê Permanente de Ética em Pesquisa (COPEP) envolvendo Seres Humanos da UEM, no endereço abaixo:

COPEP/UEM
Universidade Estadual de Maringá.
Av. Colombo, 5790. Campus Sede da UEM.
Bloco da Biblioteca Central (BCE) da UEM.
CEP 87020-900. Maringá-Pr. Tel: (44) 3261-4444
E-mail: copep@uem.br

Anexo 2: Parecer do Comitê de Ética para pesquisa com seres humanos da Universidade Estadual de Maringá

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Universidade
Estadual de
Maringá

**PROJETO
DE
PESQUISA**

Título: Humanização na saúde: compreensão a partir das vivências de
trabalhadores da Estratégia
Saúde da Família

Área Temática:

Pesquisador: Lucia Cecilia da Silva

Versão: 2

Instituição: Universidade Estadual de Maringá

CAAE: 02200912.4.0000.0104

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Número do parecer: 73826

Data da relatoria: 06/08/12

Apresentação do Projeto:

A Política Nacional de Humanização (PNH) surge como uma alternativa de enfrentamento aos desafios para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS). Entre os desafios a serem superados, destaca-se a fragilidade da organização da rede assistencial; a fragmentação do processo de trabalho; as precárias interações nas equipes; a burocratização e verticalização do sistema, o modelo de atenção biomédico; o desrespeito aos usuários; a falta de investimentos em qualificação dos trabalhadores, sobretudo no que tange a gestão participativa e o trabalho em equipe e, a formação dos profissionais de saúde que por vezes encontra-se em dissonância com a discussão e a formulação de políticas públicas do setor saúde (BRASIL, 2004). A construção da Política é respaldada por um diagnóstico preocupante das condições de trabalho no SUS e das dificuldades advindas da própria organização da gestão dos serviços. A PNH é pensada como uma forma de afirmar a saúde como valor de uso, combatendo o caráter vinculado a mercantilização das práticas, a partir disto vislumbra-se a alteração dos padrões de atenção, em que a ênfase do processo estaria voltada aos vínculos solidários. Para que as mudanças pretendidas pela PNH ocorram é preciso que haja uma mudança cultural, pois transformar o trabalho em saúde implica no enfrentamento de um *modus operandi* fragmentado e fragmentador, presente tanto na dimensão da construção dos saberes em saúde baseados na superespecialização, quanto na lógica compartimentada do processo de trabalho em saúde. A efetivação da Política carece de sintonia entre o que fazer, como o fazer, ou seja, um diálogo entre o conhecimento e a transformação da realidade, levando em consideração que a institucionalização, via Estado, não garante por si só a concretização da Humanização. O grupo escolhido para participar desta pesquisa será composto por 12 trabalhadores do nível primário de atenção à saúde, do município de Maringá, vinculados à Estratégia de Saúde da Família. Sendo eles, preferencialmente, 4 auxiliares de enfermagem, 4 agentes comunitários de saúde, 2 médicos e 2 enfermeiros, recrutados em Unidades Básicas de Saúde autorizadas pela Secretaria Municipal de Saúde. Os colaboradores serão entrevistados e caso os conteúdos das entrevistas não se apresentem saturados, procuraremos por mais colaboradores. Esta escolha dos profissionais respalda-se no entendimento de que a Política Nacional de Humanização em seu caráter transversal deve atingir toda a esfera do trabalho em saúde e na perspectiva de que a Estratégia de Saúde da Família tem por objetivo reorganizar a assistência a partir da entrada do usuário no serviço de saúde. As entrevistas serão semi-estruturadas, compostas por perguntas fechadas e perguntas abertas.

Objetivo da Pesquisa:

O objetivo principal da pesquisa é compreender a forma com que trabalhadores vinculados ao SUS, vivenciam suas experiências de trabalho no âmbito da Estratégia de Saúde da Família. Também pretende resgatar o histórico do conceito de humanização na área da Saúde, para analisar as diretrizes da Clínica Ampliada e da Política Nacional de Humanização para o Sistema Único de Saúde.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em sua segunda submissão, a pesquisadora apresenta os seguintes riscos e benefícios: "Os benefícios esperados são: contribuir para os estudos na área da Saúde Pública e para a compreensão do trabalho em saúde, do ponto de vista do trabalhador. Não estão previstos riscos ou desconfortos inaceitáveis para você em decorrência da sua colaboração para a pesquisa. Mas, caso isto ocorra, você estará livre para interromper a entrevista ou não responder a qualquer pergunta que achar inconveniente. Também, poderá conversar sobre possíveis desconfortos com a psicóloga do serviço, que estará ciente de nosso trabalho"

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O cronograma de execução foi apresentado, prevendo uma duração total do estudo de onze meses, entre março de 2012 a fevereiro de 2013, com início da coleta de dados para maio a julho de 2012. O orçamento do estudo, totalizando R\$ 707,50 segue com a informação de que será subsidiado pelas pesquisadoras. Em sua segunda submissão o protocolo restou pendente para apresentar um novo TCLE, informando os riscos e benefícios. Os demais documentos e autorizações encontravam-se devidamente anexados e assinados pelos responsáveis pertinentes.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Em sua segunda submissão o protocolo restou pendente para apresentar um novo TCLE, informando os riscos e benefícios. Os demais documentos e autorizações encontravam-se devidamente anexados e assinados pelos responsáveis pertinentes.

Na presente submissão, a pesquisadora demonstra ter sanado a pendência previamente levantada, que foi anexar outro TCLE, trazendo os riscos e benefícios para os sujeitos da pesquisa.

Recomendações:

não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Tendo em vista o atendimento pleno da pendência previamente levantada, este comitê de ética em pesquisa se manifesta por aprovar o protocolo na forma como ora se apresenta.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Face o exposto e considerando a apreciação do protocolo à luz das prerrogativas fixadas pela Res. 196-96 do CNS e resoluções complementares, este Comitê de Ética em Pesquisa se manifesta por aprovar o protocolo na forma como ora se apresenta.

MARINGA, 14 de Agosto de 2012

Assinado por:
Ricardo Cesar Gardiolo