

MARIA ELISA MOREIRA

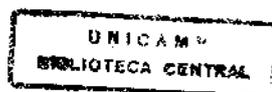
GESTÃO DO TRABALHO EM SAÚDE:
desvendando a trama e o drama institucional

Dissertação apresentada ao
Curso de Pós Graduação
da Faculdade de Ciências
Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para
obtenção do título de mestre
em Saúde Coletiva.

Orientadora: Professora Doutora Solange L'Abbate

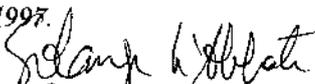
Campinas

1997



Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de Mestre
em Saúde Coletiva.

Campinas, 18 de abril de 1997.


Prof. Dra. Solange L'Abbate
Orientadora

UNIDADE	BC
N.º CHAMADA	UNICAMP
M813g	
V.	12
TOMOS	30/30682
PROC.	281/97
G	<input type="checkbox"/>
D	<input checked="" type="checkbox"/>
PREÇO	R\$ 11,00
DATA	29/05/97
N.º CPD	

C.M.00098114-1

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

M813g Moreira, Maria Elisa
Gestão do trabalho em saúde: desvendando a trama e o drama
institucional / Maria Elisa Moreira. Campinas, SP : [s.n.], 1997.

Orientador : Solange L'Abbate
Tese (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de
Ciências Médicas.

I. Recursos Humanos. 2. Planejamento. 3. Psicodrama. 4. Cultura
Organizacional. I. Solange L'Abbate. II. Universidade Estadual de
Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

Banca Examinadora de Dissertação de Mestrado

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Solange L'Abbate

Solange L'Abbate

Lia de Freitas Garcia Fukui

Gastão Wagner de Sousa Campos

Solange L'Abbate
Lia de Freitas Garcia Fukui
Gastão Wagner de Sousa Campos

Campinas, 18 de abril de 1997.

Dedicatória

Aos anônimos trabalhadores em saúde que tecem a *trama* e encenam o *drama* do cotidiano institucional, atores e co-autores deste estudo, sem os quais nada disto faria sentido.

Agradecimentos

À Professora Doutora Solange L'Abbate pela orientação esmerada, pelo estímulo e confiança.

Ao Professor Doutor Gastão Wagner de Souza Campos pelas sugestões e por ser modelo de médico sanitário para esta aprendiz.

A todos os professores, funcionários e colegas do Departamento de Medicina Preventiva - FCM/UNICAMP pelas contribuições, apoio e incentivo no curso de mestrado.

Aos trabalhadores em saúde entrevistados pela paciência, disponibilidade e colaboração imprescindíveis.

Às chefias, Equipe Técnica e funcionários da Unidade Integrada de Saúde de Taubaté por terem, muitas vezes, me substituído em minhas atribuições e me poupando de novas tarefas.

Ao CAPES pela contribuição financeira através de bolsa de estudos nestes três anos de curso

Aos colegas professores da UNITAU, em especial Carmem, Lindenberg, Ana Maria, Cristiano e Telma pelo apoio e incentivo.

Aos meus alunos por serem sempre inspiração ao meu crescimento profissional.

Aos amigos Teresinha Nascimento Luba e Donizete Goulart pela inestimável colaboração dirigindo o sociodrama e a Maria Benedita de Gouveia pelos registros preciosos.

A Lúcia de Fátima Fermiano Pereira e sua adorável família por ter sido o meu mais precioso ego-auxiliar, transcrevendo fitas, digitando intermináveis páginas, ancorando minhas aflições e propondo excelentes sugestões.

À Professora Nisia Simi Amaral pela rigorosa revisão deste texto e por ser alguém que nos estimula a aproveitar o melhor de nossa língua portuguesa.

À minha irmã Marina por ser a profissional extraordinária e a amiga maravilhosa de todos os meus dias.

Ao meu marido Júlio e ao meu filho Tiago por terem suportado com delicadeza as minhas ausências e as minhas angústias nos momentos difíceis, bem como terem sempre acreditado que eu poderia conseguir.

SUMÁRIO

RESUMO	1
1 - INTRODUÇÃO	3
1.1 - Ao encontro do leitor.	3
1.2 - Motivação e relevância: o trabalhador em saúde como ator	7
2 - OBJETIVOS	23
3 - MARCO TEÓRICO: repensando a conserva cultural.	26
3.1 - A Teoria das Representações Sociais (RS).	26
3.1.1 - A construção da teoria.	26
3.1.2 - A dialética das representações sociais.	33
3.1.3 - O real e o simbólico.	33
3.1.4 - O subjetivo, o objetivo e o intersubjetivo.	35
3.1.5 - Teoria e prática: o senso comum e os critérios de cientificidade.	40
3.2 - Análise Institucional.	43
3.3 - A questão do sujeito para o psicodrama: o conceito de ator espontâneo-criativo.	51
3.4 - A visão de planejamento e gestão.	61
4 - O OLHAR SOBRE O TRABALHADOR EM SAÚDE	75
5 - METODOLOGIA: compondo rotas para aproximação do real.	86
5.1 - Aspectos Gerais.	86
5.2 - As estratégias metodológicas.	92
5.3 - Os recursos técnicos.	95
5.4 - A realidade empírica.	102

6 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS: a trajetória do desejo	
<i>para a ação.</i>	108
6.1 - Apresentação dos entrevistados.	108
6.2 - Análise das entrevistas: dialogando sobre o cotidiano institucional	111
6.2.1 - Gestão e Administração.	113
6.2.2 - O Trabalho Coletivo.	146
6.2.3 - O Modelo Assistencial.	164
6.2.4 - Mudanças na Organização dos Serviços, no Processo de Trabalho e na Constituição das Equipes de Saúde.	193
6.2.5 - Trabalho e Cidadania.	212
6.2.6 - Participação popular, cidadania do usuário e controle social.	234
6.2.7 - A Relação dos Trabalhadores com a Entrevista.	257
6.3 - Sociodrama.	268
6.3.1 - Metodologia.	268
6.3.2 - Descrição e análise.	273
7 - CONCLUSÕES	295
ANEXO 1	301
ANEXO 2	304
ANEXO 3	305
SUMMARY	306
8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	307

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa sobre gestão de recursos humanos em uma Unidade de Saúde, realizada em um Município da região do Vale do Paraíba, estado de São Paulo (Brasil). Os objetivos principais do estudo foram conhecer as representações sociais dos trabalhadores a respeito do modelo assistencial, da organização, administração e correspondente participação nas decisões internas da Unidade, da constituição das equipes de trabalho e das relações entre os vários profissionais e, por fim, os aspectos da ética, cidadania, e autonomia, direitos e deveres e realização profissional.

O trabalho fundamentou-se teoricamente nas abordagens das representações sociais, da análise institucional, do psicodrama e do planejamento estratégico-situacional. A metodologia constituiu-se em estudo de caso, utilizando-se de amostra intencional com entrevistas semi-estruturadas e sociodrama, bem como de análise documental e observação informal.

Os resultados das entrevistas foram analisados a partir de sete categorias principais: *gestão e administração, trabalho coletivo, modelo assistencial, mudanças na organização dos serviços no processo de trabalho e na constituição das equipes, trabalho e cidadania, participação popular, cidadania do usuário e controle social e relação dos trabalhadores com a entrevista*. O sociodrama foi analisado a partir da descrição das várias etapas de sua realização e versou sobre o *dever, o ideal e o possível* em relação ao trabalho institucional.

Dentre as principais conclusões, destacam-se: não houve o correspondente desenvolvimento dos recursos humanos a partir da implantação do SUS na Unidade estudada, cronificando-se as contradições e diversidades nas condições gerais de trabalho, a falta de democratização interna, a ausência de gestão e planejamento sistemáticos e a ocorrência de um modelo assistencial dicotomizado entre ações assistenciais e programáticas, a não integração das equipes enquanto um trabalhador coletivo e incapacidade de realizar a cidadania através do trabalho. O desejo de uma plena realização profissional no entanto, encontra-se alienado, ocasionando impotência para transformar a realidade institucional, que fica pulverizada em múltiplos projetos isolados. Apesar de tudo, os atores demonstraram acreditar na necessidade de um maior entrosamento enquanto trabalhador coletivo e de participação conjunta na gestão, no sentido de sua articulação política, resgatar o valor de seu trabalho no âmbito institucional.

Poema a quatro mãos

O tecelão urdindo fio a fio vai erigindo
Sua obra de arte original,
Na matriz fria e inerte vai criando,
Cores e imagens de modo artesanal
Também os atores vão construindo,
E com seu trabalho estão tramando,
Vida e liberdade no instituído institucional.
Orientanda e orientadora
Urдем juntas este mural
Que a lente do método ilumina
Na conserva cultural.
Tramando os fios da teoria
Com cada fragmento do real.

Maria Elisa e Solange

1 - INTRODUÇÃO

1.1 - Ao encontro do leitor.

As décadas de 80 e 90 no Brasil, têm sido marcadas por certas transformações nas políticas de saúde, que visam implantar uma Reforma Sanitária, demandando adequação em nível local, para as exigências de mudanças de atuação dos atores institucionais no âmbito das unidades de saúde.

Embora estas propostas setoriais acompanhassem tendências sócio-econômicas e políticas particulares ao período histórico, e fossem contextualizadas por um conjunto específico de interesses sociais com correspondentes iniciativas governamentais e privadas, acabaram por se operacionalizar na caracterização de determinado perfil de atenção à saúde, compreendido como modelo técnico-assistencial dos serviços de saúde.

Cabe ao planejamento em saúde, enquanto um processo sistemático de tomada de decisões nas instâncias técnico-científica e política, instrumentalizar estas mudanças no sentido de garantir a viabilidade e factibilidade das propostas tanto macro como micro-institucionais, no que tange aos serviços de saúde.

Deste modo, entende-se que a operacionalização destas medidas atende a múltiplas racionalidades e variados campos de conhecimento e experiência, onde o planejamento vai ser exigido a incorporar novas bases teóricas e metodológicas, sejam emprestadas das Ciências Humanas e Sociais, bem como estabelecer novas estratégias de gestão pública, para dar conta de um objeto ampliado e de um novo olhar sobre este objeto.

A principal ampliação que se estabelece é a incorporação dos aspectos políticos e com eles a visão de atores sociais dentro do processo de planejamento e gestão dos serviços de saúde. Estes atores defendem interesses diversos e até mesmo, muitas vezes antagônicos, que são jogados na arena das decisões político-governamentais, influenciando os encaminhamentos institucionais para a resolução dos problemas de saúde. Na verdade, estas influências os antecedem e se fazem notar desde o momento da definição do que é um problema de saúde a ser enfrentado, até as escolhas estratégicas para este enfrentamento. São atores relevantes neste processo, os governantes, os planejadores, os prestadores privados diretos e indiretos (relacionados a produção de insumos) de serviços de saúde, os trabalhadores em saúde e a comunidade a que se destinam as ações de saúde.

Paralelamente, as práticas de saúde devem passar a ser entendidas como práticas sociais coletivas, efetivadas por estes atores em variados níveis de institucionalização e em distintos contextos, seja da oferta ou do consumo dos bens e serviços, seja no componente de processo, enquanto trabalho em saúde, ou de produtos enquanto ações de saúde.

A institucionalização destas práticas pode ser analisada tanto em nível macro-político e social, como ocorre no âmbito das políticas de saúde e suas tendências históricas, ou mesmo na caracterização das necessidades de saúde e das bases estratégicas para uma Reforma Sanitária Nacional, como também micro-contextualizadas nas experiências de serviços locais de saúde.

O enfoque privilegiado tem sido buscar a caracterização de uma situação problema em suas determinações múltiplas, o mais completamente possível, cuja abrangência do olhar depende da interdisciplinariedade de múltiplos conhecimentos já sistematizados

(OPS: 1992, p.23), para o que análises micro-contextualizadas facilitam o aprofundamento bem como o sincretismo teórico-conceitual e metodológico. Naturalmente, que estas possibilidades particularizadas, não podem ser isoladas da realidade macro-política e social onde estão inseridas, constituindo-se mais em recorte sobre um objeto tão amplo e complexo.

Este projeto de pesquisa situa-se na área de Planejamento, em sua interface com as Ciências Sociais, enfocando a análise de recursos humanos em saúde considerados enquanto atores sociais. Para isto, propõe-se investigar as representações destes atores sobre seu trabalho no contexto de uma determinada Unidade de Saúde local, na institucionalização de suas práticas e no seu engajamento nos processos de mudanças institucionais, neste período de reorganização das ações decorrentes do esforço de implantação da Reforma Sanitária.

Espera-se com isto poder contribuir para a ampliação do olhar do planejamento e para a incorporação de novos recursos teórico-conceituais, visto que se estará utilizando de contribuições tanto da Análise Institucional, como da teoria das Representações Sociais e do Psicodrama.

As representações sociais dos trabalhadores em saúde foram levantadas pelos seus depoimentos e referenciadas a um marco teórico cuidadosamente elaborado. Os aspectos pertinentes ao planejamento e programação em saúde, bem como informações sobre a organização e gestão da Unidade serão complementadas por análise documental dos registros para aquele serviço.

Na caracterização do trabalhador enquanto ator, foram considerados relevantes os aspectos referentes aos seus conhecimentos e experiências sobre o processo de organização do trabalho em saúde e suas implicações institucionais, seja para o planejamento e gestão na configuração do serviço enquanto modelo técnico-assistencial, seja para a construção da própria cidadania dentro de uma nova visão ética deste trabalho.

Acredita-se portanto, ser possível realizar uma análise aprofundada em uma instituição de saúde priorizando-se os atores institucionais como articuladores de uma proposta de planejamento, problematizando-se de forma localizada e particular, uma proposta mais abrangente de política de saúde, onde se operacionaliza e se busca efetivar a Reforma Sanitária.

A dissertação está organizada para apresentação em oito capítulos. Nesta introdução estará também incluída uma reflexão sobre o que levou a autora à escolha do tema e a importância deste como objeto de pesquisa. Posteriormente se apresentarão os objetivos seguido do marco teórico onde se abordará a base conceitual que subsidia o estudo, basicamente a teoria das Representações Sociais, a Análise Institucional, o Psicodrama e a visão de Planejamento e Gestão que norteia a análise. No capítulo seguinte se especificará melhor o recorte utilizado como objeto do estudo, delimitando-se o enfoque escolhido para abordar o trabalhador em saúde como ator e sujeito. Segue-se a Metodologia onde se especificará tanto o método como as estratégias técnicas para coleta de informações e quando se caracterizará a realidade empírica da pesquisa. Na Apresentação de Resultados proceder-se-á a análise das entrevistas através de sete categorias temáticas e também do sociodrama. Após as conclusões apresentar-se-á a listagem das referências bibliográficas.

1.2 - Motivação e relevância: o trabalhador em saúde como ator.

A iniciativa de reflexão sobre este tema, enquanto proposta de pesquisa, fundamenta-se em minha experiência há doze anos ocupando funções de planejamento e gestão de serviço de saúde em uma Unidade da rede da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.

Neste período, acompanhei todas as propostas de reformulação das Políticas de Saúde na linha de frente, na implantação de novas ações, no esforço de integração com outros serviços, buscando a reformulação das práticas para responder às necessárias transformações que se propunha efetivar, e, respondendo diretamente pelas implicações junto aos trabalhadores em saúde e aos usuários.

Foram muitos os questionamentos que surgiram neste processo de operacionalização da Reforma Sanitária, que os documentos oficiais até o momento, não previram, pertinentes principalmente aos aspectos institucionais, em especial, à reorientação das ações de seus agentes enquanto trabalhadores em saúde e atores de sua prática.

Neste trajeto eram frequentes as dificuldades institucionais com as quais eu me deparava no cotidiano administrativo. Além das rotineiras restrições de recursos materiais, cujos determinantes encontravam-se distanciados da minha esfera de decisão, eu enfrentava resistências específicas por parte dos trabalhadores da Unidade gerando conflitos internos a mesma.

Enquanto as questões decorrentes de processos macropolíticos eram encaminhadas externamente à instituição, nas reuniões administrativas do nível regional, ou

em encontros, seminários e congressos de Saúde Pública, ou mesmo no Núcleo Regional da Associação de Médicos Sanitaristas do Vale do Paraíba, os problemas específicos e certas particularidades da Unidade exigiam uma intervenção mais rápida e direta na rotina de suas práticas.

Por outro lado, frequentemente eram desenvolvidas soluções criativas que possibilitavam melhores condições de trabalho, ações mais abrangentes e integrais junto à clientela, bem como melhor integração das equipes de trabalho.

Desta forma, o que eu empiricamente observava era que os trabalhadores daquele serviço, ora se comportavam como opositores, ora como facilitadores dentro do espaço sócio-político institucional. Independente do nível ou do curso de formação básica ou dos postos de trabalho que ocupavam, constatava-se uma diversidade de respostas em relação às novas variáveis organizacionais ou às transformações no processo de trabalho que eram requeridas.

Aparentemente, esta diversidade parecia mais relacionada ao compromisso profissional com que determinados trabalhadores se envolviam com suas tarefas que a outros condicionantes macroestruturais do processo de trabalho. Entende-se aqui compromisso, como a ação crítica dos indivíduos dentro de uma dada realidade, constituído cultural e politicamente, particular e coletivamente. Algo que se desenvolve em função também da intencionalidade, da motivação que cada trabalhador em particular atribui à sua conduta, dependente entretanto de percepções, idéias e valores socialmente construídos.

Foi assim, que esta inquietação passou a me ocupar e transformou-se na necessidade de buscar refletir sobre os trabalhadores em saúde, na suas singularidades,

procurando conhecer qualitativamente alguns atributos que caracterizam sua prática e interferem no processo de trabalho.

Paralelamente, minha experiência enquanto trabalhadora em saúde veio reforçar esta motivação e acrescentar novos aspectos a serem pesquisados. Como médica, tenho formação sob o paradigma biologizante e sectarizado do olhar da clínica, dissociado do contexto histórico e social do processo saúde-doença. Com a especialização em Saúde Pública procurei complementar esta visão com uma melhor compreensão das organizações da sociedade e das implicações de condicionantes econômicos e políticos, entendendo o objeto das práticas de saúde nos serviços ampliado ao coletivo, pelo referencial teórico do materialismo dialético. Posteriormente realizei um curso de formação para Psicoterapeuta na linha do Psicodrama, acabando por acrescentar os aspectos psicológicos, pouco valorizados nas primeiras etapas de minha profissionalização.

Por ocasião deste estudo, trabalhava tanto como clínica junto ao Programa de DST-AIDS, quanto como sanitarista com funções de coordenação programática e supervisão de equipes de saúde na referida Unidade, e mais recentemente, como diretora. Em consultório privado atuo como psicoterapeuta, além de exercer atividades docentes na área de Saúde Pública, na Universidade de Taubaté. São diversos portanto os objetos de minha ação profissional: do indivíduo em suas relações particulares com seu corpo doente, o sofrimento e a morte, à instituição de saúde, e até mesmo às mais amplas questões macropolíticas do planejamento. A interrelação destes objetos e mesmo destas práticas, às vezes, no mesmo dia de trabalho, começaram a me pressionar por reflexões adicionais.

Deste modo, passei também a me interessar pela interdisciplinariedade dos saberes, pela integralidade das ações nos serviços, pela integração de modelos distintos de

atenção em saúde, com a superação das dicotomias preventivo-curativo, individual-coletivo, clínico-sanitário, e a temática deste estudo foi sendo ampliada e melhor especificada.

Definida a motivação, é preciso caracterizar a relevância da pesquisa, que transcende a curiosidade pessoal e os interesses particulares, para justificar a pertinência da contribuição para o planejamento e gestão dos serviços em saúde.

Entender o trabalhador em saúde enquanto ator social é tentar contribuir em primeira instância, para uma caracterização conceitual desta categoria dentro do planejamento e gestão de serviços, atribuindo uma qualidade de desempenhar papéis, ao ser que age no cotidiano de suas práticas laborativas, no contexto social tanto das organizações onde se realizam, como do próprio processo de trabalho e também de seu produto: a ação de saúde.

Nesta caracterização está subentendida portanto a relativização do enfoque da individualidade, porque se reconhece a determinação histórico-social do desenvolvimento destas práticas, enquanto saber e tecnologia, enquanto processo de trabalho que não se constituiu isolado das forças produtivas e das relações de produção dentro da sociedade geral.

O que se estará valorizando, será tão somente, a autonomia relativa de que gozam estes sujeitos, enquanto determinados e determinantes de uma realidade social específica: a efetivação das políticas públicas de saúde, através da operacionalização de suas diretrizes e estratégias na produção de serviços, restrito à dimensão institucional do local de trabalho.

Exclui-se portanto também desta abordagem, as relações destes trabalhadores enquanto movimento político organizado para a luta pelas condições de trabalho, bem como sua inserção política como força coletiva para a implantação da Reforma Sanitária a nível de movimento nacional.

Trata-se assim de uma tentativa de reflexão de carácter micro-social, que vai procurar reconhecer estes trabalhadores nas suas redes de relações mais próximas, seja com o objeto de sua prática, seja com outros trabalhadores, dentro da concepção de divisão social do trabalho em saúde. Este empenho em aprofundamento certamente trará prejuízos para a generalidade e extensão da abordagem.

Segundo SCHRAIBER & PEDUZZI (1993, p.295) “os recursos humanos tem sido objeto privilegiado de interesse na saúde, principalmente quando, nas políticas públicas para o setor, se discute a organização dos serviços em termos de qualidade de suas práticas”. Mas as autoras ainda admitem que estes também se constituem “enquanto objetos de intervenção (...) um desafio, e enquanto área de conhecimento, como uma reiterada problemática de investigação”.

A relevância portanto desta questão é indiscutível, e historicamente tem sido confirmada pelo fato da problemática dos Recursos Humanos ter sido tema tratado em todas as Conferências Nacionais de Saúde (CNS) desde 1941 a 1992, sendo que inicialmente foram valorizados aspectos pertinentes à criação de carreiras técnicas, e já na 3ª CNS, este assunto era colocado como fazendo parte do diagnóstico da situação sanitária da população brasileira, iniciando provavelmente uma visão mais voltada para o planejamento em Saúde Pública.

A preocupação dos recursos humanos enquanto insumos para os serviços surge na 4ª CNS cujo enfoque foi a formação, tanto universitária como para pessoal de nível médio e auxiliar, tendo sido mantido este mesmo enfoque na conferência seguinte. A discussão do trabalho coletivo aparece na 6ª CNS enquanto “Grupo de Saúde Pública”. Na vigência da 7ª CNS a preocupação com a Atenção Primária a Saúde leva a escolha do tema de desenvolvimento de recursos humanos em Serviços Básicos.

O relatório final da 8ª CNS apresenta inúmeras proposições sobre este assunto desde a formação à gestão, passando por aspectos jurídico- legais dos trabalhadores, e acabando por propor a realização da 1ª Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde (CNRHS). Na 9ª CNS foi temática específica, enquanto política de desenvolvimento onde se debateram as garantias de condições de trabalho como qualidade de assistência aos usuários, sendo reafirmada a realização de 2ª CNRHS (BARRIOS:1993).

A 2ª Conferência Nacional de Recursos Humanos para Saúde realizada em Brasília em setembro de 1993, tinha como questão temática central os desafios éticos nesta área para efetivação do SUS, especialmente apoiada nestes enfoques principais: organização dos serviços de saúde em resposta à necessidades da população, e o trabalho no processo de produção destes serviços. O relatório final aponta para a necessidade de superar grandes contradições propondo a padronização de uma política de desenvolvimento de Recursos Humanos tanto a nível federal, quanto estadual ou municipal.

A estratégia proposta é a reordenação dos modelos assistenciais como base para a reestruturação técnico administrativa das práticas profissionais e o estabelecimento de novas relações éticas baseadas em uma concepção de SUS, “construída a partir de uma visão de conjunto que ultrapasse os muros das especialidades, integrando a visão clínica e a

epidemiológica, a social e a econômica” (BRASIL: 1993).

Entre as muitas proposições realizadas neste evento, de alto grau de especificidade e detalhamento, considerou-se de interesse para este estudo, a seleção de alguns tópicos de diagnóstico de realidade e as correspondentes estratégias debatidas para sua solução:

1º) Em relação à política de desenvolvimento de recursos humanos, a alocação de recursos específicos é mínima, com conseqüente falta de qualificação, capacitação e atualização em serviço. As condições materiais de trabalho são aviltantes, e as relações trabalhistas injustas e desiguais, com uma concepção de gestão onde ainda prevalece uma visão de recursos humanos como insumos administrativos.

2º) Os trabalhadores encontram-se desmotivados e descompromissados ética e socialmente gerando distorções: cooperativismo e clientelismo com falta de humanização do atendimento, absenteísmo descumprimento da jornada contratual de trabalho “falta de sensibilidade para os problemas da população”, com conseqüente alienação no trabalho.

3º) Falta de participação interna nas instituições e de aliança com usuários para implantar as políticas de saúde em nível local.

4º) Desconsideração por parte dos trabalhadores em relação as ações de educação e promoção à saúde, restrita ao interior das unidades sem envolvimento comunitário, fazendo com que estes se coloquem no centro das contradições entre necessidades da população e falta de capacidade organizacional dos serviços para responder a elas.

5º) Divórcio entre formação de recursos humanos e os serviços públicos de saúde com valorização e inadequação do uso de ciência e tecnologia, sem o necessário compromisso social com os interesses coletivos.

A 2ª CNRHS propõe:

1º) Fortalecer a relação profissional de saúde-usuário valorizando os determinantes sociais do processo saúde-doença, com humanização do atendimento e ações de educação em saúde que modifiquem o compromisso entre ambos.

2º) Estimular o trabalho coletivo em equipes multiprofissionais para reorganização dos modelos de atenção e reformulação do compromisso ético social no serviço e na comunidade.

3º) Rever a formação universitária reformulando currículos, integrando instituições formadoras e prestadoras de serviços, propondo visão integral rompendo com as dicotomias teoria e prática, ciências básicas e clínicas, biológico e social. Reforçar as disciplinas humanas e sociais bem como a formação ética.

4º) Garantir educação continuada como processo sistemático de atualização e reciclagem a partir das necessidades do trabalho e realizada nos serviços. Desenvolver pesquisas em nível de graduação, pós graduação e dos serviços.

5º) Realizar aliança entre gestores trabalhadores e usuários de forma “democrática, transparente e solidária”, para que todos sejam protagonistas da reforma necessária, criando conselho gestores, locais nas unidades.

6º) Garantir melhores condições de trabalho por plano de cargos e carreiras, recuperação salarial e isonomia para as funções, especificando-se carreiras de acordo com as

mesmas (planejamento, gerência, vigilância, assistência a saúde, etc.) e vinculado ao modelo assistencial.

7º) Estabelecer mecanismos de avaliação das práticas de saúde sobre o desempenho dos trabalhadores e sobre o impacto das ações na melhoria de vida e saúde da população, instrumentos democráticos criados pela participação de todos os interessados e por elaboração de manual de direitos e deveres com divulgação pública para trabalhadores e usuários.

8º) Garantir o perfil do gestor especificado no plano de cargo e carreiras, contemplando capacitação compatível, vivência mínima de 2 anos no sistema de saúde, liderança democrática e compromisso social. Deve-se ainda valorizar o exercício da capacidade de negociação de conflitos.

Estes aspectos foram reiteradamente apontados nos relatórios parciais (temáticos) da Conferência Nacional e nos relatórios das Conferências Estaduais, sendo que a 10ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 12 a 16 de agosto de 1996, acabou por apresentar novamente tema específico sobre Recursos Humanos. O relatório final reafirma todas estas questões e propostas, incluindo uma preocupação mais explícita da necessidade de se formalizar o planejamento como instrumento de gestão nesta área. Para isto propõe sistema de informação, implantação de câmara setorial ou grupo técnico para assessoria em todos os níveis de governo, e elaboração de uma Norma Operacional Básica específica sobre o assunto.

Estas colocações estão indicando constituir o tema de Recursos Humanos uma generalizada preocupação para todos os setores de interesse na implantação do SUS,

justificando-se portanto a iniciativa de pesquisas que possam ampliar a reflexão neste sentido. Tradicionalmente porém, na histórica experiência brasileira de planejamento normativo, estes atores têm sido vistos como insumos, comparáveis aos insumos materiais e físicos necessários à organização e manutenção dos serviços de saúde. Somente a partir da influência do planejamento estratégico-situacional entre os planejadores e gestores no Brasil, é que estes passaram a ser reconhecidos enquanto atores sociais importantes para efetivação das políticas públicas de saúde e operacionalização do sistema.

Assim é que SILVA & REIS(1993, p.2), mesmo reconhecendo ser esta “área um elemento crítico no processo de reorientação e transformação dos sistemas de saúde”, afirmam não ter sido esta questão “tratada com a competência técnica nem a relevância política” necessárias, visto a deteriorização de suas bases de desenvolvimento, especialmente em função da crise financeira enfrentada pelo Estado brasileiro e suas repercussões para o setor saúde.

Da mesma forma, admite SOUZA (1993, p.6) que “todos os esforços da sociedade brasileira para implantar o S.U.S.” envolvem em algum grau “decisões sobre recursos humanos” embora sem a devida importância política, sendo relevantes duas questões principais “os aspectos éticos” e o “corporativismo”, especialmente em função das “inequidades de saúde na sociedade” e da “manutenção de grupos de poder no setor”.

Embora se verifique uma contradição entre o discurso e a prática, acredito, ser hoje, uma unanimidade esse reconhecimento, mesmo que entre os planejadores, de acordo com a escola adotada, possa variar o peso estratégico destes atores. O mesmo não ocorre em relação à sua conceitualização teórica e suas implicações para a prática, especialmente no que diz respeito às investigações científicas, pois dependendo da

orientação epistemológica, estes trabalhadores podem ser entendidos como agentes, sujeitos, atores, recursos, insumos, etc. Estas concepções divergentes vão ainda influenciar o tipo de abordagem e a delimitação de objeto nos estudos, bem como o caráter disciplinar do campo de análise chegando-se mesmo a se questionar se este campo seria disciplinar, pré-disciplinar, inter-disciplinar, transdisciplinar ou pós-disciplinar (GONÇALVES: 1993).

Neste estudo, considera-se que a análise deveria sempre contemplar a multiplicidade de saberes que concorrem nesta área de conhecimento, não somente as teorias organizacionais políticas e econômicas mas também as ciências sociais, nas contribuições da psicologia social, antropologia, sociologia bem como da filosofia.

Dentre os campos de investigação mais concorridos até o momento, os estudiosos concordam pelo predomínio de três vertentes principais:

1 - Enfoque por categorias profissionais com ênfase especial na formação universitária e nesta, em particular a medicina e a enfermagem.

2 - “Os estudos descritivos da oferta de pessoal de saúde, de sua distribuição geográfica e de suas variações no tempo” (p.16).

3 - Caracterização enquanto força de trabalho privilegiando-se o processo ou o mercado de trabalho.

Em geral, são omitidos os principais aspectos pertinentes a este objeto que é o de serem sujeitos “com todas as consequências metodológicas que este conceito impõe” (CAMPOS: 1992b, p.89).

É importante salientar que embora os médicos sejam categoria hegemônica dentro do setor saúde e, juntamente com enfermeiros constituam a maioria dos técnicos de

nível universitário, hoje, muitas outras profissões foram absorvidas pelos serviços públicos, quer na atividade assistencial, quer nas áreas administrativa e de planejamento. Na realidade, a maioria do contingente da força de trabalho em saúde é constituída por trabalhadores de nível médio e elementar, que pouco têm sido considerados na pesquisa científica.

Desta maneira, a conceituação dos trabalhadores em saúde deve contemplar a diversidade e a complexidade deste objeto, bem como a extensão destas características para a área empírica de investigação e intervenção que são os serviços de saúde. Assim não bastaria um esforço teórico-conceitual das ciências afins em sua definição, mas também a transcendência deste nível teórico para o plano das práticas de planejamento, organização e gestão.

Entendendo os trabalhadores em saúde como sujeitos, seja como “agentes-sujeitos ou sujeitos-agentes” (SCHRAIBER & PEDUZZI: 1993, p.302) pode se superar as visões funcionalista e administrativa que vem orientando as políticas públicas (CAMPOS: 1994a), contribuindo para desenvolver novas metodologias que possam dar conta de caracterizá-los como “agentes políticos, produtores de serviço, militantes de movimentos corporativos mas que também perseguem uma cidadania plena” (CAMPOS: 1994a, p.49/50).

- Este sujeito apresenta uma profissão e se insere no processo de trabalho e de oferta de ações de saúde. Nesta contextualização enquanto sujeitos, os trabalhadores possuem representações sociais de sua condição que podem ser analisadas do ponto de vista da macro-realidade a partir de documentos oficiais e de registros de suas entidades representativas. Acredita-se porém que, se não forem considerados diretamente no seu

próprio discurso e na micro-realidade de seu cotidiano, estar-se-ia tomando este objeto por um enfoque parcial.

Além disto, é importante considerar que esta “articulação entre os níveis macro e micro de análise é uma das questões mais significativas que marcam atualmente o estudo na área de saúde coletiva”, especialmente se é possível relacionar “conceito e modelos teóricos” com a realidade institucional dos serviços (BÓGUS: 1992, p.30).

Esta proposta de estudo, rompe com os perfis anteriores de pesquisa centrados na autonomia sem limites dos grupos privilegiados, no corporativismo, no isolamento e individualismo dos trabalhadores em relação às suas práticas, no imobilismo burocrático, na alienação institucional, para buscar conhecer sua vontade transformadora e sua capacidade de organização e participação dentro das unidades de saúde.

Não se trata de responsabilizar exclusivamente os trabalhadores de saúde pela implantação da Reforma Sanitária, em detrimento de outras condições macropolíticas, legais e materiais indispensáveis ao processo, mas de particularizar o seu papel dentro da gestão dos serviços também como elementos indispensáveis a qualquer mudança.

Neste aspecto, estou reconhecendo com CAMPOS (1992c), SANTOS (1992) e VIANNA (1992) que a descentralização e por conseguinte a democratização não pode se interromper na instância do município, mas prosseguir até a Unidade operacional do sistema, instrumentalizando-a para redefinir o modelo assistencial, possibilitar a integralidade de ações e aproximar as decisões do controle social. Paralelamente, criar-se-iam condições de participação e influência dos próprios trabalhadores em saúde.

Desta forma, este “ator institucional que recebe o trabalho de outros, modifica-o e transfere para alguém (sendo) ao mesmo tempo um cliente, um processador e fornecedor, quer se esteja considerando atividades meio e atividades fim” (MALIK & VECINA NETO: 1992, p.144) poderá reduzir as distâncias deste processo, conscientizando-se de suas práticas e podendo rever seu compromisso social, que se articula pela reformulação da cultura institucional, constituinte e constituída pelo modelo assistencial, através da “reorganização das práticas” e “do aperfeiçoamento contínuo no processo de trabalho e no exercício da criatividade” (TEIXEIRA: 1992, p. 4-10).

Entende-se a cultura institucional como a instância de constituição de papel profissional, dependente da iniciativa dos atores no desempenho de suas práticas, mas também do encaminhamento de vontade e decisão macro-políticas e das matrizes formadoras educacionais. Na verdade, na instituição, os papéis se refazem continuamente à medida que são atuados, transformando a conserva cultural e transformando-se a partir dela.

Para MINAYO (1993, p.15) a cultura apresenta “as articulações da realidade social” e é em sua “objetividade que se passa o econômico, o político, o religioso, o simbólico e o imaginário, sendo que incluí-la enquanto objeto das investigações em saúde, amplia e aprofunda o conhecimento”. O papel social, no caso onde se inclui também o profissional, por partir da cultura e a ela continuamente retornar, traz estas articulações para objetividade do cotidiano, onde podem ser apreendidas.

Neste enfoque dinâmico de transformação cultural, estão implícitos os aspectos éticos tão discutidos na Segunda Conferência Nacional de Recursos Humanos em Saúde e que vão ser decisivos para a configuração do compromisso profissional, aqui entendido como elemento ético privilegiado que subentende reflexão e consciência crítica de

seu papel, mas também responsabilidade e humanização para com o sujeito objeto desta práxis: o usuário do serviço. Este compromisso por sua vez é elemento privilegiado da constituição do trabalhador no exercício pleno de sua cidadania.

Nada a temer senão o correr da luta
Nada a fazer senão esquecer o medo
Abrir o peito à força de uma procura,
Fugir das armadilhas da mata escura.
Longe se vai sonhando demais, mas
Onde se chega assim.
Vou descobrir o que me faz sentir eu,
Caçador de mim.

Sérgio Magrão e Luiz Carlos Sá

2 - OBJETIVOS

De modo geral, o que se procurou conhecer e discutir neste estudo, foram as implicações diretas e indiretas das propostas de políticas em saúde na área de recursos humanos, não enquanto insumos administrativos do planejamento, mas enquanto atores sociais na participação intrainstitucional. Isto é, como os agentes de saúde (indistintamente técnicos e pessoal auxiliar) percebiam estas propostas e quais estratégias utilizavam para sua operacionalização, seja processo de facilitação seja de resistência.

Especificamente, ao se tomar os trabalhadores de uma unidade de saúde como objeto de estudo, o que se pretendeu inicialmente, foi conhecer a constituição histórica de suas práticas circunstanciadas institucionalmente, tanto nos aspectos organizacionais, administrativos e gerenciais, como naqueles relativos ao planejamento e à programação em saúde, de modo a caracterizar o modelo técnico-assistencial em que se inserem.

Em relação à gestão, é de prioritário interesse determinar as relações formais de poder institucional, tanto quanto os mecanismos dinâmicos desenvolvidos para tomada de decisões no cotidiano da Unidade, além de atividades de supervisão e controle sistematizadas e suas correspondentes bases de sustentação normativas e legais. Para cumprir este objetivo, dever-se-á proceder à observação e análise documental das informações registradas na Unidade e/ou na Direção Regional da Secretaria de Estado da Saúde.

Paralelamente, também pretendeu-se caracterizar as representações sociais dos trabalhadores da Unidade a respeito dos seguintes aspectos:

- 1 - As relações do processo saúde-doença com a sua prática profissional.
- 2 - Sua prática enquanto processo de trabalho e definição de papéis institucionais compondo um trabalhador coletivo.
- 3 - O modelo assistencial no qual se inserem e sua evolução histórica com as correspondentes mudanças institucionais da última década.
- 4 - As relações entre os agentes da mesma categoria profissional e entre as diversas categorias, a interdisciplinaridade e a composição das equipes de trabalho.
- 5 - A autonomia e/ou submissão institucional, enquanto reconhecimento da sua capacidade de transformação ou de sua obediência irrestrita às normas e aos mecanismos reguladores de suas práticas.
- 6 - Os conceitos de ética e de cidadania relacionados à sua prática e ao desempenho do papel profissional.
- 7 - A gestão e administração do serviço, possibilidades de influência, democratização e participação, bem como responsabilidades técnicas perante as atividades desenvolvidas e o espaço social coletivo da instituição.
- 8 - As expectativas de realização e satisfação profissional e suas relações com a organização do serviço e com a reestruturação do processo de trabalho.

“Uma idéia é genial quando é original,
quando é uma solução metodológica ou
explanatória superior às existentes
e quando dá origem
a novas linhas de pensamento
ou novas aplicações.”

Isaias Pessotti

3 - MARCO TEÓRICO: repensando a conserva cultural.

Neste capítulo da dissertação desenvolveu-se a abordagem das quatro matrizes teórico-práticas, que permeiam a concepção da pesquisa, tanto no pólo teórico, como epistemológico, morfológico e técnico (BRUYNE et al.: 1977). São elas a teoria das Representações Sociais, a Análise Institucional, a questão do sujeito para o Psicodrama e finalizando com a apresentação da visão de Planejamento e Gestão que norteia este estudo, considerada necessária à explicitação do olhar da autora sobre o real que se buscou apreender.

3.1 - A Teoria das Representações Sociais (RS).

3.1.1 - A construção da teoria.

Vários autores que trabalham com esta teoria são unânimes em reconhecer que o primeiro cientista a utilizar o conceito de representações sociais foi Emile Durkheim em sua obra clássica “As regras do método sociológico (HERZLICH: 1991, p23; MINAYO: 1993, p.59 e 80; e MOSCOVICI: 1994, p.8). Partindo do conceito de fatos sociais como coisas, o criador da Sociologia busca identificar e especificar seu objeto na dimensão do coletivo e na materialidade do que possa ser observado, medido, quantificado. Representações Sociais então seriam, como inicialmente concebidas, a consciência da sociedade, uma forma de pensar, perceber e expressar a realidade que transcende o indivíduo porque é socialmente construída, dependente da estrutura social, mas sofrendo outras determinações (filosóficas, religiosas, culturais, etc.) e que tem poder coercitivo sobre os indivíduos.

Posteriormente, Max Weber rompendo com o caráter positivista e inaugurando a Sociologia Compreensiva sem abandonar que as idéias, mentalidades, concepções e visões do mundo têm sua base material, vai reconhecer que os fenômenos sociais podem estar mais determinados, em dado contexto histórico pelo econômico, em outros pelo político, ou moral, ou religioso, ou cultural, ou jurídico, etc., ou na associação de algumas destas dimensões. Sua mais importante contribuição foi, provavelmente, salientar a relevância da pesquisa, do estudo, da análise das idéias para o conhecimento da realidade social, acrescentando-lhe a dimensão da subjetividade e da intersubjetividade, que são o sentido, o significado, a intencionalidade e o valor, estabelecendo possibilidades para um importante paralelo entre Sociologia e Psicologia Social.

No conceito de ação social weberiano está inscrita a complexidade da existência e da interação humana: a generalidade e o particular, o abstrato e a verificabilidade empírica, o presente e o tempo histórico, a qualidade e o complemento quantificável, a subjetividade do agente e as implicações objetivas de seus atos (Weber: 1964). Assim, para TRAGTENBERG (1980: p.IX), Weber procura conhecer a experiência humana através do “conteúdo simbólico” mas na sua relação com outros fatos observáveis, donde a amplitude da informação sobre os fenômenos decorreria desta associação.

Posteriormente, Schutz, incorporou o método fenomenológico para as ciências sociais, associando a filosofia husserliana à Sociologia Compreensiva de Max Weber. Separando “os termos experiência e conhecimento” o autor vai caracterizar o senso comum como fundamental para análise e interpretação da realidade social. O senso comum como fonte de experiência norteia a conduta humana, e geralmente neste sentido, é compartilhado nos grupos e na coletividade. Em termos de conhecimento, o senso comum

vai ser interpretado e elaborado interiormente pelos sujeitos sociais, às custas de sua subjetividade, de modo a se constituir em referência para os indivíduos (MINAYO: 1994, p.96).

De um modo geral, para Schutz, o significado é uma construção dialética entre indivíduo e coletividade, e a intencionalidade, a relevância para a vida cotidiana em determinado contexto sociocultural. Significado e intencionalidade podem ser apreendidos nas tipificações que são construídas pelos atores sociais para compreender a realidade e para se conduzir dentro dela. São marcadas por certo hábito e por certo automatismo, não sendo completamente conscientes aos atores, porém passíveis de ser interpretados pelo pesquisador.

Schutz valoriza o aqui-e-agora, desconsiderando a importância da história para a construção da ideologia social, bem como centraliza seu método no indivíduo em detrimento da contextualização estrutural, perdendo portanto a sobredeterminação como fator coadjuvante desta ideologia.

Para MINAYO (1993, p.165), a dialética marxista tem na obra *A Ideologia Alemã* “uma explanação clássica sobre o tema das representações sociais” e a base sobre a qual se assentam outros autores mais contemporâneos. Nela se explicita que as idéias são determinadas pela estrutura material da sociedade, onde as relações econômicas coletivamente construídas determinam as consciências individuais, embora Marx também considere as contradições existentes nesta relação, bem como sua interação dialética.

Posteriormente Gramsci, Lukács, Bourdieu e Bakhtin vão reinterpretar o marxismo, com contribuições especiais à situação do indivíduo dentro da sociedade e suas

possibilidades de influência e transformação da organização social. De certa forma, todos eles vão trabalhar com o conceito de consciência, ampliando-o e instrumentalizando-o para análise do social (MINAYO: 1994).

Para Gramsci, o senso comum tem potencial transformador sobre a ideologia, que é entendida como a forma da consciência coletiva cujo conteúdo são as bases materiais. Ambos compõem o bloco histórico cuja expressão são as representações sociais, seja no aspecto conservador de conformismo do senso comum ou de seus elementos favorecedores da mudança e de transformação.

Para Lukács a consciência coletiva é a visão de mundo relacionada aos grupos sociais, especialmente a uma determinada classe social, mas que se expressa através dos indivíduos. Bourdieu e Bakhtin vão trabalhar os aspectos da comunicação, entendendo a palavra como forma de expressão da consciência. A linguagem é social e historicamente construída e portanto a base objetiva das representações sociais, revelando aspectos conscientes e não conscientes do habitus. O habitus seria a forma cotidiana dos indivíduos aprenderem a realidade e com ela se relacionar, como as tipificações para Schutz, porém o conceito é ampliado dialeticamente, porque contempla a história e as contradições das relações sociais onde se organiza e de onde é fruto tanto da experiência como do conhecimento; reproduzindo as “marcas de posições e situações de classe” (MINAYO: 1994, p.105). Pode-se observar que nenhuma corrente teórica clássica por si pode dar conta da conceitualização das representações sociais, sendo possível aproveitar-se de elementos de uma, e de outra para compor uma base epistemológica mais adequada e completa.

Dentre as ciências sociais, foi a psicologia social que provavelmente mais desenvolveu a teoria das representações sociais, dela se utilizando para análise da contextualização dos indivíduos nos grupos e na sociedade como um todo.

Foi Moscovici (1994) quem primeiro utilizou-se das representações sociais para uma pesquisa sobre psicanálise na França em 1961: “A psicanálise, sua imagem e seu público”, onde procurou demonstrar como os construtos psicanalíticos se difundiram nos grupos sociais. O próprio autor reconhece que foi buscar em Durkheim e nos antropologistas Mauss, Levi Bruhl e Saussure as bases conceituais que desenvolveu também em associação com as idéias do construtivismo.

Para JOVCHELOVITCH (1994, p.72), são marcantes a nível da psicologia as influências de Piaget e Winicott na forma de interpretação do papel do indivíduo para a construção da teoria das representações sociais. Ambos trabalham reconhecendo “a atividade simbólica como um produto do eu plenamente desenvolvido (...) quando o ser humano está preparado para integrar a si mesmo em uma rede de perspectivas globais que vai além de si mesmo para o conjunto da humanidade”. Deste modo, o eu, que esta teoria trabalha não é abstraído da realidade social e histórica, mas sim contextualizado dentro da coletividade. A interrelação do indivíduo com a sociedade é analisada pelo conceito de alteridade, muito influenciado pelas teorias de Hannah Arendt e Jürgen Habermas, que vão desenvolver as concepções de espaço público e privado.

FARR (1994) salienta a importância da teoria das representações sociais, surgirem no desenvolvimento da psicologia social, como ruptura com o paradigma positivista e individualista da escola americana, opondo as ciências sociais e políticas ao comportamentalismo tradicional. Para ele o “behaviorismo representa a perspectiva do

observador dos outros, a psicologia da gestalt representa a perspectiva do ator nas ciências sociais” (p.54). Assim, tanto Moscovici como Mead estariam propondo “uma síntese entre o individual e o coletivo (...) como uma forma sociológica de psicologia social”(p.41).

SPINK (1992, 1994a, 1994b) considera que a teoria das representações sociais tem na hermenêutica e no construtivismo um “círculo contínuo e o processo permanente de reflexão” (p.117) mas também se complementando na perspectiva historicista. Lembra as contribuições de Nietzsche, Guiddens, Berger e Luckmann, Touraine, Agnes Heller, Heidegger, Wittgenstein (2ª fase) e Foucault cujo denominador comum seria o pressuposto de que as “explicações e descrições deste mundo são (...) socialmente determinadas” (p.126) e portanto inseparáveis do contexto coletivo e histórico.

Provavelmente todo este diversificado corpo de influências epistemológicas deve-se à complexidade do objeto de que trata esta teoria, requisitando múltiplas possibilidades de interpretação e explicação. Assim, o conceito de representações sociais deve ser capaz de objetivar todas as contradições que sua realidade encerra, a diversidade com que esta realidade se mostra ao olhar do pesquisador e ainda permitir a análise, sendo que o próprio conceito como tal seria também uma representação social. Porque conceito é produto da linguagem, é organização de palavras. Como nos ensina MINAYO (1994, p.110) “as palavras são tecidas a partir de uma multidão de fios ideológicos e servem de trama para as relações sociais em todos os domínios (...). A compreensão da fala exige ao mesmo tempo a compreensão das relações sociais que ela expressa. Porque não são realidade, mas uma fresta iluminada: representam”.

Na verdade, as representações sociais surgem enquanto teoria para buscar uma forma de reflexão que se coloca como crítica para o desenvolvimento histórico atual

das ciências sociais e humanas, que é a questão do individual e o coletivo. Por ter se desenvolvido mais na psicologia social, e por hoje ser mais identificada a ela, especialmente nos países europeus, pode-se dizer que esta teoria se situa entre as ciências psicológicas e sociais, no ponto onde se interpenetram. Isto não significa acrescentar aspectos sociais aos fenômenos psicológicos, ou em contrapartida, levantar as características psicológicas dos fatos sociais. Mas sim, buscar compreender alguma faceta da realidade que se interpõe entre o indivíduo e a sociedade e que até então as ciências não estavam habilitadas a conhecer. As representações sociais vão centrar “seu olhar sobre a relação entre os dois campos da realidade onde a força do que é coletivo encontra sua mobilidade na dinâmica social, que é consensual, é reificada, mas abre-se permanentemente para os esforços de sujeitos sociais que a desafiam e se necessário a transformam” (JOVCHELOVITCH & GUARESCHI: 1944, p.18-9).

Não se poderia prosseguir fragmentando e compartimentalizando nosso empenho em compreender o real simplesmente porque as teorias se colocaram como referenciais de verdade absolutos e sectários, onde “ou ficávamos no indivíduo fechado no âmbito de um eu abstraído do mundo que o constitui, ou tratávamos a sociedade e a história como abstração. Uma sociedade sem sujeitos, ou sujeitos sem uma história social” (JOVCHELOVITCH: 1994, p.63).

Podemos, a partir destas reflexões iniciais, buscar conceitualizar representações sociais enquanto idéias, significados, motivações, impressões, afetos, percepções, experiências e valores que os indivíduos têm a respeito de sua realidade sócio-existencial, e das quais se utilizam para se relacionar com ela. Na medida em que atuam nesta realidade vão reformulando estas maneiras de interpretar e compreender o mundo.

Portanto representações sociais são sempre transitórias e instáveis, podendo ser aprendidas em determinado momento histórico, no qual sempre devem ser contextualizadas. “São portanto uma forma de conhecimento elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (JODELET apud GUARESCHI: 1994, p.202).

3.1.2 - A dialética das representações sociais.

Neste tópico procurou-se abordar as particularidades do objeto das RS que as caracterizam enquanto um esforço dialético de apreensão do real, que não negando suas próprias contradições as explicitam e reconhecendo-as se comprometem com elas. Para MINAYO (1994, p.108), “a realidade vivida é também representada e através dela, os atores sociais se movem, constroem sua vida e explicam-na mediante seu estoque de conhecimentos”, mas também as RS “são capazes de revelar a natureza contraditória da organização em que os atores sociais estão inseridos”.

3.1.3 - O real e o simbólico.

Uma discussão que sempre se impõe neste campo do saber é a que diz respeito ao critério de realidade que se pode atribuir às impressões que os indivíduos têm sobre sua situação existencial e social: o quanto realmente estas idéias e significações são capazes de corresponder aos fatos e fenômenos da forma com que se constituem.

Este questionamento somente se impõe pela dominação positivista que sempre norteou os critérios de verdade para as ciências. Hoje é consenso, conforme será visto no capítulo de Metodologia, que somos apenas capazes de lançar um olhar sobre a

realidade, parcial e provisoriamente, comprometido com nossos valores e criando conceitos e teorias por uma atividade simbólica relacionada a uma dada ideologia.

GUARESCHI (1994, p.201), interpretando Mary Jane Spink nos coloca que ao focalizar as RS “como campos socialmente estruturados” estamos levando em conta “a conceituação de ideologia como visão de mundo”. No estudo das práticas sociais não podemos desconsiderar que as representações estão “a serviço das relações de poder” onde são “hegemônicas” e por isso nos falam da ideologia: “RS são sempre ideológicas”.

A função simbólica se refere ao fato de que em RS lidamos com imagens variáveis da realidade, através das quais as pessoas estabelecem uma forma de ordenação desta realidade, porque vão buscar transformar aquilo que é estranho e não familiar, em familiar, apoiando estes novos conhecimentos sobre esquemas interpretativos do cotidiano existencial. Esta iniciativa visa dar segurança aos indivíduos, por permitir que se situem dentro do seu grupo estabelecendo um senso de identidade social (GUARESCHI: 1994).

Interpretando Piaget, JOVCHELOVITICH nos aponta que a atividade psíquica é sempre de natureza simbólica, sendo construída pelo objeto mundo ao mesmo tempo que o vai construindo. Assim quando a criança começa a criar os símbolos ela irá fazê-lo a partir de condensações e deslocamentos, conforme caracterizam a psicanálise. Isto é: as imagens, contrastes e identificações vão se condensando em suas mentes ao mesmo tempo que são deslocadas do real, sejam de coisas ou pessoas. Portanto RS partem também do inconsciente dos sujeitos sociais. As RS são símbolos porque “criam um objeto representado, construindo uma nova realidade para a realidade que já está lá” e esta é uma atividade psíquica tanto cognitiva quanto afetiva (1994; p.74).

A pesquisa científica também é uma atividade simbólica e possível de influência do inconsciente do pesquisador. Não há como purificar o método qualquer que ele seja, deste viés. Portanto, a ciência simboliza a realidade através de seus construtos.

3.1.4 - O subjetivo, o objetivo e o intersubjetivo.

A questão anterior nos reporta a esta outra, onde a atividade simbólica dar-se-ia no inconsciente individual e portanto na subjetividade humana. Para BIRMAN (1991), a realidade é uma constituição eminentemente intersubjetiva e simbólica, não existindo pois fora dos sujeitos coletivos e históricos, que são ao mesmo tempo os seus artífices, os seus suportes e os mediadores para sua transmissão. Deste modo, os fenômenos somente se tornam objetivos ao homem a partir de visões de mundo que este homem elabora através de significados compartilhados com outros homens, na cultura de seu tempo, da mesma forma que sua história pessoal, vai marcando com sua individualidade, estes significados.

DRIVEEN (1994) discutindo as representações sociais das crianças, enquanto estão se desenvolvendo, nos lembra, que estas vão incorporando os modelos interpretativos utilizados por sua comunidade de modo a se transformar em membro participante, isto é, como ator social. Esta identidade social vai sendo construída simultaneamente na subjetividade pela atividade simbólica, como na objetividade através da cultura, pois é ela que fornece os modelos de significações do grupo e da classe social, fazendo a “mediação do inter-psicológico e do intra-psicológico” para contemplar “diferenças (que) emergem entre indivíduos em relação ao mesmo sistema de significação coletiva (p.284)”. O autor ainda recorda que para Piaget, a construção do conhecimento social se verifica especialmente por dois caminhos, seja a “transmissão social” quando

estabelece as relações de autoridade e poder e portanto de dominação ou submissão, seja pela “reconstrução” que estabelece relações simétricas entre os membros de uma comunidade.

Neste ponto do questionamento, cabem ainda, dois outros aspectos bastante correlatos, que são as contradições entre público e privado e entre autonomia e determinação que historicamente vem acompanhando a polarização objetividade/subjetividade para as ciências sociais e humanas. JOVCHELOVITICH (1994) trabalhando com Hannah Arendt e Jürgen Habermas vai discutir na teoria das RS o princípio da alteridade, conforme citado acima, e portanto vai tentar demonstrar que as RS circulam entre estes dois espaços existenciais, fazendo uma síntese.

O espaço público evidencia a “pluralidade e a diversidade” dos significados e perspectivas de interpretação do mundo de todos, e sua finalidade principal seria se constituir em consenso. Ele se diferencia do espaço interno dos indivíduos que é privado, e pode aproximar ou distanciar os sujeitos na medida em que estabelece este conflito. Sucede porém, que atualmente, este espaço público não é mais aquele que se concebeu na revolução burguesa, tendo perdido suas características principais em função da própria evolução do capitalismo, embora continue perpetuando-se nos “artefatos e narrativas humanas”(p.68) que testemunham a história.

Hoje, o espaço público não fornece o debate extensivo e aprofundado, igualmente permeável a todos os membros de um grupo ou classe social. Da mesma forma, o objeto dos debates nem sempre é estabelecido pela força dos interesses comuns. As decisões que são tomadas no espaço público reproduzem as desigualdades de posições sociais, portanto e acúmulo de poder. Seria interessante que se pudesse resgatar os

significados perdidos reconstituindo-se o espaço público como a dimensão que “racionaliza o exercício do poder através do debate público”(p.69), assim se poderia efetivamente falar em consenso.

Lembrando Mead (*O Outro Generalizado*), a autora reitera que o espaço privado, a noção do eu, a consciência de identidade se dá a partir da internalização do outro, “onde vidas privadas não surgem a partir de dentro, mas a partir de fora, isto é, em público (...). Mais ainda, através da ação de sujeitos sociais agindo no espaço que é comum a todos, que a esfera pública aparece como o lugar em que uma comunidade pode desenvolver e sustentar saberes sobre si própria”(p.70-1). Desta forma, as RS vão depender do debate, da transparência e da prestação de contas que possibilitam a noção de nós.

Para ROLNIK (1994), é “impossível pensar a subjetividade sem o outro, já que nos arranca permanentemente de nós mesmos”(p.161). A autora trabalha com duas dimensões da alteridade: a visível e a invisível, que correspondem aos níveis de consciência, cabendo à “prática do pensamento” fazer “a passagem entre o inconsciente e a consciência, entre a sensação (os afetos) e a representação, entre o virtual e o atual, entre o caos e territórios existenciais” (p.164). Na verdade esta prática apenas consegue atingir os efeitos da atividade inconsciente que seria a produção da diversidade, que rompe com o estabelecido.

MINAYO (1994, p.105), também concorda com esta proposição, afirmando que o “comportamento social e o individual obedecem a modelos culturais interiorizados”, somente que para esta autora, este processo se dá de forma conflitante, não como simples reprodução a nível interno do que está estabelecido a nível social.

De ponto de vista adotado para este estudo, o indivíduo atuando no espaço público, coloca em confronto seus interesses privados, da mesma forma que à medida que vai internalizando a cultura de seu grupo, vai tendo que confrontar os significados e valores atribuídos pelo coletivo, com suas próprias impressões sobre a realidade, o que também não se dá sem conflito.

BAUER (1994), discutindo sobre a função de resistência das representações sociais no processo de popularização dos conceitos científicos, nos aponta que “possibilitar a um grupo social resistir a investidas hegemônicas é uma função interna das RS e sinalizar mudanças para o grupo inovador é uma função externa” (p.242). Disto se depreende, que para este autor, como para quase a unanimidade dos estudados, as RS possuem caráter de certo grau de autonomia perante a ideologia dominante, o que não significa que esta independência seja absoluta, o que seria contraditório com tudo que está sendo refletido até aqui.

Assim é que SPINK (1994a, p.122) vai discutir a mediação entre a determinação coletiva e a individuação dos sujeitos, pela categoria temporal que identifica como textos, situando as RS no espaço que denomina intertextos, isto é, que se localiza entre “o texto histórico que remete às construções sociais que alimentam nossa subjetividade e o texto discurso: versões funcionais constituintes de nossas relações sociais”. Estes textos se apresentam aos indivíduos numa determinação temporal, de modo que no aqui e agora, no instante já, quando as idéias são criadas, reina a diversidade em contraposição às exigências de funcionalidade. Neste tempo curto, os indivíduos elaboram representações sociais facilitadoras do seu modo de desenvolver a vida cotidiana.

Verifica-se portanto uma oposição entre o estabelecido, que tende a dar segurança na interação com a realidade social, e portanto é conservador e gerador de conformismo; com a espontaneidade e criatividade que são transformadoras e possibilitam novas formas de interpretar os fatos e de interagir com eles, favorecendo a mudança.

Na dimensão temporal média, está o vivido, a experiência, o processo de socialização dos indivíduos, o habitus conforme concebido por Bourdieu e que constitui exatamente o estabelecido, anteriormente citado como contraditório ao tempo curto. Já o tempo longo estaria relacionado às “memórias coletivas (...) conteúdos culturais cumulativos (...) imaginário social (...) núcleos estáveis de representação”, que são muito menos permeáveis à subjetividade humana e portanto mais conservadores (p.122).

Deste ponto de vista, a autonomia dos sujeitos perante as RS dependeria da temporalidade destas representações, e portanto do grau de institucionalização que assumem no contexto social, como para BERGER & LUCKMANN (1985), para quem o fato dos hábitos cotidianos suprimirem a necessidade de atribuir significados às ações, constitui a origem da institucionalização da atividade humana. O âmbito institucional da existência é apreendida pelos indivíduos com objetividade inegável, existindo uma relação dialética entre os homens e as instituições que eles constroem e que o condicionam, sendo legitimadas pelos mecanismos específicos de controle social, de tal forma que vai ocorrer restrições ao potencial transformador da individualidade sobre a ordem e estrutura social.

Ainda para estes autores, a vida social não é totalmente institucionalizada e suas instituições não são consolidados definitivos, a despeito da sua tendência a conservação, e é neste espaço que os indivíduos podem construir a mudança, ressignificando

a realidade, por novas representações sociais enquanto unidades de conhecimento, valor e práxis.

MINAYO (1993), ao discutir as contribuições de Gramsci para a teoria das representações sociais, coloca que estas comportam sempre elementos de tradição e mudança que podem ser hegemônicos de acordo com determinado grupo social, ou por uma combinação específica em dada época histórica, de modo que “as idéias de classe dominante e as concepções de grupos subalternos” estabelecem uma relação ao mesmo tempo de “dominação, subordinação e resistência entre os dois pólos”. A autora ainda, resumindo uma comparação entre os clássicos (p.172), demonstra que em “relação ao status das RS no conjunto das relações” eles divergem quanto as bases em que se assentam e ao seu poder de autonomia ou subordinação, mas que todos reconhecem a importância de sua análise para a construção do conhecimento.

3.1.5 -Teoria e prática: o senso comum e os critérios de cientificidade.

Esta questão tanto pode ser analisada do ponto de vista dos sujeitos sociais em relação com a ciência como na contrapartida, da cientificidade ou da legitimidade científica do discurso destes sujeitos, de acordo com o fato das RS estarem sendo tomadas quer do ponto de vista de sua formação como se sua expressão.

SPINK (1994a, p.119) considera que vivemos “o terceiro movimento das ciências modernas” que seria “a ampliação do olhar de modo a ter o senso comum como conhecimento legítimo e motor das transformações sociais (...) não apenas para reabilitar o senso comum, mas para situá-lo enquanto teia de significados capaz de criar a realidade

social”. Tanto o senso comum como as ciências seriam formas de conhecimento, de modo que os sujeitos constroem suas apresentações sociais e as expressam através de ações.

Estas representações quando interpretadas na sua simbolização pelas teorias científicas estariam dando conta de objetos de estudo de pesquisa. Por outro lado, as representações, para os próprios sujeitos que a elaboram são também formas de simbolizar e interpretar o real. O senso comum e a ciência fazem o mesmo movimento para conhecer uma realidade, enquanto o primeiro se assenta na prática, na dimensão empírica, a outra cria suas representações sobre a teoria que procura legitimar através da verificação empírica.

Ambas as formas de conhecimento, são práticas sociais que se estruturam historicamente e que se apresentam na dimensão ideológica, como polo subordinado e polo dominante. Tradicionalmente a comunidade científica controla o conteúdo da comunicação para o público, garantindo a dominação do saber científico, visto que este corresponde a interesses que podem, e geralmente o fazem, competir com os interesses sociais (BAUER: 1994). Deste modo se estabelece um distanciamento progressivo entre estes saberes, do ponto de vista da ciência.

Por outro lado, em relação aos sujeitos sociais, não há demarcação muito nítida entre conhecimento genuíno e popular, preferindo-se falar em um continuum, com fluxos ascendentes em direção à cientificidade e descendente no sentido da popularização (BAUER: 1994).

Para BIRMAN (1991, p.15), os sujeitos possuem uma “atividade fundante dos objetos das diversas ciências” porque são suas idéias que vão constituir o discurso científico, e, conseqüentemente o que a ciência revela é apenas “recorte do real mediante uma

interpretação”. Desta maneira deve ser enfatizada “a posição histórica do sujeito na produção de saberes” tanto para o universo científico como para o senso comum. Neste ponto concorda com BAUER (1994, p. 271) que reconhece os sujeitos em três dimensões, no que concerne à produção do conhecimento: o psicológico, o epistêmico e o psicossocial, “para quem o conhecimento não é um produto de um Universal em abstrato, mas a expressão de uma identidade social”. Ainda para este autor, “o uso da lógica na produção do conhecimento fornece ao sujeito um lugar em um mundo em que esta mesma lógica precisa ser considerada como legítima”. Assim, o que diferenciaria o conhecimento cotidiano do científico não seria o fato de obedecer a lógicas diferentes, mas o fato de um não legitimar a lógica do outro.

O estudo das RS enquanto teoria científica no bojo das ciências sociais e humanas seria uma forma de legitimar a lógica do senso comum, atribuindo-lhe estatuto de verdade por constituir-se em objeto de análise e instrumento de abordagem do real simultaneamente. São necessários porém cuidados metodológicos e rigor crítico pois não basta explicar um determinado comportamento social “com base nas representações”. Isto seria apenas deslocar “aquilo que é uma crença dos sujeitos, para o nível de uma afirmação teórica” o que não seria legítimo (WAGNER: 1995, p.178).

Não se trata portanto de mera transposição de referenciais, mas de como o desenvolvimento científico até este momento pode se instrumentalizar para analisar o senso comum dentro de sua própria lógica.

Para MINAYO (1993, p.173-4), o que se pode concluir hoje é que as RS são “um material importante para a pesquisa no interior das ciências sociais”, não se podendo porém “tomá-las como verdades científicas, reduzindo a realidade à concepção que os atores

sociais fazem dela”. Metodologicamente, seria desejável realizar aproximações sucessivas do real de forma dialética, onde se partindo de um fato social se buscasse explicar a representação que os indivíduos fazem dele, e assim, procurar entender como atuam para conformar determinado fato social. Porém, para WAGNER (1994) é preciso considerar que um fato social pode ser representado de diversas formas entre os sujeitos e os grupos sociais, quer pelo “estado de elaboração” quer pelos aspectos que são valorizados como relevantes, (p.166). É preciso portanto tomar as RS tanto a nível dos indivíduos como das coletividades, para que se possa ter o conjunto das representações. Do mesmo modo, “explicar uma RS a nível de avaliação social significa portanto determinar a condição social que a originou e caracterizasse justificar a relação estrutural entre ambas”(p.173). Isto garante níveis de complexidade diferentes para a explicação da realidade, onde as RS tanto pode ser o evento a ser explicado como o evento explicativo, seja como objeto seja como método da pesquisa.

Será na intersubjetividade da comunidade científica, que o senso comum vai se estabelecer como conteúdo de verdade para as ciências. A metodologia estabelece a forma, porque é onde se fundamenta a argumentação e através dela se propicia o debate.

3.2 - Análise Institucional.

A análise institucional é uma área de pesquisa dentro das ciências sociais e humanas que vem se desenvolvendo muito nos últimos anos até constituir-se num movimento científico conhecido segundo BAREMBLITT (1984) por Movimento Institucionalista, que surgiu com dissidência dentro do capitalismo de Estado e envolve nomes ilustres no âmbito Internacional e Nacional como Castels, Donzelot, Arduino,

Lourau, Deleuze e Guattari, Basaglia, Goffman, Berger, Guilhon de Albuquerque, Madel Luz, entre outros.

Sua principal contribuição é a “adoção irrestrita de que todo saber envolve um poder” (p.19) havendo uma relação entre estas duas noções que vai interferir diretamente na organização das instituições, em suas relações com as classes sociais, na separação entre teoria e prática, no tecnicismo sem crítica e em ocultação destas implicações aos próprios agentes institucionais subordinados.

O institucionalismo busca a singularidade no campo de análise que são as instituições intervindo no seu interior, reformulando teoria e prática dialeticamente. Todas as correntes teóricas, apesar da grande diversidade de tendências ideológicas e de escolas científicas que determinam leituras variadas e linhas de intervenção distintas sobre a realidade, apresentam como características consensuais básicas a auto-análise e a auto-gestão. Estes aspectos visam propiciar aos grupos e indivíduos dentro dos grupos, instrumentos que lhes possibilitem conscientizar-se da institucionalização do cotidiano organizacional, de modo a gerenciá-lo a partir de novos valores e decisões transformadoras, conferindo-lhes autonomia para determinar seus objetivos e as estratégias para atingí-los (BAREMBLITT: 1984).

Instituição segundo LUZ (1979) é “o significado de um conjunto articulado de saberes, ideologias e práticas (formas de intervenção normatizadoras da vida)” (p.30) e este conjunto viabiliza a hegemonia. A hegemonia é entendida como um processo capaz de agir e ser modificado constantemente, processo contraditório que não pode ser reduzido a uma consequência da ideologia dominante, mas também o resultado das lutas dos setores contra hegemônicos. Assim se pode analisar as instituições como “núcleos históricos de

crystalização de poder” (p.33) e não apenas do ponto de vista estrutural e burocrático enquanto conjunto de normas e leis.

A autora coloca ainda que a “racionalização do social” implicou na “criação de instituições e a organização de políticas e práticas sociais de objetivação do humano”, mas que pela complexidade e diversidade social este processo é inacabado contemplando sempre “pluralidade de interesses, de ideologias de relações de classe e de formas de exercício de poder social”. Neste caso, a nível de cada instituição, nós teremos múltiplas representações sociais, às vezes, conflitivas e contraditórias convivendo no cotidiano compartilhado (1988, p.58).

Para BAREMBLITT (1992, p.177) instituições “são árvores de decisões lógicas que regulam as atividades humanas, indicando o que é proibido, o que é permitido e o que é indiferente” compreendendo “um movimento que a gera: o instituinte; um resultado: o instituído; e um processo: a institucionalização”. Podem se expressar através de leis normas ou pautas e se materializam “em organizações e estabelecimentos”.

É no contexto das práticas que se pretende estudar a atuação dos trabalhadores de saúde, sem perder de vista, que estas sofrem influência de determinantes no campo das ideologias, submetem-se às relações de poder e apresentam uma inserção estrutural, em função das normas e leis que regulamentam sua ação. Por outro lado, todo e qualquer atendimento em saúde se dá no interior de uma instituição e/ou através de um processo institucionalizado.

Por instituição social entende-se “o conjunto de aspectos ligados físicos e/ou ideológicos de uma realidade, que ao adquirir existência própria, exterior ao indivíduo é

objetiva com relação ao mesmo, condiciona e possibilita sua inserção social aos padrões estabelecidos pela convivência coletiva” (BERGER & BERGER: 1978, p.198), apresentando portanto caráter coercitivo e de autoridade moral e ainda estando sujeita a uma historicidade própria.

Os efeitos das instituições não se fazem mostrar apenas externamente. Internamente é preciso que se estabeleçam relações sociais nos mesmos princípios para manter subordinados o seu corpo de atores, que na maioria das vezes tem consciência de sua objetividade. Não significa que as instituições sejam imutáveis mas é preciso uma reunião e organização destes atores para sua transformação.

BERGER & LUCKMANN (1985, p.87) acreditam que existe uma relação dialética entre os homens e as instituições que eles constroem, de modo que, existem três momentos dialéticos importantes a ser conhecidos sobre o processo de institucionalização: como se mostram exteriores aos homens, como aparecem nas suas ações, e, como eles internalizam sua realidade objetiva. Os indivíduos podem influir e são influenciados em cada um destes momentos.

Trabalhando com a teoria de Clauss Offe, que de seu ponto de vista, realiza uma “ponte entre o marxismo e a concepção weberiana”, GERSCHMAN (1989, p.127) resgata o papel dos atores sociais em contraposição à visão estruturalista, considerando “fundamental para se compreender inovações políticas e/ou processos de racionalização administrativa equacionados via compatibilização ou adequação de estratégias políticas”. De acordo com os interesses do momento, seja de “classe, corporativos, de grupos, individuais” ou até mesmo “clientelísticos” estes atores vão atuar (p.132). A autora então propõe que as políticas sociais sejam analisadas em dois planos no estrutural e no singular, que seria o

papel dos atores (p.133). Assim, as intuições que operacionalizam estas políticas estarão sendo tomadas tanto na ordem social exterior aos indivíduos como nas suas representações sobre elas.

É assim que bem caracteriza ALBUQUERQUE & RIBEIRO (1979, p.6) para o qual o âmbito das instituições se definirá a partir das relações entre os atores institucionais que são o elemento estruturado por excelência: “Assim as instituições existem na prática de seus atores sobre sua égide, mas baseadas sempre nas relações sociais entre estes atores, que em última análise a constituem”.

Desta forma, prosseguindo ainda com ALBUQUERQUE em outra obra (1986, p.25), “os indivíduos podem ser membros do grupo social suportes da força de trabalho e suporte da ideologia dominada dependendo do contexto de análise”. Poder-se-ia acrescentar que de acordo com a hegemonia, estes mesmos indivíduos podem ainda ser suportes da ideologia dominante.

Referenciados em Gramsci, GALLO & NASCIMENTO (1989, p.101-2), nos colocam que a hegemonia burguesa difere da operária, no sentido de que a primeira se dá pelo consenso passivo, onde o interesse corporativo é assimilado pela ordem capitalista. No segundo caso é um consenso ativo, que depende da participação política, perseguindo-se “uma nova instituição” transformando “a ordem econômica, política, cultural e não menos importante, a visão de mundo da sociedade”, o que significa mudar a maneira como a sociedade se percebe. Acredita-se que possa ser feita uma correlação com os atores institucionais, no caso os trabalhadores em saúde, que atuam em relação aos usuários, muitas vezes, como representantes de uma hegemonia de tipo burguesa, e em relação a seus pares e à ordem institucional, de modo alienado ou subordinado. A hegemonia internamente

às instituições, somente se estabelece se houver a mudança cultural em relação às práticas de saúde e à organização dos serviços.

MINAYO (1993, p.15) considera importante introduzir a “cultura na definição de conceito de saúde” porque acredita que isso demarque “um espaçamento radical”, ampliando o objeto e trazendo para estudo das instituições todas as articulações possíveis, coletiva e individualmente construídas, inclusive relativas ao imaginário e ao simbólico.

Neste aspecto, cabe lembrar a colocação de Berlinguer, de que a reforma sanitária é “principalmente uma reforma cultural”, porque a consciência sanitária se estabelece a partir de uma nova cultura sobre a saúde e suas práticas tanto para os trabalhadores como para usuários (apud DÂMASO: 1989, p.89 e TEIXEIRA: 1988, p.197).

BIRMAM, discutindo as relações entre antropologia e medicina, refere que o encontro das duas ciências se dá “na oposição entre natureza e cultura”, rompendo com o padrão biologizante, acrescentando “outras dimensões do humano” neste “campo do saber” (1980, p.21-2).

Neste estudo entende-se que uma conceituação de instituição de saúde deva incorporar também este aspecto não se restringindo apenas à definição de LUZ (1979, p.43-54) enquanto “aquelas (instituições) que estão vinculadas a organização disciplinar e recuperação dos corpos, entendidos como conservação e recuperação da capacidade de trabalhar”.

Desta forma defende-se que é a cultura que intermedia a percepção dos indivíduos sobre estas relações explicitadas no conceito acima, e isto, trará repercussões para a percepção dos trabalhadores de saúde tanto quanto para a população em geral.

Normalmente, isto é mais valorizado quando se estuda as percepções sobre saúde e instituições a nível dos grupos sociais de usuários, sendo os agentes de saúde, mais tratados enquanto recursos humanos reprodutores apenas da ideologia dominante da instituição.

Pensar estes atores enquanto sujeitos é buscar conhecer suas representações e significações e situá-las culturalmente no contexto institucional, como a subjetividade e intersubjetividade que se revela no cotidiano de suas ações (BERGER & LUCKMANN: 1985), enquanto, atitudes, comportamentos e condutas voltadas para a própria instituição.

Situando esta proposta no esquema formulado por ALBUQUERQUE (1986), esta pesquisa se insere, portanto, no plano das práticas e neste no nível ideológico. Este autor nos alerta que estas instâncias dizem respeito à dimensão analítica da realidade, reconhecidas como “lugares de práticas específicas” onde são localizados os elementos que vão produzir determinado efeito que se deseja conhecer (p.40). Este processo de análise das instituições exige reconhecer a obrigatoriedade de três interdições. A primeira se refere ao fato de admitirmos por pressuposto que o “objeto do pensamento é sempre já uma imagem na qual se reconhece a realidade, permanecendo, no entanto, imagem” (p.41). O fenômeno a ser investigado deve ser considerado na sua especificidade, renunciando-se à sua complexidade e também, por fim, se deve renunciar às suas articulações com outros efeitos. Com isto, se admite que a análise institucional privilegia particularidades e singularidades do

movimento das instituições, aprofundando questões específicas em detrimento da totalidade e das generalidades.

Em relação às instituições de saúde, quando são tomadas enquanto setor público estamos caracterizando-as como instrumentos do aparelho do Estado e portanto atuando através de ações programáticas ou assistenciais acaba por reproduzir, em certo modo, a ideologia dominante, seja nos efeitos políticos em controlar a sociedade ou atenuar as tensões sociais, seja no ideológico; na legitimidade da verdade científica ou do saber médico; ou na configuração do imaginários que são as representações sociais sobre saúde-doença, diferenciados para as várias classes sociais. Na instância econômica reafirma a reprodução do modo de produção vigente e todos estes níveis se interrelacionam e se completam.

Assim é que LUZ (1979, p.51) preconiza sejam as Instituições Médicas no Brasil analisadas como produtoras e/ou facilitadoras da instauração de uma hegemonia, ligada ao modo de produção capitalista, mas existem outras propostas, como a de MERHY (1992, p.19-21), que para a saúde pública, analisa as “práticas sanitárias (...) a partir da configuração de um campo institucional e de uma corrente de pensamento”, onde são valorizados não somente “os momentos de institucionalização das políticas do setor e as correntes tecnológicas que se vinculam à formulação de modelos técnico-assistenciais” mas também, “como esses elementos se articulam em um dado processo social, que coloca frente à frente, em disputa, o conjunto dos sujeitos sociais na constituição histórica de uma dada sociedade”, reconhecendo a “permanente dialética entre instituído e instituinte”. Nesta concepção o Estado é tido “como arena política decisória específica” na qual se efetivam as políticas sociais (p.22-23).

Para efeito deste estudo, estar-se-á analisando como se dá esta hegemonia a nível de sua própria estruturação interna, como se organizam os trabalhadores enquanto sujeitos e a percepção que têm destes efeitos nas suas relações de trabalho, porém, não se utilizará o instrumental metodológico materialista. O que se deseja registrar é que esta visão de instituição permeará também o desenvolvimento desta pesquisa, somente que se estará acrescentando outros referenciais já especificados ou a ser demonstrados em seguida. A instituição de saúde vai ser tomada enquanto uma arena política dos múltiplos interesses de seus sujeitos-agentes.

3.3 - A questão do sujeito para o psicodrama: o conceito de ator espontâneo-criativo.

Inicialmente é importante caracterizar sumariamente a contribuição de Jacob Levy Moreno para as ciências sociais e psicológicas, embora o psicodrama já seja de conhecimento relativamente difundido entre leigos e cientistas.

Na verdade, o termo psicodrama é tomado com múltiplas interpretações conceituais, desde simples técnicas para intervenção em dinâmicas grupais, até como a linha de pensamento moreniano como um todo. Esta confusão conceitual confere ao termo uma abrangência ora suficientemente ampla para descaracterizar o objeto que designa, ora simplesmente restritiva para conferir-lhe caráter de instrumento parcial de uma tecnologia de abordagem do real.

Inicialmente o psicodrama foi concebido por seu criador, como elemento de um projeto designado teoria sacionômica, onde o drama (do grego = ação) era privilegiado

(KAUFMAN: 1992, p.2) como uma forma de abordagem da subjetividade (psichê), não apenas para os indivíduos isolados mas na contextualidade dos grupos sociais.

Assim *socionomia* seria uma proposta de uma nova “sociologia que se preocupa em estudar as formações e tensões sociais no aqui-e- agora, em *status nascendi* (...) pesquisando os aspectos de comportamento humano; intra e inter-individuais” (KAUFMAN: 1992, p.57). Esta teoria apresentaria três grandes áreas de concentração: a *sociometria*, como uma ciência para medir e desenvolver as relações entre indivíduos em um grupo e entre os grupos; *sociatria* como tratamento dos problemas diagnosticados na dinâmica dos grupos e dos indivíduos dentro deles; e, a *sociodinâmica* que estuda as estruturas dos grupos sociais e de suas relações entre si.

Dentro da *sociatria* se inseriria o *psicodrama*, a *psicoterapia de grupo* e o *sociodrama* conforme o enfoque prioritário de abordagem, tanto para investigação como para intervenção, seja na subjetividade, na intersubjetividade ou na objetividade das relações sociais.

Existe uma imprecisão nos limites conceituais destes três termos e esta delimitação arbitrária, tem a única finalidade de homogeneizar a terminologia para fins deste estudo, embora reconheça que “os conceitos têm seus sentidos dependentes dos usos que deles se faz nos diferentes momentos da prática. O sentido do conceito é sempre uma significação contextual, seja na práxis, seja no interior do sistema teórico, ou em ambos.” (SANTOS: 1994, p.37). Por outro lado, deve-se salientar que a ciência moderna já transcendeu este problema epistemológico, anteriormente colocado como polarização do individual e coletivo. Hoje estes dois aspectos são tidos como dimensões da realidade que se

interpenetram e se determinam mutuamente conforme especificado no conceito de representações sociais.

Na verdade, o *psicodrama* é a base teórico filosófica de toda obra moreniana e foi instrumentalizado, enquanto saber e técnica, nestas ramificações teóricas supra citadas. Sua origem está no teatro, de onde Moreno toma os conceitos de papel e de ator, elementos fundamentais de sua teoria, primeiramente com suas experiências de teatro da espontaneidade (década de 20 em Viena e depois de 1925 nos Estados Unidos) e mais tarde como teatro terapêutico, visto as profundas resistências da sociedade ao teatro espontâneo¹.

MORENO fala desta transformação (1984, p.9) referindo que o “teatro de espontaneidade desenvolveu uma modalidade intermediária de teatro – o teatro da catarse, ou psicodrama”, que tinha por objetivo “uma organização criativa no ato, uma estruturação de espaço, uma concretização de relacionamentos humanos no âmbito de ação cênica” onde “tinha primazia o self do ator e sua criatividade espontânea” (p.17).

A indignação maior de MORENO, que o mobilizou para desenvolver suas idéias, foi sem dúvida, a sua inconformidade com a restrição dos atores ao script determinado pelo dramaturgo, acreditando que a força criativa e espontânea daqueles deveria ser libertada das amarras de papéis preestabelecidos, para que a ação se desenvolvesse no próprio ato da dramatização. Portanto o conceito de ator para o psicodrama surge na busca de autonomia dos sujeitos dentro da peça teatral e se expande para sua ação no cotidiano existencial, que vai ser trazido para teatro com fins terapêuticos.

¹ A respeito deste assunto se coloca MORENO (1984, p.19-20), “o teatro da espontaneidade ‘cem por cento’, defrontava-se com dificuldades enormes oriundas das audiências, antes de qualquer outra coisa (...). Perante mim, enxerguei a tarefa monstruosa de modificar a atitude do público, o que implicaria numa revolução criativa (...). *Face a face com este dilema, voltei-me ‘temporariamente’ para o teatro terapêutico, decisão esta estratégica e que provavelmente salvou do esquecimento o movimento psicodramático.*”

Para NAFFAH NETO (1979), Moreno traz o teatro para o espaço do vivido, do social, levando a comunidade a encenar seus próprios dramas e através da vivência refeita dos fatos e dos atos poder repensar sua existência. Mesmo o protagonista, o ator individual, o primeiro que agoniza o bode imolado do teatro grego, ao encenar seu próprio drama traz os elementos do coletivo, porque a subjetividade só existe em relação.

O *protagonista* é aquele ator que vence suas resistências individuais, seu medo de se expor e se entrega ao grupo para fazer emergir os conteúdos grupais. Mesmo quando o contexto é terapêutico e bipessoal (terapeuta e paciente), ao se dramatizar a questão social do paciente, ele vai reinterpretar os acontecimentos reformulando percepções e valores em outro clima afetivo. O “viver novamente” uma situação possibilita mobilizar novos comportamentos, novas respostas para o cotidiano. É isso que Moreno denominava *espontaneidade* e que reconhece ter se inspirado em Bergson e Pierce. “A espontaneidade é que produz a espontaneidade, não a reflexão sobre ela. A espontaneidade é que produz a ordem, não as leis que são, em si mesmas, instrumento de uma ordem espontânea” (MORENO: 1993, p.78).

A *espontaneidade* não é intuição, não é energia não é impulso, é um estado psicológico, uma “entidade independente” (MORENO: 1993, p.86) que existe em determinado momento, para um dado contexto, para uma específica situação. É diretamente relacionada a proposição de momento, de presente, de aqui-e-agora.

Suas principais características são adequação, ou finalidade e liberdade, como uma forma nova de conduzir o mundo. Não é uma liberação pura e simples de impulsos ou de emoções ou catarse descontrolada. Ela corresponde a um estado de compromisso

existencial, um esforço de superação histórica do indivíduo onde ele busca recuperar e transformar seu passado através do presente (NAFFAH NETO: 1980, p.58).

Tudo que o homem cria depende de espontaneidade e depois o criado vai construir a conserva cultural. Um ato conservado pode ser novamente recriado pela espontaneidade. “A primeira característica do ato criador é a espontaneidade, a segunda característica é uma sensação de surpresa, de inesperado. A terceira característica é sua realidade, a qual tem por missão mudar a realidade em que surge; algo anterior e além da realidade dada está operando num ato criador (...). A quarta característica (...) é que significa um atuar, *sui gêneris*” (MORENO: 1993, p.84-5).

Neste aspecto, a espontaneidade agiria sobre os indivíduos para despertar a criatividade e com isso fazer a ponte da subjetividade com a objetividade do real. Para Moreno não existe distinção entre estas duas dimensões nem para o consciente e inconsciente, que seriam qualitativamente continuados. A ação vai objetivar os afetos, idéias, valores e na análise terapêutica a intervenção se dá no ato, enquanto ele se realiza.

O ator da espontaneidade, ator criativo quer submergir por inteiro na dimensão do papel, o ator bloqueia sua própria natureza, seu destino, seu ideal de si mesmo, sua personalidade particular remove seu caráter, sua mais essencial verdade interior, nas bases mais seguras de seu self, a fim de conquistar para o self o mundo indivisível de fantasia (MORENO: 1984). Mas é um agir como outro que elimina o espectador e o espetáculo, todos são atores e portanto esta fantasia faz parte da dimensão do simbólico, da ideologia social histórica e coletivamente constituída.

A *tele*, entendida como a percepção correta do outro, uma força de atração ou repulsa entre os indivíduos, seria a continuidade conceitual da espontaneidade na relação com os outros.

O complexo espontaneidade-criatividade-tele define o ator e para o psicodrama e esta é a visão do homem que representa *papéis*. O eu, o self emerge dos papéis. Quando a criança nasce, ela primeiramente é filha (o) e portanto um papel, a medida que se desenvolve vai constituindo sua individualidade e novos papéis vão se constituindo. São importantes neste aspecto os conceitos de *locus nascendi*, *status nascendi* e de *matriz* como fases do mesmo processo. Os papéis sociais da criança surgem da matriz de identidade que é a “placenta social” a família como primeira experiência coletiva e impregnada de cultura. Daí a colocação de que papéis são elementos culturais de conduta que surgem no *locus nascendi* de determinado contexto sócio familiar e no *status nascendi* das interações sociais que esta matriz engendra.

Estes conceitos de *locus*, *status* e *matriz* para o psicodrama, se situam na teoria de momento que valoriza o tempo do vivido, e se relaciona ao princípio de realidade, porque é o tempo como é existencialmente percebido pelos sujeitos, na forma como se movimentam em seu cotidiano situacional. A referência à realidade é processual e os elementos principais para se localizar nela são tempo, espaço e potencial gerador. Tudo o que apreendemos do real pode ser referido a um lugar, ambientalizado num contexto e reportado a um núcleo primitivo que sem ainda ser, já encerrava todos os elementos principais à sua conformação.

Para MARTINS (1984) o papel é a preposição na teoria psicodramática que faz a síntese do objetivo com o subjetivo, do individual com o coletivo, do particular com o

cultural constituído, portanto é um conceito sociológico. Moreno reconhece três formulações básicas dos papéis: *psicossomáticos*, que têm relações diretas com as ações fisiológicas do indivíduo (comer, respirar, defecar, etc.), “os papéis *psicodramáticos* com dimensão psicológica do eu e os papéis *sociais*, (como) dimensão da interação social” (GONÇALVES; WOLFF & ALMEIDA: 1988, p.71).

O papel somente existe na interação e portanto exige um contra-papel correspondente, mesmo os papéis psicossomáticos cujas bases são fisiológicas, dependem da relação da criança com a mãe ou substituta. Quando recebe o alimento tem alguém que o oferece e portanto desempenha o contra-papel.

MORENO (1993) reconhece como fases do desenvolvimento infantil, inicialmente a de matriz de identidade total indiferenciada, onde a criança não tem reconhecimento do eu e sua percepção de si se estende ao ambiente (inclusive objetos) e a outras pessoas que se relacionam diretamente com ela. Posteriormente, com o passar do tempo a criança vai estranhando o outro e se concentra em observá-lo, mas ainda como parte de si mesmo, para somente depois poder separá-lo. Neste momento, deixa inclusive de se reconhecer também como parte desta experiência. Progressivamente começa a imitar o outro representando seu papel, mas somente vai conseguir inverter o papel com este outro quando for capaz de jogar o papel complementar e perceber que este pode jogar o seu papel. Isto ocorre em torno da adolescência.

Num primeiro momento, na matriz de identidade total não há nenhuma diferenciação, o ser da criança é por ela percebido como em continuidade com o ambiente, e tudo que nele estiver contido, seres objetos, lhe parece próprio e como um todo. Depois, na matriz de identidade total diferenciada ou de realidade total os objetos e pessoas ainda

pertencem ao seu próprio mundo, mas já são individualizados, porém não havendo separação da realidade com os seres, pessoas e objetos imaginados. Estas duas fases constituem o primeiro Universo Infantil. Somente a partir da brecha entre fantasia e realidade é que o simbólico passa a se constituir, para a criança, como uma outra dimensão distinta da realidade. Está estabelecido portanto o Segundo Universo e aí podem se organizar os papéis psicodramáticos e sociais. Geralmente isto ocorre em torno de três anos de idade, embora esta cronologia não seja rigorosa.

É preciso salientar que a brecha entre fantasia e realidade não se desenvolve ao mesmo tempo para todos os papéis, dependendo do grau de maturidade deste papel, e que, para um indivíduo, o grau de maturidade, portanto a condição de saúde mental, depende da capacidade de distinguir o imaginário do real. FONSECA FILHO (1980, cap.5) trabalha profundamente este tema. Correlacionando vida e obra de Moreno com Martin Buber, retoma a filosofia do encontro e estabelece uma teoria sobre as psicoses dentro do Psicodrama, colocando que o processo psicótico se estabelece pela incapacidade de certos indivíduos em se desenvolver psicologicamente, permanecendo indefinidamente na matriz de identidade total ou indiferenciada.

Também se reconhece na teoria psicodramática que os indivíduos não se constituem totalmente de papéis, restando parte do seu psiquismo indiferenciado o que MORENO denomina “partes não resolvidas do eu postulado que sugere o caráter logóide do eu” (1993, p.212). Nesta dimensão psíquica estaria o potencial de desenvolvimento de novos papéis.

A breve referência à teoria do desenvolvimento no psicodrama, tem exclusiva finalidade de situar este aspecto, visto que todo papel quando se desenvolve, passa por este

mesmo processo, a compreensão portanto desta evolução é fundamental para estabelecermos a contribuição do psicodrama no estudo das instituições. Todo papel tem um **locus**, um **status** e uma **matriz**, e no seu desenvolvimento parte da indiferenciação inicial por um progressivo processo de identificação, onde vão se especificando seus elementos constituintes, afetivos, racionais, ativos, valorativos, relacionais, etc.

As instituições funcionam como matrizes para os papéis que os atores desempenham dentro e através delas enquanto construções dialéticas. Tomadas como organizações, ou seja, como consolidados de normas e dispositivos legais, estruturas materiais e conjunturas funcionais, se apresentam como **locus nascendi** dos papéis. Por fim, quando abordadas enquanto processo de institucionalização de determinadas práticas, se relacionam com o **status nascendi** destes papéis.

Os papéis são apreendidos pelo ator inicialmente como tomada, aceitação ou reconhecimento, onde ele recebe o papel já dado e passa a desempenhá-lo com pouca liberdade sobre o estabelecido, na maioria das vezes, com mínimo grau de diferenciação. No desempenho de papel, o ator começa a interagir com o mesmo e já se percebe certo aporte de criatividade e espontaneidade, emergindo a sua subjetividade, os elementos privados se fundindo aos coletivos e sociais que lhe serviram de base inicial. Por fim, na criação de papel, o ator já goza de grande liberdade para remodelá-lo segundo uma adequação própria e com a máxima criatividade e espontaneidade (MORENO: 1972). Este processo de desenvolvimento de papéis não se dá portanto, sem conflitos ou contradições da subjetividade do ator, com os elementos coletivos socialmente determinados e institucionalizados da objetividade contextual onde se realizam.

Estes papéis também não estão isolados, eles tendem a aglutinar-se em cacho, à medida que vão se constituindo em átomos sociais dos indivíduos. Por *átomo social* entende-se o conjunto de papéis, desempenhados por um ator e os contra-papéis que os complementam. A espontaneidade migra de um papel para outro da mesma forma que se estiver bloqueada para dado papel, pode comprometer o desenvolvimento de outros papéis.

Os papéis do ator podem ser distinguidos quanto a serem emergentes, latentes ou passados (mortos) se estão ou não sendo desempenhados no momento. Os papéis atuais nos quais os indivíduos estão atuando podem ser centrais, ou periféricos de acordo com a importância sócio-existencial que representam e podem ser rígidos ou flexíveis de acordo com a espontaneidade e criatividade com que são atuados, relacionando-se também com o grau de autonomia do sujeito neste desempenho (SCHÜTZENBERGER: 1970) portanto, com o grau de institucionalização da conduta.

A visão de homem para o psicodrama é uma visão de sujeito que como atores se relacionam entre si através dos papéis sociais, que contemplam a subjetividade, a intersubjetividade e a objetividade dos elementos coletivos determinantes e determinados. Enquanto método de ação, o psicodrama trabalha com o sentido de subjetivar conteúdos objetivados e objetivar conteúdos subjetivos, o qual se daria através da dramatização das cenas do cotidiano particular ou institucional e da contrapartida na catarse de integração, quando o dramatizado passa à reflexão e à elaboração da vivência dramática transformadora da consciência.

A *catarse de integração* constitui-se, nesta teoria, no processo pelo qual se desenvolvem os elementos indiferenciados do papel (partes não resolvidas do eu postulado), e por onde se estabelece a conscientização do simbólico e a ruptura com a alienação e

subordinação ideológica. A práxis do ator é sua conduta consciente, com elevado grau de autonomia institucional e com grande potencial transformador da realidade.

Esta colocação se contrapõe portanto às interpretações de BIRMAN, que apresenta o psicodrama e o teatro terapêutico como “reconstrução adaptativa da psicanálise”, onde os indivíduos são submetidos aos critérios de normalidade determinados pela capacidade de ajustar-se “as expectativas sociais” através de sua “rede de papéis”, pela qual a individualidade passa a ser regulada em função do grupo por um “dispositivo das inter-relações” (1980, p.167-8).

O autor também reconhece que a teoria e a prática psicodramática extrapolam o âmbito terapêutico em direção às intervenções institucionais onde Moreno procurava trabalhar numa orientação de “recuperar o pólo dominado da instituição para a perspectiva do seu poder dominante”. Desta forma, buscando inverter as relações de poder dentro das instituições, o psicodrama estará servindo a uma dinâmica transformadora e não ao movimento conservador adaptativo conforme inicialmente sugerido (p.169).

3.4 - A visão de planejamento e gestão.

O planejamento em saúde, historicamente na América Latina e no Brasil, acompanha uma tendência que partindo de uma característica normativa racionalizadora embasada nos aspectos econômicos e administrativos, passa progressivamente a definir seus objetivos, estratégias e recursos pela contextualização social e política, embora este processo se dê principalmente a nível teórico em detrimento da verificação empírica, por um descompasso do desenvolvimento ideológico em relação às práticas sociais.

Assim, o modelo de planejamento que ainda é utilizado no setor saúde no Brasil, encerra contradições geradas no seu próprio desenvolvimento histórico, enquanto um instrumento tecnológico cujas bases científicas e teórico-conceituais estão por ser superadas e que poderiam ser sumariamente expressadas nos seguintes itens: (VILAÇA: 1988)

1 - Normatividade restritiva que coloca o sujeito planejador como controlador do objeto de intervenção.

2 - Distinção entre contextos técnico e político, entre programação e implementação dos projetos, entre a efetivação e o discurso, entre a idealização e a operacionalidade.

3 - Distanciamento do cotidiano institucional seja pela sua cristalização na idealização dos planos e projetos, seja pela burocratização excessiva decorrente da hipervalorização do instrumento em oposição à realidade.

4 - Desconsideração das forças sociais, das relações de poder e dos interesses conflitivos dos vários atores envolvidos no próprio processo que o planejamento busca sistematizar, com sectarização dos planejadores e isolamento dos órgãos de planejamento dentro dos sistemas de saúde.

5 - Diluição da responsabilidade pelas decisões políticas na implementação das propostas, por uma suposta neutralidade escamoteada na argumentação técnica. Se quem planeja não decide, quem decide não planeja, quem executa não planejou, e quem é o sujeito-objeto do planejado não influenciou e não participou das decisões, não há quem responsabilizar pelo processo.

6 - Enrigecimento da realidade planejada através de fases estáticas e rígida temporalidade, em detrimento da dinâmica social empiricamente observada.

Neste ponto da discussão me parece providencial distinguir modelo ou metodologia de planejamento de modelo técnico-assistencial. Por metodologia de planejamento estou entendendo as bases teórico conceituais e técnicas que caracterizam determinada forma de diagnosticar necessidades de saúde e propor estratégias de intervenção no sentido de responder a elas.

Por modelo técnico-assistencial estou me referindo ao “modo como são produzidas as ações de saúde e a maneira como os serviços de saúde e o Estado se organizam para produzi-las (CAMPOS: 1994a, p.53), onde se “estabeleceu a intermediação entre o técnico e o político” compondo um projeto de atenção à saúde em princípios “éticos, jurídicos, organizacionais, clínicos, sócio-culturais e epidemiológicos” como uma “síntese cambiante” e um “processo permanente de criatividade: modelo que nunca se completa” (CAMPOS: 1992a, p.16).

Deste modo, os modelos propostos para assistência serão diversificados de acordo com a metodologia de planejamento adotada e com as bases político-sociais que os sustentam. A conceituação aqui utilizada tem relação direta com a gerência dos serviços, porque sua configuração depende da composição de forças políticas em seu favor.

Historicamente, segundo CAMPOS (1994a) os modelos hegemônicos no Brasil foram inicialmente o **liberal privatista** que hoje está em crise acentuada de eficácia e legitimidade e que se centraliza na medicina curativa individual e hospitalar; o **racionalizador-reformista** (AIS e SUDS), cuja lógica tem sido a extensão de cobertura e

substitui os ditames do mercado pela instrumentalização do planejamento, estagnando-se em função da oposição dos interesses liberais; o Sistema Unico de Saúde que se propõe a realizar a integração da assistência médica com a saúde pública e em estabelecer investimentos de acordo com necessidades técnicas e politicamente levantadas.

Porém, o que se tem verificado, são dificuldades operacionais para efetivação do SUS, especialmente com a municipalização, seja por dificuldades estruturais em relação à constituição sócio-econômica e política do Estado brasileiro, ou limitações conjunturais. Dentre estas, a própria caracterização do modelo de planejamento adotado, inadequado pela falta de flexibilidade e pela dificuldade de incorporar a intermediação dos múltiplos interesses em conflito. Acrescenta-se o fato da falta de tradição do nível local com o planejamento e gerência, geralmente com escassez ou inexistência de profissionais habilitados.

É neste quadro que uma nova proposta de planejamento passa a ser considerada, buscando-se refazer as bases teórico-conceituais do processo, e procurando-se adequar à nova situação imposta pela descentralização que leva até os municípios a responsabilidade por sistematizar a previsão de ações de saúde e a correspondente organização dos recursos necessários.

Um modelo de planejamento tradicionalmente verticalizado e normatizador, com distanciamento entre a concepção e sua efetivação, não é adaptável à necessária flexibilidade da realidade local, onde as decisões políticas podem ser coincidentes com a gestão dos serviços. A este nível, a composição das forças políticas e os conflitos de interesses têm influência mais direta e explícita sobre o planejamento, do mesmo modo que os problemas e suas soluções são micro-contextualizados.

Para VILAÇA (1988, p.22) “a solução está na incorporação à prática do planejamento estratégico, decodificado como o cálculo que precede e preside a ação em uma situação de poder compartilhado”, reconhecendo -se que neste novo modo de planejar tam bém é necessário incorporar como um de seus momentos o processo normativo.

Esta proposta não foi homogeneamente incorporada na América Latina, e as experiências podem ser agrupadas em três correntes de bases operacionais diferenciadas (MACHADO & BELISÁRIO: 1992, p.7-13), que influenciam os planejadores brasileiros, seja a escola opasiana com enfoque na Saúde Para Todos no Ano 2000, seja o pensamento estratégico de Mário Testa que privilegia o político, ou o pensamento estratégico-situacional de Carlos Matus, que desenvolveu suas idéias na área da economia, sendo estas recentemente referenciadas para a saúde.

Em todas estas vertentes são valorizados os aspectos políticos do planejamento e redimensionadas suas bases teóricas e técnicas, de acordo com uma concepção de objeto enquanto realidade social complexa, com suas contradições histórica e coletivamente determinadas. Um dos conceitos chaves é o de *situação*, mediante a qual se especificam os problemas, compreendida como o contexto onde se realiza uma ação social conflitiva em função dos interesses dos múltiplos atores sujeitos do planejamento, onde se incluem os planejadores, a população, as elites econômicas de interesse no setor saúde, os profissionais de saúde e os próprios dirigentes governamentais. Outro conceito é o de *estratégia*, emprestado da teoria política, como a sistematização tática para se consumir objetivos, levando em consideração a dinâmica social nos seus aspectos conjunturais e estruturais; desde o cenário aos jogos de poder e à caracterização de seus atores.

O planejador concebido como ator é um sujeito que interage com e dentro da realidade na qual se propõe a intervir, e as possibilidades de intervenção e de apreensão desta realidade contemplam sempre múltiplas variações. A análise da *situação* portanto, deve buscar esclarecer ao máximo a multiplicidade de fatores que a caracterizam bem como identificar as relações de interesse e de poder que são estabelecidas no confronto dos variados atores.

Não existe apenas uma escolha estratégica para atingir os objetivos, mas várias alternativas de condução do processo delineadas neste confronto. Para poder se desenvolver de acordo com estes pressupostos, o planejamento tem que delimitar claramente os contextos e ações que instrumentaliza e portanto, o enfoque tende a ser mais voltado para o micropolítico e o microssocial, através de módulos que são conjuntos de ações que operacionalizam o plano, e a se desenvolver em diálogo democrático e participativo, bem como, incorporar outros instrumentos que transpõem o técnico e o científico, como a intuição, a arte e a experiência (VILAÇA: 1988).

Esta interação intersubjetiva só pode se efetivar pela flexibilidade temporal que superpõe o presente, como tempo histórico na oportunidade de sua realização, a prazos rigidamente concebidos para adequar-se aos mandatos políticos dos governantes. As decisões políticas devem ser simultaneamente objeto e instrumento do planejamento e indissociável dele. Portanto quem planeja é quem governa e quem gerencia, assessorados por equipe técnica competente, e o planejamento se coloca como instrumento da gestão.

Os atores deste processo devem ser conhecidos não somente nos seus interesses políticos mas na sua cultura, na forma com que concebem e valorizam sua realidade sócio-existencial, porque estes aspectos definem em certo ponto, os objetivos e as

estratégias que devem ser estabelecidas para o enfrentamento dos problemas a serem superados. É previsível portanto, a ocorrência de “resistência ativa e criativa de oponentes como a ajuda de possíveis aliados” (MATUS: 1989, p.119). Assim, quanto mais aprofundada a análise destas forças, mais completa será a estratégia, compreendendo-se que esta deverá ser sempre reatualizada, em função de novas variáveis, com as quais se apresentem os fenômenos sociais, num processo que não se extingue em fases, mas que é sempre revitalizado.

Este processo se organiza em *momentos* (MATUS: 1989). A identificação de problemas e sua contextualização sócio-econômica e política, procurando-se levantar os determinantes mais expressivos da situação, caracterizam o *momento explicativo*. As ações de controle propostas e sua organização sistemática compõe o *momento normativo*, que não se limita à caracterização técnica ou metodológica simplesmente, mas é flexível em observação à concepção política deste modo de planejar. No *momento estratégico* procede-se ao estudo da viabilidade do plano, tanto economicamente nas suas bases materiais quanto políticas, institucionais e organizacionais, e se estabelecem as táticas de enfrentamento dos conflitos constituídos. O *momento tático-operacional* compreende a execução do plano e sua avaliação e acompanhamento, onde são adequadas as previsões iniciais às condições operacionais de efetivação.

Para GIOVANELLA (1992b), Mário Testa, sistematiza estes momentos de forma diferente, tendo o *diagnóstico* como síntese de três abordagens: administrativa (semelhante aos procedimentos utilizados no planejamento normativo tradicional), estratégicas (definição das relações de poder compondo uma caracterização particular para

o setor saúde em relação com a estrutura social geral) e o ideológico, “relacionado com a legitimação do conteúdo das propostas bem como do grupo social que as formula” (p17.).

CASTILHO & FORMIGLI (1992) propõem que o diagnóstico em planejamento estratégico, seja já em si, um instrumento de transformação da realidade, pois entendem que neste momento se vai conhecer uma dada situação e com isso se estabelece um poder por este conhecimento. Este poder se operacionaliza em forças políticas que podem encaminhar soluções para os problemas levantados. O diagnóstico não é neutro e nem acabado, deve ser simplificado restringindo-se o volume de informações e o tempo de elaboração para permitir a dinâmica necessária à mudança.

Após o *diagnóstico* tem-se o momento das *propostas programático-estratégicas*, seja para a abertura, para o avanço ou para a consolidação, enquanto processo que considera temporalidade tanto técnica quanto política. Inicialmente a preocupação é voltada para composição de forças que possa fornecer base de sustentação para viabilizar politicamente as propostas, quer seja centrada nos problemas levantados ou nos grupos de interesse a serem mobilizados. Efetivando-se a abertura é possível implementar as transformações setoriais necessárias ao enfrentamento situacional, voltadas para problemas específicos bem definidos ou visando a transformação do sistema como um todo, como seria a Reforma Sanitária. A manutenção das conquistas e transformações implementadas depende do apoio sócio-político obtido nas fases iniciais do processo, bem como da formalização institucional que o planejamento instrumentalizou, dentro de estratégias bem definidas.

TAVEIRA (1992) coloca a *programação* e o *planejamento* como momentos dialéticos de um mesmo processo, onde aquela tem sua racionalidade assentada na técnica e

este, na política. SCHRAIBER (1993) distingue a *programação* enquanto técnica de planejamento, de programação como modelo assistencial, seja se estamos entendendo o conceito como instrumentação técnica de pretensa neutralidade, desconsiderando aspectos sociais e políticos, seja se ultrapassamos a técnica e incorporamos as dimensões desconsideradas no instrumento, respectivamente.

Do ponto de vista adotado para este estudo, no planejamento estratégico situacional, há um esforço dialético de não polarizar dicotomicamente teoria e prática, técnica e política, instrumento e sua legitimação ético-social, etc, não se justificando o impasse terminológico. Na verdade: o debate indica bases filosóficas de sustentação diferentes para os conceitos, que historicamente serviram a modelos distintos de planejamento.

Internamente, este momento de programação aplica-se ao âmbito da institucionalização das práticas de saúde, tidas como práticas sociais e ideológicas, e, externamente, através das relações que se passam entre as instituições de saúde e a sociedade como um todo, particularmente, nos aspectos de controle social e no desenvolvimento da consciência sanitária, buscando- se constituir atores sociais.

Para o interesse deste estudo são particularmente relevantes a discussão ideológica e o processo de democratização interno às instituições de saúde, cuja complexidade depende das condições de verificação das relações de poder que se realizam nas equipes de saúde. O trabalho coletivo determina a especialização dos saberes que introduz uma hierarquia de poderes entre os trabalhadores que podem constituir coletivamente a unidade do processo ou fragmentá-lo em grupos de micro-organizações políticas, como fatores de resistências ou de facilitação do planejamento.

Esta discussão, que se pode estabelecer através da democratização do diagnóstico e das decisões entre os grupos na instituição, possibilita interferir nas relações de dominação e submissão que tradicionalmente se constituem, e é uma estratégia imprescindível à mudança. O encaminhamento dos conflitos e a organização funcional a partir da efetivação das propostas planejadas, com amplo diálogo entre as equipes favorece o processo tanto para abertura, quanto para a mudança e sua consolidação na reestruturação das práticas de trabalho quer seja pelos aspectos organizativos quer técnicos, políticos ou ideológicos.

Os aspectos ideológicos estão diretamente relacionados à consciência dos trabalhadores em relação às suas práticas e à luta pela hegemonia dos projetos que estejam afinados com os interesses da Reforma Sanitária, em confronto com as composições de força decorrentes de interesses corporativos dos profissionais ou mesmo das redes de alianças entre equipes, administradores e população, que tendem a reforçar ou diluir a dominação dos serviços.

O diagnóstico ideológico propicia portanto conhecer as micro-redes de poder na instituição na disputa cotidiana, nas articulações sociais externas, através das concepções e valores sobre o processo saúde doença, nas percepções sobre as interações dos saberes e das tecnologias da mesma forma que nos valores sobre as necessidades de saúde da população.

O planejamento estratégico situacional propõe a adequação funcional e a definição normativa das práticas de saúde, promovendo e priorizando ações em consonância a um compromisso ideológico do grupo de planejadores, que deve ser objeto de diálogo com as equipes de trabalhadores, buscando-se uma aliança, que não somente apoie as

transformações necessárias, mas que consolide a abertura e o avanço de um novo modelo de organização de serviços, colaborando nesta reorganização e legitimando estas práticas.

Os trabalhadores então, como atores sociais, estão envolvidos no próprio processo de planejar, superando as formas organizativas tradicionais burocratizadas, por uma solução criativa que concentra poder técnico e político em detrimento ao administrativo. Valoriza-se assim o consenso para as decisões administrativas, a discussão, para os encaminhamentos técnicos e desenvolvidas lideranças para sustentação política.

Trata-se portanto de implementar um novo perfil de atuação para a gerência dos serviços de saúde, abandonando-se a visão tradicional, onde a gestão se confunde com administração separada do desenvolvimento de recursos humanos e organização das práticas de saúde. É preciso considerar as relações que os indivíduos criam nas instituições de saúde, aprofundar neste conhecimento para ter subsídios à mobilização interna dos mesmos, substituindo a antiga visão de controle. A cidadania do funcionário se estabelece pela garantia dos direitos e a supervisão sobre a responsabilização dos deveres (JUNQUEIRA, 1993).

É preciso romper com a cultura institucional anterior através de novos modelos que ao mesmo tempo estimulem a autonomia criativa dos sujeitos agentes, e também efetivem “mecanismos regulatórios da autonomia e do corporativismo” (SANTANA: 1993, p.6). Desta forma, se estará aperfeiçoando e inovando a gerência dos serviços pela extensão do “olhar sobre as práticas de ordenamento do uso de sua capacidade (dos trabalhadores) de trabalho” (SANTANA: 1992, p.67).

CAMPOS (1992d), também considera a gestão do SUS como elemento estratégico para efetivação da Reforma Sanitária, desde que reformulados seus pressupostos, tanto para o exercício do poder compartilhado, como para o estímulo à participação criativa dos usuários e trabalhadores superando sua alienação, através da co-gestão e auto-gestão pelas equipes de saúde. Assim se estaria inovando no sentido de transcender a crise entre as práticas e as necessidades de saúde e combinando muitas vezes diretrizes polares e antagônicas como: “centralização e descentralização, autonomia de base e responsabilidade com os objetivos gerais de instituição, planejamento de metas e atendimento às flutuações da demanda, entre outros. Antinomias complexas, cujo equacionamento exigiria uma flexibilidade doutrinária e operativa que não estamos habilitados” (CAMPOS, 1994c. p.43).

O mesmo considera e argumenta SANTANA (1992), propondo a análise da gestão do SUS em três aspectos principais: o econômico (relações estruturais de produção de serviço e trabalho), o político-ideológico (espaço de conflito de interesses e relações de poder), e o organizativo (em função do trabalho coletivo e suas implicações para as práticas de saúde).

O autor ainda propõe as seguintes estratégias para a inovação da gestão: supervisão, incentivos de produtividade e negociação coletiva do contrato de trabalho, para o que seria necessário reformulação técnica e das bases jurídico institucionais. Os desafios da gestão seriam: buscar novos paradigmas para reformulação conceitual e transformações operacionais para evitar a desumanização, a fragmentação e permitir o acompanhamento da produção e da qualidade do atendimento (SANTANA: 1993), garantindo nova cultura institucional.

CAMPOS, em relação à gestão das Unidades de Saúde, propõe que esta responsabilidade no novo perfil de relações entre gestores, trabalhadores e usuários se dê, de um lado, pela participação e avaliação sistemática, e de outro, pelas noções de vínculo e acolhida, estabelecendo um “contrato terapêutico” entre os usuários e a equipe de saúde pública; onde estejam claramente definidos “os direitos e deveres de ambas as partes” e onde se possa “equilibrar a autonomia dos trabalhadores” com o seu compromisso institucional (1992a, p.18-19).

Esta nova cultura se dá pela “construção de um cotidiano nas nossas instituições de saúde que se expressa em uma nova relação de compromisso entre usuários e trabalhadores de saúde “onde o processo institucional vai ser gerido pela simplicidade de tecnologias que dependem mais das “nossas sabedorias, experiências, atitudes, compromissos, responsabilidades, etc. do que em equipamentos, espaço físico, entre outros” do que dependem secundariamente (MERHY, 1994, p. 125).

Se considerarmos que estes modos de perceber e fazer o serviço, dependem não só dos gestores como dos trabalhadores, vamos compreender que o primeiro passo está em conhecer este senso comum que os norteia, no “nível ideológico, ao desvendar as articulações entre a produção científica e as práticas sociais, e o conjunto de valores que organiza o Universo cultural e moral dos profissionais de saúde, com a inserção destes agentes na estrutura social (...). Todo o esforço desenvolvido pela teoria sociológica contemporânea no sentido de compreender os fenômenos sociais simultaneamente como algo que, em sendo estruturado, é também estruturante de realidade social, precisa ser perfeitamente incorporado as análises das políticas públicas” (TEIXEIRA: 1989, p.17-8 e 29).

“Esta abordagem, como é sabido, confere grande ênfase àquilo que sociologicamente se denomina de *agência*, ou seja, a capacidade de, em contextos institucionais e locais concretos, criar e defender objetivos de grupos, com maior ou menor grau de auto-consciência (com os conflitos e possibilidades de acordo que daí resultam).

(...)

A livre (*não distorcida*) utilização de argumentos num meio cultural compartilhado (*mundo da vida*) é vista como uma forma de comunicação superior (no sentido da racionalidade geral e da ética) ao uso das falas estratégicas, pelos indivíduos e grupos sociais.

(...)

recurso humano é gente,
gente que trabalha para viver;
que tem seus próprios objetivos;
que se comunica para superar problemas;
recurso humano é gente,
gente que anseia por proporcionar
e desfrutar de uma melhor
qualidade de vida!”

Eleutério Rodrigues Neto et al

4 - O OLHAR SOBRE O TRABALHADOR EM SAÚDE

Acredito que durante o processo de desenvolvimento desta pesquisa foi se delimitando seu objeto que se caracteriza por múltiplas interfaces do tema de Recursos Humanos. Interfaces porque vejo este objeto como uma relação dialética do trabalhador em saúde com a institucionalização das suas práticas e com a gestão do serviço, na micro-realidade localizada de uma Unidade de Saúde.

Em princípio este trabalhador é tomado como sujeito enquanto um “pressuposto” para nossa “ação” e reflexão (L’ABBATE, 1995 p.154) e como “uma pessoa em busca de autonomia disposta a correr riscos, a abrir-se ao novo, ao desconhecido, e na perspectiva de ser alguém que vive numa sociedade determinada, capaz de perceber seu papel pessoal e social diante dos desafios colocados a cada momento” garantidos o engajamento e a responsabilidade social e política (L’ABBATE, 1994, p.482)

Neste contexto, a categoria trabalho está qualificando os sujeitos por “uma gama extremamente diversificada de dimensões, nucleada nas concepções de homem como ator ou como autor da sua própria história (...) contemplando a dimensão tecnológica, a dimensão organizacional, e portanto do controle do processo de trabalho, e a dimensão, entre outras, da construção de sujeitos coletivos”. (COHN & MARSIGLIA: 1993, p. 57).

Este sujeito é ético, político e social. Ético porque deve ter compromissos com valores humanitários de preservação da vida com seus pares e com os usuários também sujeitos, que recebem a ação de suas práticas. É na interação humana que se estará tomando a dimensão ética deste trabalho.

É político, porque se levará em conta sua capacidade de intervir na instituição seja enquanto a organização de uma Unidade de Saúde, do modelo assistencial que ela representa, seja da composição de forças para a implementação de uma macro-proposta de Reforma Sanitária.

É social, em primeiro lugar, porque o objeto de sua prática é social, porque seu trabalho é coletivo e se institucionalizou historicamente e porque será analisado em espaço profissional público, no que concerne à direta administração do Estado, no caso o Município.

Neste ponto cabe a reflexão de SCHRAIBER (1995, p. 29-30) que propõe que se possa estudar as práticas de saúde como “o momento social último da realização das ciências e da tecnologia na vida social”. Para a autora a dimensão ética permite penetrar o “núcleo duro” da técnica, pois é onde se situa a transparência do processo enquanto técnica operacionalizada através de regras científicas e normas organizacionais, que devem ser julgadas e negociadas no espaço público, onde as responsabilidades são conjuntas e solidárias.

Quando falo do sujeito ético estou entendendo “o homem da ética que nos habita (mesmo que quase sempre muito timidamente)” como “vetor de nossa subjetividade” que é capaz de romper com o consenso cultural e com a cristalização das instituições, opondo-se portanto, ao “homem da moral” que normatiza, que regula, que conserva as relações sociais. O homem da ética é aquele que pode ser espontâneo e criativo para tomar decisões que vão conformar novas relações políticas e sociais ao seu redor. (ROLNIK: 1994, p. 166)

Do ponto de vista adotado neste estudo, este homem da ética se faz sujeito enquanto cidadão, assentando uma nova ordem pela criação de uma nova cultura institucional, onde a nova postura será apoiada em valores que a partir da “subjetividade”, como prazer no trabalho, felicidade, realização e desejo, valores que serão confrontados com a habitual “razão técnica” pela “solidariedade”, no espaço dos iguais que é público, coletiva e historicamente construído. (MANZINI-COVRE: 1994, p. 136).

Outra interface deste objeto de pesquisa é o movimento que o trabalhador realiza de cooptação e resistência à alienação imposta pela divisão social de seu trabalho, bem como pela institucionalização de suas práticas.

Sobre a alienação no Serviço Público, MATOS (1994), trabalhando com a perspectiva psicossocial, aponta a gravidade na administração pública brasileira atual, especialmente na década de 90 após a desestruturação da modelo gerencial tecnocrático que a precedeu. Refere que esta alienação serve ao neoliberalismo e às distorções éticas do funcionalismo porque favorece a ineficiência e ineficácia das instituições públicas permitindo alterar as correlações de força no sentido das elites para o Estado, e do corporativismo para os trabalhadores. Correlaciona a alienação com a progressiva redução da participação dos trabalhadores nas decisões institucionais, com a imagem social deteriorada deste servidor; com a “falta de integração numa produção coletiva com significado social” (p.28); pelo clientelismo hegemônico no espaço organizacional e as péssimas condições materiais de trabalho. Deste modo a alienação, por retroalimentação, acaba por servir ao desenvolvimento de outras relações de dominação dentro das instituições por fazer a integração entre as “instâncias políticas, ideológicas econômicas e psíquicas” (p.29).

Este processo alienante, tende a auto reproduzir-se, se não forem instalados dispositivos institucionais que propiciem a autonomia dos trabalhadores nos serviços. Entende-se que a unidade de saúde seja um locus privilegiado para se estudar os possíveis condicionantes deste processo, bem como levantar situações que indiquem a possibilidade de se viabilizar estes dispositivos, especialmente por se constituir em “espaço de práxis comunicativa cotidiana” onde os trabalhadores ao discutir, compartilhar e decidir conjuntamente sobre sua prática e organização funcional, possam resgatar sua cidadania no trabalho (SAWAIA: 1994 p. 155).

Não se trata de desconsiderar o poder alienante da rotina da vida cotidiana nas organizações, mas de reconhecer que ela também propicia esta oportunidade de debate e reflexão crítica conjunta sobre as práticas de saúde, que rompe com o espontaneísmo, a economicidade, o imediatismo, o utilitarismo e a cristalização dos papéis profissionais (SANDOVAL: 1994) que costumam ser hegemônicos. Na verdade toda situação de “crise econômica ou desgoverno político” (p.63) vem romper com os padrões institucionalizados de entender a vida cotidiana. A atual crise da saúde pública no Brasil pode ser correlacionada neste sentido, havendo possibilidades de práticas transformadoras até para não ocorrer o colapso geral.

Para BAREMBLITT (1993, p. 6 e 8) “a desorganização, fragmentação, dispersão, desvalorização e indiferença generalizadas dos coletivos sociais (...) são naturalmente incompatíveis com o fortalecimento das instituições democráticas”, referindo-se ao fato de que “os movimentos transformadores” geralmente se desenvolvem “no seio de uma permanente tensão” que acabam por levar a “complexos problemas éticos, logísticos, estratégicos, teóricos, metodológicos e técnicos”.

No entender da autora/pesquisadora este objeto de estudo se situa no centro desta tensão ou melhor, se constitui na própria tensão existente entre a conservação do instituído e correspondente alienação, e a práxis enquanto ação crítica e refletida sobre a realidade, transformadora e instituinte de uma nova consciência sobre o cotidiano.

Para RIGOTTO (1993, p. 29-30), discutindo o homem e o trabalho, afirma que ser profissional de saúde é ser também trabalhador e ter um papel a cumprir no processo de transformação social e não só “contribuir para elevar os níveis de saúde da população”, mas “em última instância, participar da avaliação, transformação, construção da sociedade” de maneira a “articular ético-politicamente o meio ambiente, as relações sociais e a subjetividade humana”. Neste estudo, acredita-se que ele deva começar a partir de si mesmo, que a peculiaridade do seu trabalho, pressione por uma consciência do seu papel de sujeito deste trabalho e por articulações intra-institucionais destas várias dimensões sociais.

Discutindo os desafios éticos para os recursos humanos na efetivação do SUS, GARRAFA (1993, s.p.) nos coloca duas teses de que “não há saúde sem cidadania” e de que o maior desafio para os RH é “uma atuação responsável no aprimoramento da cidadania brasileira” e que esta responsabilidade não é “somente técnico-científica mas principalmente social e moral.

Outra interface inicialmente levantada é com o planejamento em saúde através da gestão a nível local e que tem como um dos pilares principais, uma mudança no perfil ético das relações dos trabalhadores em saúde entre si como também com os usuários através da motivação, participação e responsabilização. Hoje se reconhece a complexidade destas relações em função dos múltiplos interesses em jogo e muitas vezes contraditórios; da

demanda diversificada nem sempre correspondendo às necessidades reais da população, que determinam dificuldades para avaliação das ações desenvolvidas.

Em relação aos aspectos éticos inerentes ao objeto se constituir em trabalhador coletivo, maiores contradições se acrescentam, porque ocorrem muitas diferenças entre as várias categorias de profissionais que o compõe, seja em sua organização política, nos graus de autonomia com ou sem caráter liberal, na distribuição diferenciada de escalas de trabalho, pelas variadas representações sociais do usuário em relação aos vários profissionais e destes em relação ao processo-saúde-doença, múltiplas formas de validação legal e educacional e correspondentes estatutos corporativos e finalmente pela alienação que decorre desta divisão social do trabalho, (SANTANA: 1992).

L'ABBATE et al (1992) discutindo o desenvolvimento da cidadania para os trabalhadores em saúde em curso de especialização de saúde pública, apontam a importância da construção de sujeitos no âmbito institucional como forma de estímulo para aderir à novas propostas de reordenação de modelos assistenciais. São amplamente valorizados também a participação em todo processo, desde a formulação das práticas até o estabelecimento das relações entre as várias instituições e a esfera da atuação pública. Na proposta, as autoras demonstram que a educação em saúde, utilizando novas opções pedagógicas permite a vivência crítica de papéis profissionais, integrando teoria e prática, incorporando o lúdico e o envolvimento pessoal e profissional do processo de aprendizagem, bem como, um reconhecimento mais claro e real de si e dos outros.

Discutindo a cidadania na e da organização, SPINK, P. (1994) reflete sobre os modelos de gerência de recursos humanos historicamente constituídos especialmente para as indústrias, mas que pode ser bem comparado com o objeto deste estudo, demonstrando

que parece haver uma forma de relação entre a cidadania com os tipos de Estado onde se inserem os sujeitos sociais. Este fato determinaria modos distintos de participação dentro das organizações. Assim no Estado Tradicional onde o autoritarismo é explícito, aparentando externalidade aos cidadãos, estes têm deveres e o Estado detém os direitos. No tipo Simbólico Moderno, o poder se manifesta indiretamente e os deveres do Estado correspondem aos direitos dos cidadãos, e ao se considerar o Estado em Desaparecimento, o cidadão passa a ocupar a esfera pública. É neste último tipo que vem se desenvolvendo as teorias modernas de administração propondo “envolvimento, participação motivação e qualidade” entendendo o serviço como “todo unificado, como uma fonte de autoridade, como um foco de lealdade e com um espírito de equipe, um engajamento coeso num objetivo comum” (p. 114-5).

O autor alerta para se tomar cuidado com esta visão que nega a realidade social e acaba por servir aos interesses conservadores e propõe o modelo “pluralista-inovador” onde se verifica reconhecimento de papéis no trabalho organizado em separado da gerência, onde haja uma ótica da multiplicidade de poderes e da negociação coletiva.

Neste estudo considera-se que a questão das equipes de saúde, da interdisciplinaridade dos saberes e da integralidade da assistência aos usuários são pertinentes ao trabalho coletivo, devendo ser entendidos e debatidos a nível institucional, considerando-se os conflitos de interesse e a disputa de espaço e poder, a especificidade de papéis e visões disciplinares, a multideterminação do processo saúde doença que diversifica o objeto das ações desenvolvidas. Em contrapartida, deve-se procurar o núcleo de confluência que se constitui em permanente tensão, o espaço comum de saberes e fazeres que se conforma pela correlação de forças, o contínuo confronto da individualidade com o

que é coletivamente compartilhado. Apesar da preponderância de médicos e atendentes, novos profissionais vão sendo progressivamente incorporados e o conflito que vem se estabelecendo está por definir novas relações de práticas institucionais. É preciso romper com os mitos da individualidade e da totalidade, equipes de trabalho como grupos se caracterizam pela “diversidade, heterogeneidade e parcialidade” podendo se constituir em “dispositivo catalisador”, intensificando o que cada componente “aciona das instituições (sociais, históricas) e de como nelas constroem novas redes singulares de diferenciação”. (BARROS: 1993 p.151e 154).

Assim, nesta práxis multiprofissional, vai se desenvolver uma luta constante entre instituído e instituinte, entre conservação e mudança, entre alienação e convivência crítica, entre subordinação, cooptação e autonomia, entre identificação e diferenciação, entre socialização e individualidade profissional.

Acredita-se que outra interface a ser explorada nesta pesquisa, sejam as representações sociais de saúde-doença apresentadas pelo trabalhador e como se relacionam com o modelo assistencial da Unidade e com a percepção sobre o usuário e suas necessidades, pois se acredita que enquanto conhecimento prático orientam a ação, determinando o engajamento diferenciado em atividades assistenciais ou de saúde pública, bem como as relações éticas dentro da equipe de trabalho e com clientela do serviço. É importante salientar que em relação aos usuários existem muitos estudos (SPINK: 1992) correlacionando as idéias, afetos e valores com suas escolhas sobre o tipo de assistência à saúde.

Com respeito aos trabalhadores, nesta revisão bibliográfica, apenas foram localizados dois estudos que fazem indiretamente esta correlação: o de ALBUQUERQUE &

RIBEIRO (1979, cap. III) e o de GONÇALVES (1994, cap. 4), que ao analisar as práticas institucionais procuraram concluir por um perfil de representações sobre o processo saúde e doença. A intenção aqui foi proceder em sentido inverso da análise, a partir o que os atores possam entender por este processo, como que isto caracteriza sua prática institucional.

Os aspectos relativos à satisfação de expectativas profissionais e sua relação com a instituição foram entendidos na perspectiva de autodeterminação e da influência na gestão dos serviços. Não devem ser encarados como pesquisa de opinião, até porque, o instrumento metodológico das representações sociais veio se constituir na psicologia social como alternativa àquela. “O conceito de opinião pública é distinto de representações sociais porque o primeiro não contempla as dimensões de construção e mudança histórica”. (GUARESCHI: 1994, p. 193-4).

O que se está entendendo como interface neste objeto de pesquisa, é como que, a partir de suas necessidades profissionais de satisfação e realização, estes trabalhadores se constituem em atores sociais, em sujeitos, como nos coloca CAMPOS (1992b, p. 83) para um novo projeto de saúde, onde “o viver cotidiano” não signifique apenas a “repetição”, a “renúncia sistemática à autonomia e ao desejo”. Para o autor, o trabalho em saúde deve garantir aos atores a possibilidade de ao se realizar profissionalmente de forma criativa poder “transcender a alienação social”. Da mesma forma, nos coloca DEJOURS (1988) da necessidade que têm os trabalhadores de estarem satisfeitos com o conteúdo significativo do seu trabalho, sem o que passa a vivenciar a sensação de indignidade, inutilidade, desqualificação para si, para a organização, para a família e até para seu grupo social. Esta é uma vivência depressiva que substitui a motivação e o desejo e portanto uma alienação.

O conhecimento destes aspectos é fundamental como subsídio para qualquer proposta de desenvolvimento em recursos humanos, como para indicar estratégias para a gestão dos serviços. No dizer de MERHY (1994: p.129), seria mais uma forma de reconhecer “ruídos do cotidiano” visto ter, no entenderda autora/ pesquisadora, também uma relação direta com a reorganização das práticas e do processo de trabalho.

ROSA-DOS-VENTOS

Sergio Perazzo

Deixa a agulha imantada
apontar o teu norte
e terás a direção encantada,
no todo ou num recorte,
de todos os ventos,
de todas as tendências,
de todos os alentos,
que pairam verdes no ar amarelo
e que assentam no solo brasileiro,
na teoria aqui mais que na prática,
achado centesimal em palheiro
(...)
dobrando o cabo da tormenta,
calmaria, ninfa de Adamastor,
rosa-dos-ventos que orienta
na treva o pavio e o próprio lume
e dispara o coração inquieto e autista
de tua bússola de teu sextante
de navegador,
de cientista,
de aventureiro,
de comandante,
de marinheiro.

5 - METODOLOGIA: compondo rotas para aproximação do real.

5.1 - Aspectos Gerais.

Esta proposta situa-se dentro das metodologias de pesquisa qualitativa em saúde aqui entendida conforme MINAYO (1993, p.10) “como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerente aos atos, às relações e as estruturas sociais, sendo estas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas”.

Subentende-se portanto que ao procurar apreender os fenômenos sociais deste ponto de vista, estar-se-á abdicando de entendê-los como variáveis que possam ser contabilizadas e analisadas quantitativamente, não porque se desconsidere a relevância ou a procedência deste tipo de análise, ou mesmo porque se deva optar por um posicionamento ideológico alternativo, mas especialmente porque se deseje aprofundar no conhecimento do social.

O critério de verdade científica tem se assentado preferencialmente sobre os pressupostos da objetividade, da generalidade, da totalidade, do determinismo causal, da neutralidade do pesquisador.

Recentemente porém, a racionalidade científica moderna tem sido questionada e relativizada após descobertas da Física Quântica que abalaram o absolutismo destes pressupostos. Não se trata entretanto de uma ruptura completa com o modelo anterior de cientificidade mas da disponibilidade de novas teorias para interpretar, investigar, conceber e apreender a realidade, que recriam as que as precederam, possibilitando aos

cientistas adotar “novos instrumentos e orientar seu olhar para novas direções” (KUHN: 1991, p.107). Este processo de substituição de paradigmas não se dá sem resistências, contradições e seu avanço não é linear, mas dialético através de oposições e confrontos.

O que é oportuno neste movimento é a abertura da tendência conservadora das ciências às novas possibilidades de realização, uma flexibilização do método, uma ampliação do objeto enquanto novas alternativas de apreensão, e uma consequente revisão crítica das bases epistemológicas de suas teorias. Reformula-se portanto a organização social da ciência enquanto processo histórico coletivamente construído.

As contribuições da Sociologia Compreensiva e da Fenomenologia, precedem historicamente, o interesse pelas metodologias qualitativas em Ciências Sociais bem mais recente, a partir das décadas de '60 e '70 (MINAYO: 1993), quando passaram a competir com o positivismo e o materialismo histórico, possivelmente pela oportunidade decorrente da crise destes paradigmas.

Ao resgatar para a pesquisa a questão da intencionalidade e do significado como atributos qualificáveis nesta avaliação, inevitavelmente serão explicitadas as contradições subjetividade/objetividade, de individual/coletivo, de particular/geral, de autonomia dos sujeitos/supradeterminação ideológica, etc.

GUIMARÃES (1987, p.101) nos reporta à necessidade de reconhecer os limites das ciências para o processo de conhecimento e aponta o atual dilema das ciências sociais nestas questões, propondo que se invista em análises mais cautelosas, locais, capazes de pensar a determinação e a indeterminação”. Alerta para o risco de importação direta de modelos ou de operações reducionistas e lembra que a complexidade do social hoje, exige

um referencial próprio que contemple as significações e representações que são socialmente determinadas.

Da mesma forma SILVA (1987) propõe a substituição de esquemas gerais e totalizadores dos universos complexos por investigação e compreensão de aspectos particulares, instáveis, provisórios, regionalizados, reconhecendo a própria impossibilidade da ciência atual em dar conta da explicação total da realidade.

Em a *Construção Social da Realidade*, BERGER & LUCKMANN (1985, p.243) acreditam que “a análise do papel do conhecimento na dialética do indivíduo e da sociedade, da identidade pessoal e da estrutura social, fornece uma perspectiva complementar essencial para todas as áreas da sociologia”. Para eles o mérito maior seria a valorização da relação dialética entre a realidade humana, a estrutural e a construção histórica, prestigiando o humanismo em ciências sociais. Não se trata de negar a importância de referenciais que abordam os aspectos macrossociais da realidade, nem de reduzi-la aos aspectos individuais ou dos pequenos grupos, mas sim, de propor a integração e articulação de distintas formas de apreensão do real para romper com a oposição teoricamente instalada entre indivíduo e sociedade.

Este resgate do humano para a metodologia científica, retomando-se à reflexão das vivências como um caminho de esclarecimento para as relações de compromisso dos sujeitos com o mundo, conhecendo-se a reciprocidade de influências destes elementos da realidade, é um novo rumo que se estabelece para as Ciências Sociais. O objeto passa a ser entendido como uma interação dinâmica, rompendo com as especificidades estanques e seletivas de abordar a realidade. “Neste tipo de humanidade o humano se reconhece no confronto com o já feito (...) e de repente o conhecimento

científico não pode mais conter e manter a erupção do humano em sua existência” (DICHTCHENKIAN: 1984, p.96).

BRUYNE et al. também propõem esta visão dinâmica do objeto das ciências sociais, estendendo-a ao próprio processo de pesquisa onde os pólos epistemológico, morfológico, teórico e técnico se complementam e se determinam mutuamente na prática metodológica (1977, 252p.).

Sobre a questão da oposição entre qualitativo versus quantitativo, MINAYO (1993) coloca que esta “dicotomia que se estabelece na prática, de um lado, deixa à margem relevâncias e dados que não podem ser contidos em números, e de outro lado, às vezes, contempla apenas os significados subjetivos, omitindo a realidade estruturada” (p.28), de forma que esta oposição polarizada deve ser superada reconhecendo-se que:

1- As abordagens quantitativas dão conta de uma visão panorâmica e geral da realidade social mas o aprofundamento à microcontextualidade requer apreensão de significações, motivações, aspirações e sistemas de crenças e valores.

2 - A metodologia deve dispor de instrumentos específicos para este fim.

3 - É até discutível que os macroindicadores sociais sejam consistentes e significantes para as ciências sociais.

4 - Qualidade e quantidade não são partes de um referencial contínuo mas pertencem a naturezas ou a aspectos diferentes do objeto.

5 - Os métodos quantitativos podem apresentar-se formalmente muito elaborados porém desprezando na análise, a essência do que se deseja investigar

especialmente pelo comprometimento do conteúdo em função da hipervalorização do arsenal metodológico.

6 - A propalada objetividade dos métodos quantitativos não garante a neutralidade da análise ou a pureza dos dados mas geralmente restringem a validade social ao que possa ser enumerado e elaborado matematicamente.

MOSCOVICI (1994, p.14) considera que as dicotomias individual-coletivo, teórico-experimental, quantitativo-qualitativo, verdadeiro-falso, enquanto questões permanentes na cientificidade moderna, se “tornaram lentes deformadoras que nos impedem ver fenômenos reais, tais como os conflitos, as dissonâncias, etc., em toda sua amplitude e significado”.

DEMO, discutindo a implicação da ideologia na ciência (1988) nos aponta que é a nossa concepção do social que vai influenciar na análise dos resultados de uma pesquisa nesta área de ciências humanas e sociais. Entendido o objeto como uma “unidade de contrários, dinâmica porque conflituosa” a análise deve contemplar sempre estas características, buscando ultrapassar a superficialidade aparente dos fenômenos, objetivando a essência constitutiva dos mesmos, mas sempre reconhecendo-a “como desafio histórico inacabado” (p.12).

Para ele não existe neutralidade para além dos meios, entendidos como recursos metodológicos científicos, e a análise vai propor um diálogo compromissado onde o pesquisador se empenha em controlar a ideologia, argumentando o mais criteriosamente possível a interpretação que está utilizando. Este processo é mutuamente influenciável, objeto e pesquisador sofrem esta influência um do outro e por isto é necessário estabelecer

um diálogo entre eles. É a possibilidade de discussão com o próprio problema científico e com os outros cientistas, que permite a legitimidade das ciências sociais, porque este diálogo explicita a ideologia ao invés de ocultá-la através de um falso distanciamento na postura do investigador, sendo que é muito mais fácil controlar o que está “claro e explícito” (p.79).

Em outro texto, este mesmo autor discute também os critérios internos de validação da metodologia científica em Ciências Sociais, colocando-os enquanto busca de coerência, consistência, originalidade e objetivação (1981). A coerência seria o atributo pelo qual o pesquisador estrutura sua argumentação dentro de uma dedução lógica, concluindo de modo a evitar as contradições de suas afirmações. Esta argumentação necessita de consistência para poder resistir aos argumentos dos outros cientistas que postulem posições contrárias. Já a originalidade da contribuição para o conhecimento, depende especialmente de se poder questionar a teoria, abrindo possibilidade de novos olhares sobre o objeto, permitindo novas questões a serem investigadas. Por fim, a objetivação é sempre incompleta, daí o autor preferir este termo ao de objetividade, porque entender que a realidade para o pesquisador é sempre como ela é pensada, intelectualmente construída, portanto passando pelo crivo da subjetividade; sendo que a apreensão do objeto nunca se dá na sua totalidade, mas sim parcial e provisoriamente.

A metodologia instrumentaliza o cientista neste esforço de reproduzir o real, o mais fidedignamente possível, mas é a exposição à intersubjetividade das ciências, enquanto critério externo, que complementa este esforço, pois vai incluir outras visões sobre o fenômeno social estudado, outros recortes, outras ideologias. “As várias metodologias não se excluem totalmente (...) há passos comuns compartilhados”, (p.38) assim, há sempre a possibilidade de criticamente compará-las entre si e de comparar resultados através delas.

Deste modo, temos que compreender que existe um relativismo metodológico, onde não são cabíveis conclusões absolutas.

5.2 - As estratégias metodológicas.

Neste estudo pretendeu-se partir da teoria das representações sociais (RS) como instrumento metodológico básico de investigação, conforme concebe JOVCHELOVITCH e GUARESCHI (1994, p.17-8) como uma teoria “que questiona ao invés de adaptar-se, e que busca o novo, lá mesmo onde o peso hegemônico do tradicional impõe suas contradições”. Rompendo com o individualismo da Psicologia Social conforme foi constituída em seu modelo hegemônico, especialmente a americana, reconhece que o “social enquanto totalidade, produz fenômenos psicossociais”, enquanto um todo que se relaciona com suas partes.

Por representações sociais, conforme já visto, (RS) entende-se a “reprodução de uma percepção anterior ou do conteúdo do pensamento (...) de ação e de sentimento, que expressam a realidade, explicam-na, justificando-a ou questionando-a” (MINAYO: 1993, p.158), portanto incluído juízo de valor, o que as caracteriza como objeto de investigação qualitativa.

WAGNER (1994) considera que a dupla visão conceitual das representações sociais enquanto objetos sociais e atributos individuais, pode causar um problema epistemológico, especialmente por ser uma teoria ainda em elaboração e possibilitar modalidades explicativas divergentes na pesquisa.

Outras dificuldades metodológicas são o hiperenvolvimento do pesquisador comprometendo a observação e a análise, ou a falta de familiaridade com os múltiplos discursos institucionais podendo ocorrer prejuízos para a pesquisa, dependendo se o pesquisador faça parte ou não da instituição estudada. Esta possibilidade foi apontada por CANESQUI (1994, p.21) em revisão dos estudos antropológicos na área de saúde, especialmente sob o “tema instituições e práticas psiquiátricas” onde se observam “tensões e conflitos entre o ser técnico e o membro das equipes” independentemente se os estudos são realizados na própria instituição onde o pesquisador atua como profissional ou fora dela. Em ambos os casos se advém questões metodológicas que devem ser cuidadas.

Acredita-se que um cuidado metodológico, nestes casos deve ser emprestado da própria análise institucional, como análise de implicação, onde o analista deve ser encarado como parte atuante do processo de análise (BAREMBLITT: 1992; GUATARI: 1992; LOURAU:1984; BARBIER:1985).

Por outro lado, outro cuidado recomendável e amplamente utilizado nas ciências sociais como recurso técnico bastante apropriado, é o diário de campo, onde as impressões do pesquisador sobre sua interação com a realidade empírica devem ser registradas e analisadas junto com o orientador, que por ter um olhar mais externalizado pode auxiliar no controle deste viés.

Neste aspecto, MOSCOVICI (1994) também reconhece no estudo das RS as críticas frequentes e as resistências que têm enfrentado no campo epistemológico, quer seja quanto à falta de clareza de definições, a complexidade das relações entre suas preposições ou mesmo à pretensa falta de verificabilidade das hipóteses que enuncia. O autor defende-se reconhecendo que a teoria se propõe a abordar exatamente a tensão e o conflito entre as

duas modalidades explicativas, onde são produzidos e, por isso, deve-se constituir “suficientemente elástica e complexa para ser duradoura”(p.13). Assim é que sendo social e coletivamente construídas, é no indivíduo que as RS se apresentam, não enquanto subjetividade desarticulada da realidade social, mas como sujeitos históricos.

Devem portanto ser buscadas nos indivíduos, onde se expressam no senso comum e no cotidiano de suas ações, e analisadas a partir de referenciais que possam contextualizá-las histórica e socialmente.

O tema das RS foi aprofundado em item específico do marco teórico desta dissertação, porém considerou-se fundamental esta breve apresentação, por ser pertinente neste momento da discussão, como proposta de superar as dicotomias anteriormente discutidas neste capítulo.

Em relação às representações sociais dos trabalhadores em saúde sobre planejamento e gestão, um cuidado metodológico imprescindível foi evitar-se questões diretas de caráter teórico. Os aspectos pertinentes ao tema foram obtidos pela análise documental, por observação direta informal e a partir dos relatos das vivências práticas dos entrevistados no cotidiano institucional, sobre seu trabalho e como este está sendo organizado. A correlação teórica foi posteriormente elaborada pela autora/pesquisadora.

Esta visão de planejamento e gestão adotada, também norteia os pólos morfológico e técnico na pesquisa, no sentido da escolha de tomar os entrevistados como atores e sujeitos do conhecimento, capazes de informar sobre sua realidade e contribuir para o diagnóstico ideológico da instituição.

Ainda com referência à análise institucional, além da análise de implicação, consideraram-se pertinentes e relevantes as informações relativas aos processos instituintes observados pelos atores nas situações de mudanças decorrentes das reformas político-institucionais para implantação do SUS.

Deste modo, utilizou-se do pólo teórico da pesquisa não somente para definir e delimitar o objeto da pesquisa, mas para informar as estratégias metodológicas e os recursos técnicos empregados para coleta e análise de informações.

5.3 - Os recursos técnicos.

De acordo com a caracterização de GOODE & HATT (1979, p.422) esta pesquisa poderia ser entendida como um estudo de caso, não enquanto “técnica específica” mas como “um meio de organizar os dados preservando o caráter unitário do objeto social estudado”, onde o esforço intelectual do pesquisador tenta construir a totalidade na análise. Portanto seria (p.429) no momento de “de desenvolver as categorias, ao definir e delimitar os tipos de comportamentos anotados - que o estudo de caso exige a mais cerrada crítica”. Deste cuidado metodológico vai depender a aceitação dos resultados da pesquisa, sendo delimitada a amplitude de generalizações possíveis, expondo a pesquisa à intersubjetividade da comunidade científica e portanto sua legitimidade.

Estes autores alertam para os problemas destes estudos, geralmente por conta de generalizações inconsequentes baseadas no senso comum e não nos princípios científicos mas afirmam a importância de ser muito adequado para indicar particularidades e as diversidades dos fenômenos sociais bem como capaz de possibilitar o levantamento de hipóteses que podem ser melhor avaliadas em estudos mais amplos e abrangentes que

permitam alguma quantificação. Ressalta também o autor, que o fato deste tipo de estudo permitir a “absorção das relações sociais e interação no material minucioso” (p, 433) favorece a “análise de grupo ou processo” que é um objetivo principal deste estudo.

Compartilhando com estes autores destes pressupostos, há o reconhecimento de que a abordagem utilizada nesta pesquisa apresenta certas limitações quer seja por se tratar de avaliação qualitativa, ou por utilizar estudo de caso, ou mesmo pelas possíveis interações e influências recíprocas do sujeito investigador com o objeto. Acredita-se porém, que a explicitação destes limites, bem como o empenho de uma argumentação teoricamente bem referendada, permitam controlar as observações e os resultados dentro de pressupostos metodológicos reconhecidos, aceitáveis e válidos.

Segundo SPINK (1994a, p.124) existem duas possibilidades de estudo da RS: grupos e casos, escolhidos de acordo com os objetivos da pesquisa. Para se ter uma visibilidade do consenso é preciso se entrevistar muitos indivíduos e proceder a análise multifatorial, porém, quando se deseja aprofundar o conhecimento sobre os mecanismos cognitivos e afetivos das RS, são suficientes poucos indivíduos a entrevistar e se procede ao estudo de caso. Nesta segunda opção metodológica é importante correlacionar as observações e informações obtidas com levantamentos documentais paralelos sobre o “contexto social e conteúdos históricos que informam o indivíduo enquanto sujeitos sociais (...) com poder de representar o grupo” (SPINK: 1994a, p.129). Evita-se assim que o estudo de caso se limite à lógica intrínseca das RS e ao subjetivismo individualista.

Considerando-se estas recomendações, que também se acredita serem essenciais, foi realizado o estudo de caso limitado aos trabalhadores de uma Unidade de Saúde, envolvendo tanto técnicos como pessoal auxiliar, procurando abranger todas as

categorias profissionais existentes no serviço, e utilizando entrevistas orais semi-estruturadas e sociodrama.

Da mesma forma, procedeu-se à observação informal e análise documental sobre informações registradas e disponíveis na Unidade bem como no Departamento de Saúde do Município, incluindo-se tanto os documentos de caráter técnico-político (planos, programações e projetos específicos) como político-administrativos (históricos das organizações, regimentos, organogramas, fluxogramas, atas de reuniões, normatizações e legislações).

Após seleção cuidadosa do material mais representativo da temática de estudo e adequado aos objetivos da pesquisa, foram de interesse aqueles documentos que informavam os aspectos de planejamento e gestão e a caracterização intitucional da Unidade, procedeu-se à análise temática, por categorização semântica (RICHARDSON et al.: 1985, cap. XI), valorizando-se tanto conteúdos explícitos como latentes, bem como ainda a ausência de informações relativas aos temas pertinentes.

Por entrevista semi-estruturada, entende-se neste estudo, o colóquio entre entrevistador e os informantes da pesquisa através de roteiro constando de questões estruturadas ou dirigidas onde se especificam as hipóteses da pesquisa em combinação com o discurso livre sobre os temas de interesse, complementando-se em profundidade e permitindo ampliar a qualidade das informações. Neste caso, as questões elaboradas pela autora/pesquisadora somente foram utilizadas para explicitação de aspectos pouco claros ou superficialmente abordados no discurso livre, buscando-se cuidadosamente evitar o caráter de interrogatório e procurando-se não interromper a seqüência de idéias do entrevistado. Deste modo, aguardava-se que um determinado assunto estivesse sendo abordado para se

questionar apenas outros significados que estivessem afeitos ou relacionados a ele, pela proximidade temática.(Anexo 1)

Para MINAYO (1993, p.122) “a informação não estruturada persegue vários objetivos: (a) a descrição do caso individual; (b) a compreensão das especificidades culturais mais profundas dos grupos; (c) a comparabilidade de diversos casos”. Citando Michelat, (APUD MINAYO: 1993, p.123) acrescenta a importância do aprofundamento da entrevista nos planos afetivo e de vivências de modo a transcender o racional e que “a entrevista o menos estruturada possível permite surgir e comunicar esse nível sócio-afetivo-existencial”. A autora salienta entretanto, que esta forma de entrevista por si só, não resolve os problemas da interação entrevistador-entrevistado, visto que estes são pertinentes às relações sociais entre os dois atores. Sugere portanto que as contradições desta relação sejam consideradas criticamente no corpo da pesquisa, e que, o pesquisador se utilize desta intersubjetividade que se estabelece durante a situação de entrevista, revertendo para o próprio êxito da pesquisa qualitativa, através do aprofundamento e ampliação do campo dos fenômenos pesquisados, incluindo-se também estes conteúdos na análise.

As entrevistas foram realizadas na própria Unidade, no horário de trabalho dos entrevistados no mês de abril de 1996, na mesma ocasião do levantamento documental, tendo sido gravadas com autorização dos mesmos (Anexo 2). Posteriormente as fitas foram transcritas e seu conteúdo digitado, registrando-se também aspectos relativos à comunicação não verbal como expressões faciais, postura corporal, pausas, silêncios, risos, choros, etc.

Para complementar as entrevistas individuais, os entrevistados foram também abordados em um momento grupal, por se acreditar que neste contexto as representações sociais pudessem se expressar diferentemente do que para os entrevistados isoladamente. O

fato destes entrevistados pertencerem a uma instituição de saúde, onde se verifica o caráter coletivo do processo de trabalho, deve favorecer uma interação cotidiana na convivência entre eles. Observá-los portanto em conjunto, possibilitou colher suas idéias, significados, relevâncias, intencionalidades, afetos e valores, na oportunidade que se foram contrapondo uns aos outros, favorecendo uma análise mais coletiva das representações sociais sobre o trabalho na instituição. As tomadas das representações sociais na perspectiva dos grupos propicia explicitar a diversidade entre os entrevistados, bem como o que é comumente compartilhado (SPINK: 1994a).

Para WAGNER, interpretando Tajfel (1994), existe um nível de avaliação das Representações Sociais que ele denomina situacional, e que está intermediariamente colocado entre o individual e o coletivo, caracterizando assim a dimensão grupal. É neste nível que o fenômeno social se apresenta como eventos interpessoais e portanto se manifesta em uma rede interrelacional, que também deve ser apreendida e analisada. As variáveis produzidas nesta interação podem ser evidenciadas tanto utilizando técnicas de abordagem que instrumentalizam a situação grupal, como, por exemplo, na teoria dos jogos, onde se pode constituir grupos artificialmente para a pesquisa.

Neste estudo, utilizou-se do sociodrama de modo a evidenciar tanto os aspectos cognitivos, quanto afetivos e valorativos, entendendo que esta técnica poderia ser mais facilitadora dos aspectos menos aprofundados nas entrevistas, podendo complementar a metodologia. Foi possível também selecionar temas específicos para a atividade grupal, evitando-se sobrecarregar os sujeitos da amostra.

Acreditou-se que a dimensão intersubjetiva tinha uma possibilidade natural de se manifestar nesta condições, visto que no decorrer do processo, a própria dinâmica grupal

tendeu a reproduzir as condições reais das relações interpessoais profissionais na instituição estudada. Tanto os dados produzidos foram modificados pela interação grupal, como os fenômenos colocados como problemas para a vivência, puderam influenciar as relações entre os participantes, o que complementou informações sobre a dinâmica social da amostra selecionada para o estudo.

As desvantagens principais de métodos de interação grupal são relacionadas à interação social do pesquisador com o grupo que deve ser considerada na crítica do estudo, a dificuldade para registrar, sistematizar e analisar muitas informações que são obtidas com pouca padronização, além da dificuldade de garantir, que todos os membros da amostra estejam disponíveis para a reunião.

Levando estas questões em consideração, foi solicitada a atuação de um profissional experiente para direção do trabalho, foi filmada a realização do sociodrama, além de se ter registrado as falas procedendo-se anotações por uma outra pessoa. Para evitar o esvaziamento do encontro grupal procurou-se realizar o evento dentro do horário de trabalho da maioria dos profissionais entrevistados.(Anexo 3)

A escolha do sociodrama enquanto uma técnica para o desenvolvimento desta pesquisa no momento grupal, propiciou que parte do grupo fosse protagonizado em torno de uma temática escolhida. Os participantes foram convidados a dramatizar, representando papéis institucionais e podendo ser observados em ação. Desta forma os aspectos de comunicação não verbal foram enriquecidos e os conteúdos afetivos melhor evidenciados.

Sociodrama é um método criado por Jacob Lévy Moreno, que utiliza técnicas teatrais, para “pesquisa ativa e aprofundada das relações que se formam entre os grupos

além das ideologias coletivas” (SCHÜTZENBERGER: 1970, p.178) que neles se expressam. Neste método, o sujeito da ação é o grupo, partindo-se do pressuposto de que no cotidiano existencial os indivíduos interpretam papéis culturalmente determinados, e, em correlação direta uns com os outros. É esta “ordem cultural” que o sociodrama pretende explicitar, através dos “métodos dramáticos” (MORENO: 1993, p.414) sendo portanto especialmente adequado em situações onde os indivíduos desempenham ações em proximidade física e situacional, num processo de interação.

Para NAFFAH NETO (1979, p.180) na práxis socio-psicodramática, “o drama surge do contexto social, através da palavra e da atitude dos membros do grupo; as situações vividas lá fora, em sua matriz originária, são trazidas para o interior do grupo, catalisadas e redinamizadas em oposições e conflitos entre seus membros (...), a situação então vivida, repete, de alguma forma as amarras e os enredamentos da vida social (...) (no) contexto grupal. É nele que o drama, inicialmente difuso e pouco diferenciado, toma forma e se diferencia (...) (mas) não consegue se explicitar. O contexto dramático surge assim como a possibilidade de retomar e unificar os dois contextos numa só dimensão (...), o real e o imaginário evidenciam suas raízes comuns”.

Assim o sociodrama evidencia e explicita os conflitos que o grupo vive no espaço social, modificado pela contextualização institucional de suas práticas. Neste aspecto se propõe, pela dramatização, a síntese do subjetivo, intersubjetivo e o objetivo (no sentido de coletividade e reprodução social). Assim as representações sociais, no sociodrama, não mais se limitam a expressar-se nos indivíduos, mas no grupo.

Em relação à subjetividade, é preciso que se esclareça que o enfoque estratégico do sociodrama não é centrar-se nos conflitos intrapsíquicos dos participantes

mas focalizar os “papéis sociais dos grupos ou instituições envolvidos, diferenciando-os e deixando uma margem de privacidade aos papéis pessoais.”(MENEGAZZO et al: 1995, p.198). Mesmo que o sociodrama tenha caráter terapêutico, como ocorre quando se trabalha com grupos naturais como casais, famílias, grupos de convivência, entre outros, a prioridade é sempre a dramatização de papéis sociais e estes são tomados a partir do contexto grupal.

O sociodrama tem sido muito utilizado nas instituições com fins de diagnosticar e propor soluções para problemas da dinâmica interna das equipes de trabalho e em instituições fechadas, geralmente também envolvem os indivíduos institucionalizados. Na maioria das vezes portanto, tem caráter intervencionista, que não é a intenção nesta pesquisa, onde apenas se considerou sua utilização para diagnóstico da realidade institucional.

Tendo sido a direção do sociodrama efetuada por outro profissional de modo a permitir a observação externa da autora/pesquisadora, esta não influenciou diretamente naquele momento da pesquisa. Entretanto se reconhece que em pesquisa social a pretensa neutralidade do investigador acaba por ser uma variável não passível de controle, havendo cientistas que inclusive acreditam ser desejável a interação do pesquisador no campo com o propósito de facilitar o aprofundamento qualitativo da mesma (MINAYO: 1993).

5.4 - A realidade empírica.

A Unidade onde se deu a investigação, foi definida como um serviço ambulatorial secundário e não será identificada por cuidados éticos, no sentido de garantir as necessárias condições de sigilo e confidencialidade.

Esta Unidade foi selecionada em função de se constituir em serviço de organização mais complexa, com absorção de profissionais de várias formações universitárias, tendo sido historicamente implantada pela reordenação institucional de um antigo Centro de Saúde com um Posto de Assistência Médica do extinto Instituto de Assistência Médica da Previdência Social. Para cumprir tal finalidade, efetivou-se a associação de recursos físicos e materiais, procedendo-se ainda à união dos recursos humanos, fundindo duas culturas institucionais distintas em termos de modelo assistencial, com posterior municipalização.

A presença de equipes multidisciplinares e de ações assistenciais especializadas e de saúde pública, bem como o registro de mudanças administrativas e de gestão recentes, concentrou os critérios necessários à investigação do objeto desta pesquisa.

A escolha de unidade pública localizada no Vale do Paraíba foi feita devido a facilidades operacionais da autora/pesquisadora, correndo-se os riscos de que a proximidade de seu espaço social e profissional pudesse interferir com o campo de investigação, com implicações indesejáveis para o resultado da pesquisa. Acrescente-se o fato da autora/pesquisadora ser bastante conhecida na região, já tendo ocupado funções de Coordenação Regional do Programa de AIDS e de ter participado de muitos encontros técnicos regionais para discutir Planejamento, Organização, e Gestão de serviços, sendo suas idéias e opiniões bastantes conhecidas, especialmente pelos técnicos, o que de qualquer maneira poderia acabar influenciando as entrevistas.

Quanto a isso, GONÇALVES (1994, p.132) reflete que por se tratar de representações sociais dos trabalhadores, estas devem ser controladas desde o início da pesquisa quando da elaboração dos roteiros da entrevista, pela observação direta (neste caso

através do sociodrama a termos de forma indireta) e por medidas “protetoras de falsificação das informações” que tendem a direcionar os resultados na fase de elaboração e discussão dos mesmos.

Assim para este autor, quando se parte da premissa de que se está avaliando “condições” e “qualidade de trabalho” os entrevistados tendem a omitir aspectos indesejáveis, porém acabam por revelá-los em circunstâncias onde procuram especificar o que seria desejável ou como se comportariam em condições mais adequadas ou “melhores”, ou mesmo no esforço de justificar a pretensa boa qualidade do seu trabalho(p.133). Na contradição de buscar fornecer informações que pudessem responder às expectativas do pesquisador, acabam por ocultar aspectos que são revelados em outros momentos da entrevista, desde que o entrevistador se preocupe em motivar ao máximo os sujeitos da pesquisa e que se empenhe em lhe propiciar a maior liberdade possível de expressão, e que a análise do conteúdo dos discursos seja sempre conduzida por um “quadro de referência” muito mais que pela “estruturação das respostas” (p.136).

Neste aspecto, SPINK (1994a, p.130) propõe que a análise de discurso não se limite à transcrição do discurso mas que preceda sempre a uma “leitura flutuante do material” que deve contemplar toda a sua diversidade e os enunciados contraditórios, bem como a comunicação não verbal (silêncios, pausas, hesitações, lapsos) que especialmente explicitam as conotações afetivas, e ainda a própria apresentação do discurso enquanto retórica e características intrínsecas de sua organização, buscando caracterizar os argumentos enquanto afirmativo ou negativo.

Por concordar com as questões apontadas acima, optou-se por realizar uma primeira aproximação com a Unidade no sentido de apresentar a proposta da pesquisa e

verificar a aceitabilidade inicial dos trabalhadores. Através de contato com uma profissional anteriormente conhecida, solicitou-se a oportunidade de uma visita que foi prontamente agendada. Na ocasião, foram convidadas as chefias da unidade e um representante de cada área de serviço, por iniciativa da referida profissional. Enquanto se aguardava a reunião, acompanhada de outra funcionária realizou-se uma visita às instalações e dependências da Unidade e a autora/ pesquisadora foi apresentada a todos os trabalhadores em serviço sendo simpática e agradavelmente recebida por todos. Durante esta conversa informal, as pessoas foram espontaneamente revelando aspectos importantes sobre seu trabalho e o funcionamento da Unidade e demonstrando interesse em participar da pesquisa, parecendo ter grande interesse em expor suas opiniões.

A reunião constituiu-se em um momento mais formal e a aceitabilidade foi geral, sendo que todos os presentes colocaram-se à disposição para colaborar como facilitadores dentro da Unidade e em relação aos níveis administrativos superiores. Apenas três profissionais, dos presentes, revelaram conhecer a autora/pesquisadora de encontros e situações anteriores.

Por ocasião da formalização da iniciativa da pesquisa, através de ofício junto ao Secretário Municipal de Saúde, aproveitou-se a oportunidade para estabelecer um contrato ético, reiterando-se o compromisso de rigorosa confidencialidade e sigilo no sentido de máxima proteção aos entrevistados, mas também de se retornar com os resultados da pesquisa para a Unidade, com vistas a contribuir com a organização do serviço, o que foi muito bem aceito tanto pelas chefias administrativas imediatas como por seus superiores.

Antes de se iniciar propriamente a pesquisa, realizou-se observação informal de modo a se conhecer as rotinas do serviço, evitando-se transtornos futuros e facilitando a elaboração de estratégias para a operacionalização da pesquisa. Nestas visitas também foram levantados os documentos a respeito da Unidade além de outros relativos ao sistema local de saúde que pudessem situá-la neste contexto, bem como foram relacionados os trabalhadores para a seleção dos componentes da amostra.

Guerreiro menino

Gonzaguinha

Um homem também chora
Menina, morena,
Também deseja colo,
Palavras amenas.
Precisa de carinho.
Precisa de ternura.
Precisa de um abraço,
Da própria candura.

Guerreiros são pessoas,
São fortes são frágeis.
Guerreiros são meninos
No fundo do peito.
Precisam de um descanso.
Precisam de um remanso.
Precisam de um sonho
Que os torne perfeitos.

É triste ver este homem
Guerreiro, menino,
Com a barra de seu tempo
Por sobre seus ombros.
Eu vejo que ele pega,
Eu vejo que ele sangra
A dor que traz no peito
Pois ama e ama.

Um homem se humilha
Se castram seus sonhos.
Seu sonho é sua vida
E a vida é o trabalho.
Sem o seu trabalho,
Um homem não tem honra,
E sem a sua honra se morre e se mata.

Não dá pra ser feliz,
Não dá pra ser feliz!(Bis)

6 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS: a trajetória do desejo para a ação.

6.1 - Apresentação dos entrevistados.

Ao se estabelecer a amostra desta pesquisa, levou-se em consideração compor um grupo de trabalhadores que pudesse representar a heterogeneidade institucional e ao mesmo tempo, contemplar os interesses determinados pelo recorte do objeto de estudo.

Assim foi necessário garantir inicialmente um quadro de profissões compatível com o nível de complexidade da Unidade, abrangendo tanto a área técnica como o pessoal auxiliar. Foram então selecionados médicos, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas e auxiliares de enfermagem.

Considerou-se também imprescindível a participação dos gestores da Unidade acrescentando-se ao grupo, o diretor que exercia a função desde a implantação da Unidade em 1986 e a administradora em atividade no período da pesquisa de campo que desempenhava a função há aproximadamente um ano. Como a pesquisa tinha por objetivo também as informações relativas à implantação do SUS desde o início de sua efetivação, quando a Unidade foi reestruturada, tornou-se necessário contemplar ainda a outra funcionária que a precedeu na administração.

Para que fosse possível abranger as representações sociais dos trabalhadores, também em suas relações de temporalidade na vinculação institucional e na diversidade das vivências no processo de mudança, foi decidido que se buscava associar mais esta variável para caracterização da amostra, estabelecendo-se a mesma proporção entre funcionários

novos, com menos de três anos de trabalho na Unidade e os mais antigos, ou seja, com mais de três anos.

Como estão em atividade naquele serviço tanto servidores municipais, como estaduais e federais, procurou-se estabelecer também uma proporcionalidade de vínculos para as três esferas de governo, tanto para o conjunto da amostra, como sempre que houvesse mais de um trabalhador por profissão, que este aspecto fosse valorizado para a seleção.

Por fim, ao se verificar através de visita informal de observação, que as ações assistenciais da Unidade se davam tanto em caráter programático como de consultação por especialidades, optou-se por selecionar os profissionais também segundo o desempenho nestas duas áreas de atendimento. Para as ações programáticas, separaram-se inicialmente aquelas de implantação mais antiga na tradição dos serviços de saúde, como assistência à Tuberculose e Hanseníase, das mais recentes como atenção ao Adolescente, ao Recém-nascido de Alto Risco, às Doenças Crônico-Degenerativas (no caso da Unidade ao Diabetes) e Saúde Mental. Por sorteio, foram escolhidos os programas de Hanseníase, Adolescente e Saúde Mental

Ainda nesta mesma linha de raciocínio, considerou-se necessário incluir também por sorteio, um profissional que atendesse nas áreas de Homeopatia e Fitoterapia visto considerar-se que, obedecendo à uma racionalidade diferente, tais especialidades pudessem influenciar as representações sociais dos sujeitos sobre o processo e a organização do trabalho na Unidade, particularidades estas, que não seria desejável, fossem omitidas nesta pesquisa.

Por princípio ético, reforçado por solicitação explícita de muitos dos entrevistados, já que o resultado deste estudo estará sendo apresentado naquele serviço assim que concluído, não se caracterizará individualmente nenhum dos entrevistados. A referência será sempre de caráter coletivo, salvo naquelas circunstâncias em que for imprescindível para a análise, e mesmo assim garantindo-se ao máximo a confidencialidade e/ou a proteção do trabalhador entrevistado, revelando-se apenas as informações que não os prejudiquem em sua imagem funcional ou técnica.

Os sujeitos da amostra desta pesquisa constituem, portanto, um grupo de dezessete pessoas, sendo sete homens e dez mulheres, na faixa etária entre trinta e sessenta anos, incluindo sete médicos, duas psicólogas, duas enfermeiras, três assistentes sociais (uma com a função também de administradora), uma administradora e dois auxiliares. Dentre eles, cinco são funcionários estaduais, sete federais e seis municipais, sendo que um deles tem duplo vínculo estadual e municipal. Os municipais são os mais novos servidores em função na Unidade, e o restante está em atividade há mais de três anos.

Quanto à vinculação programática, são oito os entrevistados nesta condição, e quanto aos médicos foram escolhidos entre as especialidades um de área clínica e outro de cirúrgica, sendo os restantes responsáveis por algum programa desenvolvido na Unidade. Esta proporção não corresponde à realidade da instituição, já que a ocorrência de especialistas é bem maior, mas o objetivo de investigar o trabalho em equipe exigiu que se contemplasse todos os médicos assistentes dos programas selecionados. Assim, se fosse atendida também a proporção de especialistas, isto tornaria o tamanho da amostra inviável operacionalmente, para um trabalho em profundidade como o de caráter qualitativo. Em

relação aos outros profissionais e as condições de sua qualificação, de modo geral a proporcionalidade foi alcançada.

6.2 - Análise das entrevistas: dialogando sobre o cotidiano institucional.

Este tópico analisa o conteúdo das entrevistas utilizando-se da construção metodológica de categorias conforme define GOMES (1994, p.70) como um conceito de caráter classificatório que visa agrupar significados que se interrelacionam de modo a favorecer a abrangência sobre os “elementos, idéias e expressões” reunidas em torno delas.

As categorias podem ser definidas anteriormente à coleta de dados, quando se estabelecem as hipóteses da pesquisa, neste caso partindo do levantamento teórico ou mesmo do conhecimento empírico prévio do pesquisador. Nestas circunstâncias, apresentam-se como construtos que ganham em generalidade mas perdem em especificidade, devendo-se sempre retornar aos dados coletados posteriormente.

Neste estudo, a categorização obedeceu tanto ao interesse de verificar as hipóteses levantadas nos objetivos da pesquisa, e portanto sua definição em parte precedeu ao trabalho de campo, quanto a realidade empírica revelada no conteúdo das entrevistas. Para tal, realizou-se repetidas leituras do material transcrito e digitado, identificando-se os grandes temas relacionados às falas dos entrevistados, e posteriormente foram valorizados os aspectos referentes à singularidade e diversidade com que se manifestavam para os vários sujeitos da amostra. Tratou-se portanto de se conduzir do mais geral e abrangente para o particular e específico, em um movimento dialético que não se esgotou apenas na

comunicação verbal, mas considerou também postura e mímica corporal, pausas, expressões afetivas (choros, risos, etc.), entonação, etc.

Procurou-se ao máximo contemplar todas as variações possíveis das representações sociais dos entrevistados, bem como salientar a confluência de significados, evitando-se repetir o enquadramento das idéias em mais de uma categoria ao mesmo tempo. Ocorre entretanto que as categorias expressam temas bastante relacionados entre si dificultando a individualização dos mesmos e as vezes beirando a redundância.

Ao todo serão apresentadas sete categorias:

1 - Gestão e Administração;

2 - O trabalho coletivo;

3 - O modelo assistencial;

4 - Mudanças na organização dos serviços, no processo de trabalho e na constituição das equipes;

5 - Trabalho e cidadania;

6 - Participação popular, cidadania do usuário e controle social e

7 - A relação dos trabalhadores com a entrevista.

Se retomarmos os objetivos da pesquisa vamos observar que alguns deles estão indicando categorias específicas e outros estão agrupados em uma mesma categoria de análise, como é o caso da autonomia institucional, dos aspectos éticos e as expectativas de realização e satisfação profissional que foram abordados em trabalho e cidadania em função de serem muito correlacionados. Já as representações sociais sobre o processo saúde-doença

não foram particularizadas enquanto tema de análise, mas permeiam todas as categorias. O trabalho coletivo, o modelo assistencial, a gestão institucional e a participação do usuário foram ampla e profundamente abordados nas entrevistas justificando sua caracterização como tema específico.

Para melhor compreensão do leitor, decidiu-se por introduzir neste ponto da apresentação a padronização escolhida para indicar os resultados da pesquisa. Neste capítulo as categorias entram como subtítulo numerado em negrito. As falas dos entrevistados estão em itálico, colocando-se em negrito toda ênfase de interesse para a autora/pesquisadora. Por outro lado, quando a ênfase foi dada pelo próprio entrevistado, além do negrito utilizou-se o sublinhado. Todas as supressões de trechos das entrevistas, sem interesse para a análise naquele momento, estão indicadas por três pontos entre parênteses; ao passo que a hesitação do entrevistado está colocada como três pontos sem parênteses. As explicações e complementações da autora/pesquisadora sobre e durante o discurso dos entrevistados estão também colocadas entre parênteses porém sem itálico.

As categorias apresentadas a seguir apresentam especificações internas aos temas principais como subcategorias que não estão indicadas por nenhum tipo de título de modo a simplificar o texto, estando apenas evidenciadas por palavras chaves em negrito e separadas por espaço diferenciado entre os parágrafos explicativos.

6.2.1 - Gestão e Administração.

Gestão, administração e gerência no que se refere aos Serviços de Saúde são termos muitas vezes utilizados indistintamente, para indicar o processo de condução político-organizacional desde o nível das unidades assistenciais, até as instâncias superiores

de governo, desde as decisões sobre o cotidiano operacional das ações de saúde às definições gerais e nacionais desta política setorial.

Deste modo, a ambiguidade conceitual do objeto acaba por se acompanhar da falta de consenso teórico e metodológico, necessitando-se portanto delimitar cuidadosamente esta categoria de análise. Entende-se aqui a gestão como processo político de coordenação institucional, que visa garantir a organização das ações de saúde na unidade sanitária, desde a tomada de decisões sobre as prioridades a serem consideradas, passando pelo processo de trabalho com todos os insumos a ele relacionados e pelas relações conflitivas entre os vários atores envolvidos, com fins de efetivação de um modelo técnico assistencial, constituindo-se em um momento do planejamento, no que concerne especialmente às estratégias e às táticas adotadas (CAMPOS:1992d e 1994b).

Este processo utiliza-se das teorias e métodos da Administração Pública, mas não se restringe a eles, embora historicamente possa ter frequentemente sido tomada a parte pelo todo, devendo-se atualmente incorporar cada vez mais outras contribuições, de modo a dar conta de um objeto ampliado, onde sejam contempladas intervenções internas à instituição, mas também relativas ao restante do espaço social e político onde se encontram os outros atores implicados. Assim é que envolve desde a normatização, supervisão e controle do trabalho em saúde, até a mobilização dos trabalhadores na efetivação e avaliação da qualidade das ações produzidas, garantindo o acesso e participação dos usuários, dirigindo-se portanto em direção ao controle social.

Para o desenvolvimento da Reforma Sanitária e implantação do SUS, a gestão é um instrumento privilegiado de intermediação dos interesses em conflito, devendo-

se para o cumprimento desta finalidade ocorrer uma mudança cultural que favoreça a democratização e descentralização das decisões político-administrativas.

Neste estudo, observou-se que as representações dos gestores sobre seu papel na Unidade, indicam a gestão como uma tarefa pesada e difícil, visto que deve responder a todas as questões relativas aos recursos humanos, atender a todos os problemas operacionais do cotidiano institucional e ainda enfrentar o desafio de modificar uma situação que se cronificou pelo desgoverno, pelo desmando, e para o qual não há cultura institucional estabelecida. *A parte administrativa de um modo geral ela é tudo. Qualquer probleminha, desde os de todos os setores até (os setores) médicos. (...) A situação é complicada entende?! Tem hora que é chato, desagradável porque isto há trinta anos atrás não existiu (...) Então no início eu nem dormia na minha casa.* (Entrevistado 1)

ALBUQUERQUE & RIBEIRO (1979, p.58) já haviam demonstrado que na instituição a autoridade encontrava-se associada à permissividade nas representações dos atores institucionais, dificultando as relações de poder implícitas no processo de gestão. Para CAMPOS (1992d, p.52-3), “a direção dessas unidades não logrou modificar os esquemas de poder e a organização do processo de trabalho” de modo que nelas se reproduzem as mesmas relações macro estruturais de exercício de poder determinados pelos interesses neo liberais. GONÇALVES (1994) também observou as contradições que os médicos sanitaristas enfrentavam ao considerar como sua principal função, a de administrador na organização do processo de trabalho dentro das Unidades de Saúde, ao mesmo tempo que reconheciam a extrema dificuldade em exercê-la.

Por outro lado, o compromisso dos funcionários com o serviço, foi entendido como seu envolvimento com os problemas da Unidade e seu interesse em responsabilizar-se por buscar encaminhamentos e soluções para os mesmos, no sentido de auxiliar na gestão do serviço. Assim é que o gestor espera que os subordinados apresentem certa autonomia, iniciativa e independência no exercício de suas atribuições, independente da categoria funcional ou profissional, e não apenas limite-se a cumprir suas tarefas. *De ambas as partes tanto o médico como o funcionário, há os que são mais fáceis de trabalhar, (...) aqueles que fornecem melhores informações, sabem fazer uma orientação para o usuário. Dos dois lados há aqueles que não tem boa vontade (...). Vai muito de cada um, do ser humano na maneira de agir e as pessoas não estão interessadas, estão aqui para cumprir horário, não havendo interesse de aprender e até mesmo de ficar bem informado para poder fazer um trabalho decente (Entrevistado 1).*

Também os outros trabalhadores valorizam este mesmo compromisso por parte dos gestores, acreditando que isto facilitaria a superação ou a melhor convivência com as deficiências organizacionais, e isto parece bastante identificado com a nova gestão, talvez sugerindo não ter sido verificado nas anteriores, como se pode observar no seguinte depoimento: *A impressão que eu tenho é que vai melhorar, sabe?! Estou sentindo, nunca estive tão otimista como estou agora! (...). Eu acho assim que o que seria bom prá esse pessoal que está vindo e que estão dispostos, tem disponibilidade, gente disposta a tocar. Até a falta de condições (...) você supera, mas se você tiver um pessoal aqui com vontade de trabalhar (Entrevistado 2).*

Parece que neste particular, as expectativas ficam centradas nas pessoas, como elementos privilegiados da realidade institucional no processo de gestão, havendo até

uma certa intenção de responsabilizar os outros atores que se encontram em oposição, como se fossem capazes de dar conta das dificuldades estruturais determinantes. Pode ser ainda que seja uma indicação de que é nesta objetividade com que a mesma se lhes apresenta, que para estes trabalhadores e gestores seja mais fácil ter consciência das relações que estão sob seu poder de influência em detrimento de outras, cujas decisões se centralizam fora dos limites organizacionais.

Outro aspecto observado foi que enquanto administradores demonstram acreditar que os subordinados, em sua maioria, apresentam pouca iniciativa necessitando muitas vezes serem conduzidos na operacionalização cotidiana de suas tarefas, alguns destes também se queixam de estarem abandonados, sem o necessário apoio aos seus empreendimentos. Observa-se portanto uma contradição na expectativa de papéis que dificulta a criação de uma matriz única para identidade dos mesmos. Para o Psicodrama, papéis e contra-papéis são erigidos em uma mesma matriz, que se deformada, vai determinar sérias consequências na estruturação dos mesmos. Neste caso verificou-se que a institucionalização das práticas de gestão, até o momento, parece não estar conseguindo mobilizar espontaneidade e criatividade para a adequada autonomia necessária à construção de sujeitos, trabalhadores cidadãos, atores comprometidos com a transformação de sua prática.

Assim é que por parte dos administradores tem-se a preocupação com o fato de serem sempre solicitados para assumir os projetos de trabalho, tendo que se colocar como aquela pessoa que vai na *frente para iniciar o grupo, para mostrar*, (enquanto os outros trabalhadores) *ficam esperando (...) para iniciar alguma coisa, mas nem sempre* (há disponibilidade do gestor, especialmente se considerado seu interesse em desempenhar o

papel com qualidade). *Para assumir esse compromisso e ficar mais ou menos não dá! Então, às vezes se fala em fazer programa disso, daquilo, e todo mundo anima, só que na hora H ninguém liga para saber, se informar onde podemos fazer uma visita (...), tenho que dar tudo mastigado (...). É, falta muita iniciativa, você entendeu (...) se você está montando um trabalho, você tem mais que estar perto, vendo tudo. Eu posso até participar (no sentido da colaboração e apoio, mas não assumir integralmente) (Entrevistado 1)*

Em relação aos subordinados foi apresentada a seguinte colocação: vontade, força, tudo nós temos, mas eu acho que falta apoio, falta um pouco de interesse (...) De todos governantes, até dos chefes (...). Seria atuar em conjunto, lutar mais pelos recursos (...). Então eu acho que fica difícil porque em outras ocasiões, não propriamente com esta chefia atual (...). *Eu acho muito disperso. E depois eu acho que dificulta muito. (Entrevistado 3).*

Outro aspecto levantado na análise documental e apontado também pela maioria dos entrevistados foi a falta de planejamento, normatização e formalização de funções e papéis institucionais. Esta observação vem reforçar a dificuldade apontada anteriormente, porque a não disponibilidade de instrumentos objetivos, tais como normas e rotinas funcionais, elenco claro de atribuições ou de procedimentos administrativos explícitos e formais, possibilita a ambiguidade tanto na expectativa como no reconhecimento destes papéis.

Em relação à sistematização dos mecanismos administrativos ou à definição da função gerencial, *a única coisa que tinha era escala de férias que eu tinha que controlar de médicos e funcionários uma parte. Sendo que agora o que eu tinha que fazer como*

administradora, nada disso tinha (...). Estou fazendo o que eu acho, que é certo!

(Entrevistado 1)

Deste modo a criação do papel fica na dependência dos valores individuais e das representações particulares de quem ocupa o cargo, passível portanto de caracterizar-se personalisticamente, tornando mais difícil ainda uma expectativa uniforme sobre o mesmo.

Outra consequência disto é se passar a ter uma **gestão como resposta à demanda de problemas** e não como estratégia que se operacionaliza pelo planejamento sistemático das ações de Saúde a serem implementadas na Unidade, restringindo-se assim a uma forma de mobilizar recursos para responder a uma situação imediata que se impõe no cotidiano. Se os problemas não são previstos de modo a se poder previamente identificar seus determinantes, e propor estratégias de encaminhamento e intervenções, o gestor se verá sempre na necessidade de enfrentar desafios para os quais se sente despreparado, reiterando a imagem de sobrecarga que excede sua capacidade resolutiva. *Eu acho que meu trabalho aqui seria de coordenação (...) eu não tenho um trabalho de atendimento. Então, normalmente eu procuro ver as necessidades que nós estamos tendo a nível de situações ... Por exemplo ... com a defasagem da tabela de honorário do SUS para os hospitais, nós estamos tendo problemas com cirurgias, então vamos montar um ambulatório de pequena cirurgia aqui!* **(Entrevistado 4).**

Paralelamente, os recursos, o tempo e a energia despendidos neste investimento, acabam por inviabilizar o planejamento do cotidiano intitucional. Se além disto, também não se buscar a colaboração do conjunto dos trabalhadores, a gestão irá se

isolar em si mesma correndo o risco de se consumir cada vez mais, envolvendo-se no excesso de atribuições rotineiras.

Em relação à existência de um Conselho Gestor ou de reuniões regulares para se discutir os problemas da Unidade, a administradora informa que *não existe nada. Quando tenho que conversar alguma coisa, o Diretor me chama na sala, colocamos o que tem para colocar e só! Nem com funcionário não existe.* (Entrevistado 1)

Outro aspecto observado em relação à gestão foi a falta de controle e de supervisão sistemáticos. *Eu tenho horário, tenho que vir aqui. Agora, isso aí está mais controlado porque tem a chefe e antes não tinha isso, não fazia nenhum controle se eu estivesse aqui ou não, ninguém sabia* (Entrevistado 9).

Entende-se aqui o controle como uma relação de autoridade e poder que um ator institucional exerce sobre os outros atores na Unidade de Saúde no sentido de garantir a efetivação do processo de trabalho de acordo com as ações planejadas. Seria um instrumento de administração e gestão a ser considerado quando esgotados os mecanismos democráticos de diálogo e negociação dos conflitos entre os interesses dos atores, não devendo se restringir à ação isolada de um gestor, como se observou neste ponto desta entrevista: *Eu comecei agora, que eu vim para cá, não existia. Antigamente as outras administradoras não tinham... Nunca existiu, era assim uma coisa mais tranquila, ninguém assinava ponto, no último dia todos corriam e assinavam. Quando entrei, comecei a fazer todos assinarem livro de presença, os funcionários, muitos não concordaram, no primeiro mês foi muito falatório, mas sempre numa boa com os funcionários, muitos médicos não admitiram isso, foram reclamar com o diretor da Saúde*

(...). *Estavam se sentindo humilhados de ter que ir numa sala pegar uma lista e assinar presença todo dia. (...) No começo não aceitaram, houve um ou dois que não assinaram, então foi aos poucos! (...) Isso é uma rotina em todo lugar que eu trabalho. É uma obrigação! Aqui não era rotina, eles estavam acostumados a não fazer (...). A melhor coisa é a Prefeitura colocar um cartão de ponto, porque para quem cumpre não tem medo de cartão de ponto entendeu?! Aqueles que não querem cumprir não querem. Assim, para a administração é uma coisa super desagradável! Você acaba sendo antipática, sendo vista de uma outra forma. É obrigado assinar e acabou, mas é assim: assinam, quando esquecem, eu vou pedir por favor.(...) Eu acho que é mais complicado, porque estavam mal acostumados, saíam a hora que queriam, tiravam férias quantas vezes quisessem, não tinha aquele controle. Agora tirou férias, quantos dias, qual foi dia justificado, declaração, atestado, eu controlo! Porque é o seguinte: eu sou uma pessoa organizada, se eu estou aqui vão cobrar de mim, então tenho de cobrar dos funcionários.(...) Vou devagar, não sou rígida também, mas desde que estou aqui tenho que fazer funcionar, eu penso assim. Muitas vezes, eles saem escondidos, esperam eu sair para almoçar e você fica sabendo, porque um fica vigiando o outro, fazendo intriga e vem contar para mim (fofoquinha). É muito difícil e tem hora que você tem que passar despercebido.(...) Eu procuro ter um certo cuidado, conversar com um, com outro(...) Eu nunca tive problema com funcionário aqui, ou eles me tratavam bem pela frente e depois comentavam, não sei dizer. No começo, sei que teve muitas críticas, que cheguei para por ordem e tudo mais. Só como administradora eu tinha que fazer, era minha obrigação! (Refere que o diretor lhe deu todo apoio necessário) (...). *Eu acredito que não está tendo nenhum controle não, eu controlo da minha forma. (...) Então pareço antipática, é uma coisa tão fria, ser**

administradora (ser assistente social que eu gosto) então você cria antipatia, isso porque eu procuro fazer as coisas exatamente como tem que ser. (Entrevistado 1).

Não centralizar o controle, não significa diluir a responsabilidade por ele, mas sim trazer outros atores para o processo e ampliá-la, já que pareceu ser importante a proximidade e o exemplo fornecido pelo gestor, conforme demonstra este comentário. *Eu digo que as coisas funcionam quando a organização está junto, o organizador, o coordenador, estão muito junto não é?! Porque se você deixa para cada profissional fazer à sua maneira, meu Deus do Céu! Volta aquilo que a gente já tinha: o médico entrar de costas aqui dentro, pra poder já sair (...) Autonomia demais! Acho que precisa mais fiscalização. Necessita de mais controle e supervisão. Isto precisa. Tem que dar exemplo como é um chefe que chega aqui, fica meia hora, assina ½ dúzia de papel. Como é que fica não é? (Entrevistado 6)*

Para o controle também são necessários o envolvimento do conjunto dos trabalhadores, que podem e devem, enquanto grupo, estabelecer as normas e mecanismos para garantir o desenvolvimento do modelo proposto, tanto para os aspectos técnicos como administrativos e éticos. O controle deve então ser compartilhado por gestores, trabalhadores e usuários em um processo social ampliado além dos limites institucionais da Unidade Sanitária, ou até mesmo do próprio Sistema de Saúde, no momento que envolve também a sociedade. Sobre o Controle Social retomaremos em outro ponto da discussão, mas é pertinente registrar o depoimento de um dos gestores. *Eu faço parte do COMUS (Conselho Municipal de Saúde), e, na reunião da semana passada, foi levantada uma relação dos Postos. (...) Vai haver uma fiscalização do COMUS com relação se os médicos estão atendendo as 16 consultas mesmo. Como é que está indo aquele médico, se está*

faltando demais, se há necessidade de colocar um outro médico da mesma especialidade, que só tem um (Entrevistado 1)

A ausência de controle nem sempre é vista como oportunidade de burlar as responsabilidades profissionais, mas pode ser encarada como desvalorização e desinteresse institucional. O poder solapado da autoridade não impõe deveres explícitos ou delimita claras responsabilidades aos subordinados que respondem com impotência e declarada subordinação. Onde o poder e o dever não podem ser identificados claramente, o desejo se aliena e não é capaz de transformar-se na ação emancipatória ao cotidiano institucional, como atestam as colocações dos entrevistados a seguir em relação ao fato de se perceberem sem ter a quem se reportar. *Então. Eu não sei se isso é uma coisa extremamente benéfica. Sabe?! Você ter uma autonomia. Porque assim, este excesso de autonomia num determinado momento, se você está diante de um profissional que ele não tem uma visão. (...) Uma visão ética ... É que a gente se sente meio perdido na Unidade. (Entrevistado 10)*

É como se ninguém gostasse dele (do trabalhador) ... Desvalorizada, ... é como se ninguém tomasse consciência do trabalho da gente Tanto faz ir trabalhar como não ir trabalhar Não tem valor nenhum. Estamos completamente desvalorizados, desmotivados. Que motivação você vai ter de levantar cedo para ir trabalhar se tanto faz você vir ou não vir. Você não tem motivação nenhuma. A Prefeitura não assumiu, o Ministério da Saúde não se manifestou. Nós não temos uma hierarquia. Por exemplo: a (...) é a chefe aqui do posto, é muito boa, muito competente, mas quando ela tem que chegar e falar com um funcionário federal ela se sente barrada. Ela não se sente autorizada. E não tem nada que a autorize falar, a chamar a atenção. Para o funcionário, azar essa Prefeitura! Eu não sou funcionária da Prefeitura! Prefeitura

não pode me mandar embora! Prefeitura não pode me punir! (Entrevistado 5). Neste caso ainda se tem o agravante da falta de clareza dos mecanismos institucionais e legais correspondentes à ação administrativa e consequentes à unificação das três esferas de governo. Este é um aspecto que vai ser abordado em categoria específica de análise em outro ponto da apresentação de resultados.

A falta de cumprimento da jornada contratual de trabalho é uma das consequências mais evidentes da ausência de controle pelo gestor que acaba por legitimá-la com a permissividade institucional, como afirmam os gestores. *Nunca tive problema com horários!* *Procurou levar a coisa dentro de um rigor não tão exagerado mas também sem deixar a coisa desvirtuar. Procurou nos casos (de pessoas) de horários que têm problema conversar. Sempre procurei ser bem aberto com eles. Nunca fui assim mais ditador e acho que tenho levado e eu gosto de trabalhar aqui. Acho que nós temos um potencial muito grande aqui dentro* (Entrevistado 4).

Em relação aos questionamentos dos Conselheiros de Saúde, quando foram solicitadas informações sobre os médicos que atendem (nas unidades), *quantas consultas eles são obrigados a atender?! Então foi uma polêmica de uma participante que falou, deveria cobrir as 4 horas, eu acho que não, a (R.H. da Regional) disse que existe uma lei que seriam 16 consultas, dariam 2 horas, explicou isso na reunião.* (Entrevistado 1) Observa-se ainda nesta fala, o desconhecimento dos mecanismos legais que são confundidos com convenções tradicionalmente arraigadas nos serviços de saúde, e, inadvertidamente mal interpretadas por um técnico da área de Recursos Humanos, que naquela situação deveria

subsidiar a ação do Conselho no controle social e acabou por difundir idéias incorretas sobre as normas.

Também foi registrado por um entrevistado médico o seguinte fato: *nunca ninguém me incomodou com este negócio de horário. Eu faço (o horário) desde que entrei; o sistema que eu aprendi a entender e achar que eu estou resolvendo, ir embora continuar meu trabalho. Nunca ninguém me incomodou, o dia que eles começaram a me incomodar, eu chamei todos da comunidade, vieram aqui com negócio de questão do horário, eu chamei todos na minha sala, já tinha liberdade com eles e falei que o meu caminho era esse. Tem que estar preocupado em saber se a pessoa está atendendo direito, tentando resolver o problema do paciente, porque eu posso ficar no horário e não resolver nada, só encaminhar, fazer besteira, pedir exame a vontade, não examinar ninguém, eu examino todo mundo de acordo com minha capacidade no momento de resolver isso e agora ficar fazendo horário...*(Entrevistado 11). Neste depoimento parece estar implícita a representação de que a quantidade de horas prestadas não está relacionada à qualidade do serviço, como se fossem aspectos dissociáveis.

Já a **supervisão** é compreendida como um processo de acompanhamento em serviço, visando adequar o processo de trabalho aos meios materiais e aos objetivos institucionais. Seria portanto uma relação de troca e ajuda, o espaço de negociação para os conflitos de saber e de poder na definição de papéis dentro da concepção do trabalho coletivo, e para se estabelecer as prioridades, as estratégias, as diretrizes, as normas técnicas e os padrões de qualidade para as ações de saúde. *É, e se a gente conseguisse, se tivesse uma supervisão. O (psiquiatra), comentou comigo (...), que talvez desse supervisão pra nós.*

Seria excelente, não aquelas reuniõezinhas que no final não levam a nada. Tem coisas que se a gente pudesse trocar casos, trocar idéias, coisas que realmente, uma supervisão mesmo. Supervisão institucional! (Entrevistado 7)

Pode ocorrer também, que o distanciamento da chefia, na falta de uma supervisão direta acarrete situações de encaminhamentos inadequados para as questões institucionais, fazendo com que o trabalhador se coloque no papel de injustiçado: *o que desanima na verdade em tudo que faço trabalhando, do jeito que eu estava (...) recebi o recado (da chefia externa criticando-a). Isto me desanimou porque eu queria que ela viesse aqui como a enfermeira que é responsável e visse o jeito que eu trabalho aqui! (...). A (X) é enfermeira aqui, ela não é chefe mas ela é dotada como enfermeira (...). Então ela toda vida liderou mesmo (...). Ela também tem confiança na gente (...)(e) poderia me defender, porque eu não posso ir lá na (outra chefia) e falar nada, sou funcionária igual as outras e quem teria que expor era a chefe. Então eu colocaria a (X) de novo liderando prá ela passar os nossos problemas ser uma uma ponte entre nós e a (outra chefia) se (ela) não vem aqui. Então isso aí faz muita falta! (...) Isso é, ela desanimou de uma tal forma que agora a gente não faz mais aquelas conversas de reciclagem, que a gente falava. Hoje as outras funcionárias, não vão mais para reciclar nas outras salas e vão perdendo a prática!* (Entrevistado 8).

É interessante observar que há na unidade o profissional capacitado para exercer a supervisão e que goza da aceitação de seus colegas, que estão propondo seu retorno à função já assumida no passado. Atualmente este profissional encontra-se desmotivado e com seu potencial subutilizado. Isto sugere, que a ausência de supervisão

talvez decorra muito mais de uma decisão política da gestão do que de falta de condições operacionais para sua realização.

Apesar do conceito ampliado e de se estar trabalhando com outros referenciais teóricos, não se deixa de concordar portanto com GONÇALVES (1994, p.149) que distingue “uma função de controle associada à reprodução social, e uma função de supervisão associada a dimensão técnica”, além das dimensões ética e política privilegiada pertinentes a ambos os instrumentos de gestão.

A supervisão é entendida como processo que possibilita a interação dos sujeitos, dos meios e dos fins, porque se faz pelo diálogo direto entre as partes, onde o conflito não é subjugado, negado ou reprimido, mas estimulado enquanto diferença e diversidade que propicia soluções criativas. No confronto dos diferentes saberes e portanto dos distintos poderes, vão se constituir complementariedades e novos deveres e responsabilidades, erigindo o compromisso coletivo dos trabalhadores com sua prática, através de idéias, valores e atribuições que são estabelecidas em conjunto.

Dentro de uma das contribuições do marco teórico utilizado neste estudo, o Psicodrama, para esta abordagem a supervisão pode funcionar como *role playing* ou seja, treinamento de papel, comportando-se como matriz de identidade, numa correlação paralela com a visão da teoria do momento enquanto *locus e status nascendi*, que pelo reconhecimento, treinamento e criação, edifica e remodela papéis e contra-papéis, favorecendo uma identificação mais consensual dos mesmos, onde as expectativas conflitantes deixam de divergir tanto por serem elaboradas em um espaço coletivo compartilhado.

Erigindo papéis, transformando a cultura institucional, reorganizando as práticas e estabelecendo estratégias de ação, a supervisão acaba por definir e ser definida por um determinado modelo assistencial para aquele serviço. Desta forma constitui-se também no fórum institucional permanente para estabelecimento de prioridades e elaboração das estratégias para integração das atividades assistenciais e coletivas, como as de caráter educativo, de vigilância epidemiológica e sanitária.

Observou-se também que **não há pró-labore para chefias** desenvolverem suas funções específicas, e que esta falta de incentivo financeiro, é vista como desvalorização, sendo mais um fator que corrobora para o gestor se sentir desautorizado e desqualificado para as ações de controle. Ainda pode ocorrer do mesmo se sentir usado como intermediário entre aqueles que na hierarquia detêm o poder político, mas não providenciam os mecanismos administrativos para legitimar uma autoridade imediata a seus subordinados. ***É, não te dão tanto valor, depois que acontece a perda! Muitas vezes não sentiam que aquela pessoa tinha aquele valor!*** Acho que entra aqui muita coisa política também, eu vejo no meu caso. *Eu estou com papel de administradora, deveria ter pelo menos uma participação financeira nisso, e eles não estão nem aí! Eu senti isso porque fui conversar e vi que tinha um jogo de empurra, um empurra para outro, poderiam ter dado, sei que poderiam porque eu exerço aqui mesmo, eles sabem que exerço, me ligam quase todos os dias para pedir coisas para resolver.* (Entrevistado 1) Nesta incômoda posição, o gestor se percebe tendo que legitimar decisões políticas tomadas acima de seu nível de competência, sem conseguir ser legitimado por elas.

Esta situação parece ser agravada pelo fato de que antes da implantação do processo de municipalização isto não ocorria, havendo conseqüentemente perda de vantagens para os antigos gestores federais. *Ninguém ganha nada para ser chefe do posto. Em 90 os cargos foram extintos, então nós perdemos o nosso DAI¹, este pró-labore. Daí como nós estávamos bem enfrontados com o Departamento da Saúde, o Departamento pediu que a gente continuasse na chefia que eles procurariam uma forma de remunerar a gente. Só que eles esbarraram numa coisa, nós aqui ganhávamos mais que um cargo semelhante na Prefeitura. Então eles falaram que no dia que uma chefia intermediária ganhasse mais que a gente eles pagariam a diferença. Só que este dia nunca aconteceu. Então não se cumpriu. Eu fiquei mais três anos fazendo o mesmo serviço que fazia sem ganhar nada por isto. O (Diretor) está há 5 anos sem ganhar nada por este trabalho que ele faz de chefia. Pra ele até em parte é bom, ainda é melhor que pra mim, porque ele não precisa atender paciente no cargo de chefia. Ele vem aqui faz o serviço dele de chefia e não precisa atender doente.*

Em relação a este benefício indireto favorecido ao diretor, continua este entrevistado: *se ele deixar o cargo, vai ter que voltar a atender 16 pacientes/dia. Isto ele não quer Inclusive ele teria que mudar de Unidade porque a especialidade dele não cabe aqui. (...) Então pra ele é vantagem ficar como chefe, pra mim, não. No meu caso além de trabalhar ainda tinha que carregar a Unidade, todos os pepinos. Quando eu não estava no horário de serviço, ligavam pra minha casa se acontecia alguma coisa. Às vezes eu tinha que largar dos meus filhos e vir aqui correndo apagar algum incêndio que por*

¹ D.A.I é uma sigla que significa Direção de Assessoramento Intermediário e designa uma gratificação salarial, do mesmo modo que D.A.S.(Direção de Assessoramento Superior) para servidores de nível universitário.

ventura acontecesse sem ganhar nada por isto, ganhando até menos do que outros colegas que já tinham um pouco mais de tempo. Ganhava menos que o auxiliar de enfermagem que os funcionários mais antigos da minha categoria, que vinham aqui trabalhavam as horinhas deles e iam embora do serviço sossegados. (Entrevistado 5)

Parece haver uma crítica velada de ter sido sobrecarregada com as atividades relativas a gerência e mesmo assim não ser beneficiada também com nenhum tipo de vantagem funcional ou financeira.

Os gestores também identificam uma falta de agilidade administrativa não esperada em serviços municipalizados. Acreditava-se que a descentralização, por aproximar as decisões do momento operacional restringisse a burocratização da máquina administrativa e permitisse a flexibilidade e agilidade necessárias. *Acho que se nós tivéssemos mais agilidade (...) sempre precisa comprar alguma coisa: pomadas, enfim medicamentos usuais, papel para eletro (...) **Precisamos ter mais agilidade para este tipo de coisa** (...). A prefeitura não sei se é assim como um todo. Ela está amarrada neste sentido. O departamento da saúde não tem autonomia econômico-financeira. (Entrevistado 4)*

Na verdade o que se verificou foi que a descentralização não chegou ao âmbito da Unidade de Saúde, e se esta se constituir em organização mais complexa, as implicações disto serão percebidas como entraves à manutenção e pronta reposição de recursos materiais adequados *A prefeitura, ela tem boa vontade por um aspecto, em adquirir os medicamentos, mas também não tem como repor rapidamente os medicamentos. Nós temos um fluxo de trabalho muito intenso. Eu tenho uma lista de*

medicamentos do dia e tenho que adaptar ou encaminhar o paciente à farmácia, porque muitas vezes faltam medicamentos de primeira necessidade. (Entrevistado 12)

Alguns dos trabalhadores percebem a gestão como ruptura entre teoria e prática e desequilíbrio entre planejado e efetivado. *Eu noto, e já vou criticando mesmo, e assino embaixo, que há muita gente atrás de mesa, não estou criticando o sanitarista que é um elemento essencial (...). Mas muitas vezes, nestes 20 anos de trabalho, eu vi implantação de programas, subprogramas, vamos fazer isso, vamos fazer aquilo, e vinha o pacote fechado pra gente! Como vem até hoje o pacote fechado! Eu não sei se ao preparar estes programas, subprogramas e pacotes se foi conversado, discutido a nível de Unidade de Saúde hoje, como é que está o negócio (...). Então eu tive oportunidade durante estes anos de conviver com alguns sanitaristas, que a gente via que o cidadão quando chegou aqui verdinho ainda ele não tinha conhecimento de causa. É evidente! Então ele veio e aprendeu muita coisa, alguns humildes, tá certo?! Outros, às vezes, vinham tentando causar a impressão de já ser senhor da situação. (Entrevistado 13)*

Deve-se observar inclusive, que se verificou uma crítica em relação aos sanitaristas que historicamente desempenharam funções gerenciais nos serviços públicos de saúde, quando as dicotomias preventivo-curativa e coletivo-individual eram hegemônicas como modelo técnico-assistencial. *O que eu acho é o seguinte: isso não falei até agora! Quem tá dirigindo isso, teria que ter trabalhado e ter experiência de atendimento à população ao usuário para poder emitir conselho nessa área. É lógico que quem faz Saúde Pública, tem uma noção muito boa, mas tem que pegar no pesado também, para poder trabalhar e sentir o drama. Então se você vem em três pessoas fazendo reuniões mas*

sem nunca ter feito um atendimento uma experiência, um atendimento pelo menos um bom tempinho, para poder sentir, fica difícil. Eles vêm com uns conceitos que não cabem muito (Entrevistado 11).

De modo geral, esta é uma das características da gestão na tradição do planejamento normativo, desvinculada do cotidiano institucional, onde as bases estratégicas e operacionais não são estabelecidas com o conjunto dos trabalhadores, formalizando o distanciamento entre a decisão e a ação. *Eu acho que as pessoas precisam fazer um programa mesmo das pessoas que estão na base, porque a base é que é a chave. A gente está acostumada a virem as coisas de pacotão. (Entrevistado 3)*

Neste tipo de planejamento o objeto da gestão é muitas vezes apreendido teoricamente e normatizado centralizadamente comprometendo sua efetividade. Esta representação foi mais evidente na área de assistência programática. *Quanta coisa a gente tentou implantar e não conseguiu, porque na prática a teoria é outra. Aquilo que era muito bonito no papel a gente tentou fazer na prática e não conseguiu. Mas nós tivemos a humildade de ver que não estava funcionando e voltar atrás e pensar de novo naquilo que estava tentando fazer muita coisa. Então chegava alguém e falava se a gente fizer aquilo, dizíamos aquilo, nós já tentamos isso. Já tentamos, então nós tivemos um leque de opções e fomos tentando cada uma dentro da condições de trabalho que a gente tinha. (Entrevistado 5)* Parece que na fase de implementação das propostas foi preciso recorrer ao diálogo com os outros atores, adequando-as estrategicamente à realidade institucional, no sentido de romper com o distanciamento inicial.

Outras representações que foram levantadas pela pesquisa colocam os funcionários federais e estaduais acima da gestão municipal pelo fato de não haver formalização institucional de sua subordinação.

Assim é que nos afirma o entrevistado em relação a estes aspectos: *nós do INAMPS passamos a 8 horas no papel, mas a maioria continua fazendo o mesmo horário. Nós sentimos que nós fomos municipalizados, mas a Prefeitura não assumiu os funcionários de fato. Nós somos como agregados aqui. A Prefeitura parece que tem medo de lidar com um setor que não é dela. Então nós não temos uma chefia real da Prefeitura que chegue aqui e faça o pessoal trabalhar e imponha, nós estamos soltos ... ,nós federais estamos soltos aqui dentro. É como se a gente estivesse imune à chefia (...). Imagine, uma, digamos pessoa que não queira trabalhar ou cometa uma falta grave no serviço. Vai reclamar com quem. A Prefeitura diz Ah! Federal não é comigo. Lá em São Paulo também não é com eles. No ERSA também não é com eles, eles são municipalizados Então você fica ... (...) não temos estrutura mais, nós somos Então por exemplo o Federal é para trabalhar 8 horas certo?! Nós não recebemos nada sobre isto. Não recebemos nenhum documento até agora. Então faz 8 horas quem quer. O ERSA não se manifestou em relação a nós. A Prefeitura não se manifestou, ... ninguém se manifesta Então nós trabalhamos porque queremos. Porque se a gente não quisesse a gente não trabalhava. Se a gente quiser a gente falta três dias em seguida. Porque nós não temos chefia porque a própria Prefeitura se recusou a assumir a gente de fato como funcionário dela. É como se a gente estivesse sempre à margem. O Ministério de Saúde que assumiu o INAMPS também não faz nada, não temos mais departamento pessoal, a única coisa que recebemos é o salário e o ticket. Nós estamos soltos. Então quem é*

responsável, quem é bom funcionário continua vindo e trabalhando direitinho, mas quem não é, está à vontade para tirar licença, para não trabalhar, pra chegar mais tarde e sair mais cedo (Entrevistado 5).

Na área de recursos humanos, a municipalização mantém até hoje contradições aparentemente inadmissíveis que se caracterizam por disparidades entre jornadas, salários e vínculos empregatícios, segundo a vinculação do trabalhador às três esferas de governo. Paralelamente a esta situação, o gestor geralmente não dispõe de mecanismos administrativos formais que possibilitem homogeneizar deveres para direitos tão diferenciados. *Quem administra o posto é municipal é uma funcionária municipal. Nós já tivemos funcionário municipal aqui administrando que não investia na gente, você entrava na hora que queria, saia a hora que você queria, você faltava e não tinha ninguém pra te cobrar. Isto vai desmotivando você a trabalhar (Entrevistado 2).*

Outro entrevistado, funcionário estadual apresenta a seguinte opinião: *É ... precisa de um incentivo, sabe?! Não tem assim ... quem que é o chefe? Agora tem uma chefe administrativa, mas está tudo bem aí? Você precisa de alguma coisa? Você é bom funcionário, sabe como é que é? Não tem motivação, fica uma coisa assim ... perdida, solta. Solta. Eu acho que não tem administração, não tem e não é aqui. É uma coisa até difícil da gente explicar. (...) Quem é o chefe? Eu? Não sei. Ah! É o chefe do centro de saúde. Mas quem é o chefe do centro de saúde?! (...) Ninguém obedece o chefe administrativo, ela ganha R\$ 300,00 eu ganho R\$100,00, isso não pesa? Adianta eu dizer a você que não? (Entrevistado 9)*

Uma ex-administradora justifica seu pedido de afastamento da seguinte maneira: *Eu tentei e foi muito difícil. Por isso eu pedi para sair da administração. Você*

fica de mãos atadas. Você tem que igualar coisas desiguais e não dá, são muitas as desigualdades, muita injustiça. Pegar uma pessoa que trabalha 8 horas por dia e ganha 200 reais por mês, você pode pegar o holerith dela. E tem outra pessoa trabalhando lá e que ganha 800 reais por mês e ainda tem um ticket alimentação. Só que aquela que ganha 200, você tem autoridade para mandar, você pode ligar pro departamento pessoal e mandar embora se ela não estiver trabalhando direito. Você tem esta autoridade sobre ela. Se ela não trabalhar direito ela corre o risco de ser demitida como alguns foram. Agora aquela que ganha 800 e trabalha 6 horas pode fazer o que ela quiser que ninguém manda embora, que ninguém tem mecanismos para punir, para chamar a atenção. (Entrevistado 5).

Os trabalhadores demonstram perceber esta situação como injusta visto caracterizar vencimentos diferentes para tarefas iguais, bem como as implicações para a gestão nstitucional. *Quer dizer, existem colegas que ganham 1,5 a 2,0 vezes o que eu ganho para trabalhar na mesma sala, no mesmo lugar atendendo os mesmos pacientes. Isto é uma dificuldade gerencial terrível que eles devem encontrar* (Entrevistado 14).

Todas os pontos de análise elaborados até aqui parecem evidenciar certa **fragilidade da identidade do gestor** e sua impotência perante as contradições do objeto da gestão, comprometendo a legitimidade de seu papel perante a instituição. É possível que estes fatos acabem por favorecer a atitude de **relacionar como suas maiores dificuldades**, aqueles aspectos organizacionais cujos determinantes e correspondentes soluções extrapolem sua **área de influência e de competência administrativa**. *É certo que o que a gente faz ainda é pouco e nós poderíamos melhorar, só que não depende da Unidade.*

*Depende de recursos externos, certo?! Por exemplo, nós não conseguimos fazer aqui um atendimento de programa, porque falta tudo! Você monta um programa de diabetes que é uma coisa super importante, aí um dia falta Insulina, outro dia, falta agulha, outro dia falta funcionário, outro dia falta Diabinese, outro dia falta Glibenclamida. E você não consegue dar continuidade Você não consegue ter ... chamar aquilo de programa. Então você faz aquele **atendimento menor**, aquele atendimento que está resumido na médica, na insulina e no remédio, quando tem. (Entrevistado 5)*

Para tal finalidade, a situação de sucateamento crônico dos recursos materiais das Unidades do serviço público se presta com muita propriedade, aliada ao fato de nestes locais também se valorizar principalmente o enfoque da assistência clínica, conforme verificou GONÇALVES (1994). Este tipo de atenção à saúde é profundamente influenciado pelo consumo destes recursos, frequentemente insuficientes para atender as necessidades. *A municipalização, não só a municipalização como nossa referência (...), não consegue cumprir o seu papel, absorver a demanda. Então você vê, antigamente os doentes que tinham direito à previdência eram mais privilegiados. Havia uma guia de atendimento fora do domicílio e era só preencher que o paciente ia para São Paulo e realizava os exames mais complexos. Hoje você não consegue mais isto. Paralelamente havia um contrato com laboratórios, clínicas de radiologia a nível de convênio com o próprio INAMPS em que o segurado ia direto para fazer o exame. Com a municipalização as clínicas foram se descredenciando e nós vivemos hoje (...), uma situação em que uma investigação radiológica é quase impossível. Uma urografia excretora (aqui), hoje tem que fazer em (outro Município.) Como tomografia também. (Entrevistado 4)*

Não se trata de negar o peso destas condições na realidade dos serviços, especialmente porque se reconhece que esta é uma Unidade especializada e de referência, que necessita mais de recursos auxiliares e terapêuticos que as outras da rede básica, pois é esperado que a ela sejam referenciados os casos mais complexos. Por outro lado, o processo de trabalho do especialista costuma demandar também maior consumo de tecnologia sofisticada, através de propedêutica armada, conforme se verifica no seguinte depoimento: *a maior dificuldade que eu encontro aqui é a dificuldade em conseguir recursos auxiliares para diagnóstico em cardiologia. Eu tenho uma limitação muito importante imposta pelo Sistema Único de Saúde. Eu só posso pedir aqui exames básicos, (...) mesmo assim com uma dificuldade (de tempo) na execução dos exames. Exceto os casos em que a gente marca urgente! (...) Mas de qualquer forma, eu consigo! (...) Já os outros (mais complexos) são enviáveis, (...) nem pensar! (Entrevistado 14)*

O que se deseja é considerar que não sejam estes motivos utilizados para esvaziar as responsabilidades dos gestores em nível local, alertando para o fato de que sua evidência simplesmente de forma acrítica, pode contribuir como fator de alienação para os trabalhadores em saúde. *Nós tivemos dias aqui de não poder trabalhar porque não tinha material: não tinha uma gaze não tinha atadura, nem pedaço de esparadrapo. Pomada então ... de jeito nenhum ... Tinha dia do paciente chegar aqui, a gente lavar a ferida dele com água e sabão de coco e mandar embora porque não tinha nada para fazer. Até que ponto nós chegamos. (...) É não ter condições de trabalhar e você estar aqui disposta e não ter condições, falta de material, já aconteceu de você chegar a fim de trabalhar e você não pode, não tem como. Quer coisa pior, que você ter que suspender o serviço porque a roupa não veio, está na lavanderia. Quer coisa pior que ter que suspender uma cirurgia*

tão pequena a anestesia é local, mas para o paciente para ele é uma coisa difícil. Ele está nervoso esperou um mês, ficou ansioso, aí ele chega aqui tem que suspender porque não há material (Entrevistado 2) Observe-se neste depoimento a impotência e o sofrimento profissional do entrevistado, que demonstra estar sendo impedido de desempenhar seu papel, de ser ator e autor desta realidade institucional, sem perspectivas e alternativas de ação.

É importante ressaltar que este tipo de colocação se repetiu em relação à quase unanimidade dos entrevistados e somente não será registrado para evitar-se a redundância, atendo-se mais então àqueles discursos que qualificariam maior expressividade ao tema ou nuances de diversidade de significado.

Se falta material nessa sala, sabe?! Eu não deixo faltar eu brigo, eu peço eu vou na Assistente Social, eu mando o paciente ir lá na Prefeitura, sabe?! Porque eu acho muito! É triste pra gente, o paciente, o pessoal que trabalha, você lida com um, estão todos melhorando. De repente acaba a pomada, vai sarar, não tem jeito não é?! (Entrevistado 8). Alguns trabalhadores demonstram compreender que a garantia dos recursos dependem de uma luta política, mas esta ainda se dá por uma ação isolada e individual que não é coletivizada para uma intervenção político-institucional.

Outros trabalhadores se colocam perante esta questão com envolvimento pessoal, perdendo os limites do papel profissional, confundindo a ação assistencial com assistencialismo. *Olha! Eu acho que ao meu ver, quando era INPS, tinha mais recurso de material de medicamentos e agora neste sentido piorou. (...) Às vezes, falta material e eu prefiro comprar com meu dinheiro, porque eu gosto muito de enfermagem. É uma*

atadura, uma fita adesiva, não tem! Eu acho que não custa tão caro e eu não vou prejudicar o paciente. Eu prefiro resolver o problema. (Entrevistado 15)

Quanto à questão de resolutividade das unidades de saúde e sua reorganização no sentido de ampliar sua capacidade de responder aos problemas da população, CAMPOS (1992d) propõe a reformulação da consciência sanitária dos usuários e gestores no sentido da incorporação crítica da tecnologia, rompendo com o modelo medicalizante dos saberes e práticas, mas também respeitando as demandas de consumo da atenção clínica individual, que não pode ser desprezada em uma proposta democrática de universalização da saúde. Deste modo, recursos serão consumidos para se garantir a atenção em todos os níveis de complexidade, mas não apenas como consequência aos determinantes mercantilistas do interesse capitalista neo-liberal.

Parece portanto que a luta por recursos dentro do espaço da gestão dos serviços de saúde, pode-se constituir em excelente momento de transformação das práticas por uma remodelação da consciência sanitária destes atores, incluídos os trabalhadores em saúde.

Outro aspecto que foi apontado pelos entrevistados diz respeito à **influência clientelística na gestão pública** independentemente da descentralização política de decisão, e por eles caracterizada como uso indevido da máquina pública para fins alheios aos interesses da coletividade, interferindo diretamente na política de recursos humanos. *Você está na mão de altas gentes, na mão dos políticos.* *Tem hora que você ganha bem tem hora que você ganha mal. Tem hora que você é privilegiado, tem hora que você é pisoteado. Entra governo melhora, entra governo piora mais. Eu já cheguei a ganhar dois*

salários mínimos e dezoito salários mínimos. Hoje eu ganho nove salários mínimos, está na média agora (risos). Então a gente fica na mão dos políticos. (Entrevistado 5)

Da mesma forma, este tipo de interferência acaba também por se refletir nas condições de trabalho e na organização geral das práticas dentro do serviço comprometendo sua resolutividade, conforme pode-se depreender desta representação: *um outro aspecto que impede este tipo de serviço é a política. Em certa época tivemos que interromper esta alternativa de marcação de exames por causa de política, porque tinha que pedir autorização não sei de quem, falar com não sei quem, quando não precisava nada disso, porque quem estava fazendo eram profissionais habilitados e responsáveis e não iriam lesar o município. O que interessava pra nós era que o nosso usuário fosse beneficiado, era atender o nosso município. E durante muito tempo não pudemos por causa de política. Isto é muito ruim! (Entrevistado 3)*

Outra preocupação demonstrada por dois dos profissionais, foi o cuidado em não permitir que as realizações da Unidade sejam cooptadas como lucro político, para representantes da população que apenas desejam sua auto-promoção. *Eu tenho tido um cuidado muito grande em não deixar outras coisas, outros fatores chegarem a intervir nisto. No caso, o fator político. Muitas vezes, o político inescrupuloso quer se aproveitar disto. Por exemplo: numa premiação numa escola, enchemos o auditório e um vereador lá desentocou a doar medalhas, pra dar para os meninos, contanto que tivesse o nome dele ou ele estivesse lá. E com a minha sinceridade que você, conhece eu disse: oferta recusada. Não deixo vocês contaminarem isto pt saudações. (Entrevistado 6)*

Outra característica denunciada que é particular ao Município, se manifestou tanto na entrevista rastreadora com os Conselheiros de Saúde, como na dos trabalhadores

em saúde, e diz respeito ao fato de médicos utilizarem-se ilegítimamente do desempenho de seus cargos e funções para benefícios políticos. *O que eu quero dizer é que modéstia a parte eu tenho uma formação bem mais séria do que hoje. E não estou aqui hoje na saúde como vejo alguns colegas falando, fazendo política porque eu me comporto da mesma forma que eu me comporto desde 1975.* (Entrevistado 11)

A dependência da Secretaria de Saúde de outras pastas da Prefeitura, pode acarretar a diluição das responsabilidades pelas decisões políticas e outros entraves para a administração das Unidades influenciando a definição de prioridades e a realização de obras e investimentos. Para um dos gestores isto decorreria de uma disputa de poder político entre as várias Secretarias do governo municipal com repercussão para os investimentos na Unidade. *Na realidade quem manda é o Secretário e não os funcionários da área da saúde. Então se o Secretário de Obras achar que não deve fazer uma obra aqui, pode o Secretário da Saúde morrer de trabalhar por aquela obra, que ela não sairá.* (...) *Entre os secretários do Prefeito existe esta disputa de poder.* (Entrevistado 5).

Quanto à democratização das decisões e participação interna dos servidores na gestão, todos os entrevistados foram unânimes em reconhecer a necessidade de reuniões sistemáticas e regulares como um instrumento para se obter esta finalidade na rotina institucional da Unidade, a despeito disto não mais ser praticado já há dez anos, desde o início da implantação do SUS. *Isso aí já tivemos no passado. Hoje a coisa flui, quanto aos problemas a gente procura resolver localizado. Eu estou meio preguiçoso com isso aí.*

(...) Eu acabei me acomodando muito neste aspecto, houve um desgaste de trocar chefia, houve uma acomodação muito grande. Houve uma certa estagnação neste aspecto. Hoje em dia eu não faço nada disto. (Entrevistado 4)

O espaço foi reivindicado como requisito indispensável à construção da cidadania do trabalhador em serviço, seja para treinamento e reciclagem dos aspectos técnicos do papel profissional, seja para as questões de relacionamento interpessoal, ou simplesmente para propostas conjuntas de encaminhamento das rotinas da Unidade.. *Nunca, e eu sinto necessidade sinto, quando éramos INAMPS, eu fazia algumas reuniões com o pessoal, pra gente lavar a roupa suja então de vez em quando, pelo menos uma vez ao mês, a gente se reunia e falava sobre o trabalho se tinha alguém zangado com alguém ali, a gente procurava esclarecer. Nós tínhamos sim. Atualmente a gente não tem e eu acho uma coisa necessária. Seria bom se nós tivéssemos condições de estar reunindo o pessoal. (...)* *É isso aí a reciclagem, as reuniões que a gente está começando não só a respeito da reunião técnica, mas como fazíamos para ver alguma questão administrativa ou para mudar a rotina do relacionamento entre as outras pessoas. Essas reuniões, elas resolvem até essas coisas, isso é bom para o andamento do trabalho. (Entrevistado 2)*

Verificou-se o interesse e o reconhecimento da importância da participação nas decisões relativas ao serviço por parte dos trabalhadores e gestores, porém não se efetivou até o momento a ocorrência desta prática transformadora. *Eu acredito, pelo que eu já conheço o pessoal aqui, que este espaço praticamente já existe, de braços abertos. Eu até faço uma autocrítica no sentido de que eu não estou conseguindo me organizar e ter tempo para isto. Porque eu tenho compromissos com outros setores (enumerando outras instituições onde trabalha também) e não consegui me organizar para isto. Mas se um dia*

eu tiver condições de me organizar ou tiver mais estímulos até, talvez eu ... faça isto.

(Entrevistado 14)

Em linguagem psicodramática, trabalhando com o conceito de Matriz de Identidade, conforme visto no marco teórico, poder-se-ia dizer que a despeito do *locus nascendi*, das condições de possibilidade, o desejo e a espontaneidade, não se expandem em movimento, em *status nascendi*, porque o ato criador é abortado em si mesmo¹. Isto significa dizer que a gestão participativa e democrática vai ter de construir seu modelo a partir do diálogo, que pressupõe sujeitos históricos detentores de poderes definidos para assumir novos papéis. *Agora, não existe uma reunião do ambulatório para gente propor isso, eu já dei essa idéia! Havia (necessidade) certo, não precisava ser uma coisa demorada podia ser uma coisa rápida, assim quinzenalmente com um representante de cada setor. É importante, não centralizar eu acho que tem um poder centralizador.*

Porque depois a pessoa que centraliza, ela não sabe delegar então, fica difícil, tem que saber delegar, dar mais responsabilidade. Devia ter não é? Eles são pessoas acessíveis

(Entrevistado 7). Mas um dos gestores demonstra não perceber o desejo dos servidores:–

Acho que... acho... não sei dizer... Acho que seria interessante com o funcionário, para sentir mais de perto os problemas, o que eles pensam, o que poderia mudar para melhor,

eu sinto que não há muito interesse em fazer isso. **(Entrevistado 1)**

À gestão não cabe oferecer modelos acabados, mas sim criar as condições de construção coletiva de novas relações de trabalho entre gestores e trabalhadores, onde a

¹ *Locus nascendi* e *status nascendi* são elementos do conceito de matriz de identidade que não podem ser tomados independentemente por que se interrelacionam em um complexo interdependente, conforme se viu no marco teórico deste estudo. “Do ponto de vista psicodramático, o *locus nascendi* seria a coordenada tempo-espaço na qual se situa o movimento do *status nascendi*.” (MENEGAZZO et al: 1995, p.201)

negociação, antes de delimitar espaços, terá de criar, construir e ocupar espaços até então ausentes no conflito de despoder institucional. *A administradora e o diretor, às vezes, quando tem um problema como falta de medicamentos a gente se reúne (...) um dá uma idéia, outro fala outra coisa. Acho que sempre ajuda! No fim, acaba dando certo.* (Entrevistado 15)

Quanto ao tipo de reuniões desejadas, alguns trabalhadores, criticando o mal aproveitamento deste espaço institucional, muitas vezes observado no serviço público, se posicionam contrariamente aos processos improdutivos, propondo que sejam restritas apenas aos trabalhadores e chefias da Unidade. *É reunião seguida sabe?! Só reunia, reunia combinava tudo, eu falei, não vou participar mais! Falava-se vamos fazer isso, aquilo, mas ficava tudo na conversa que nem esse papel aí, então piorou bastante! Não ajudava, só atrapalhava porque tirava todos os funcionários que estavam trabalhando, e eram seguidas sabe! Muito seguidas mesmo! Eu falava que era reunião de lavagem cerebral não é?! Então um dia eu tive até um chilique lá na reunião, eu falava assim: - “Chega! Não vai lavar roupa suja!” Eles falavam que a gente tinha que ver com outros olhos, que era novo e a gente estranha. Mas se está acontecendo coisas boas a gente percebe, vê que é bom, se está sendo melhor a gente não vai estranhar tanto, mas o negócio estava sendo pior! (Entrevistado 8).*

E o mesmo entrevistado prossegue com sua sugestão: *Está faltando sim, tá faltando sim, reuniões falta... reuniões só de equipe de serviço não que venha gente de fora, quem poderia vir de fora aqui, que eu acho, só a (outra chefia) que é enfermeira, pra sentir problema da enfermagem. Agora, (o Secretário), a (Administradora) no caso levaria o resultado prá ele, prá não ficar aquela coisa meio ... porque não tem muito o que fazer.*

Mas já sei que eles não fazem reunião, porque não tem como resolver, está cheio de problemas. (Entrevistado 8)

Apenas um dos entrevistados se posicionou como não tendo clareza de que esta fosse uma medida necessária à gestão, provavelmente também em função de desgaste de situações anteriores mal conduzidas. *Eu nem sei, porque eu acho que funciona do jeito que tá. Cada um fazendo sua parte. Eu já trabalhei um tempo onde tinha muita reunião muita coisa! Quer dizer, a gente acabava sempre na sexta-feira perdendo um dia inteiro de reunião. Tinha algumas idéias, alguma coisa boa e outras não, então não sei* (Entrevistado 17).

Observou-se, por fim, em relação à gestão que uma alternativa à falta de apoio institucional para os programas pode ser a **estratégia de utilização de canais paralelos quando os institucionais não são acessíveis**, através da busca direta de recursos em níveis hierárquicos superiores de decisão política, o que no caso acaba sendo facilitado pela descentralização, que aproxima o poder não só dos usuários mas também dos trabalhadores. *Um dia encontrando por acaso com o Prefeito ele perguntou do trabalho, eu disse que tinha aquela dificuldade. Ele disse que o Secretário da Saúde, poderia ter providenciado para mim; respondi que pedi ao Secretário e que este nem deu bola. **Então amanhã este material vai estar na sua casa**, como na realidade ele mandou deixar. Então esta facilidade de acesso a gente tem . (...) Mas aqui está funcionando isto, porque a nível de Secretaria da Saúde, com o acesso que tenho ao Secretário ou ao Chefe do Departamento de Saúde e se conversa: olha, precisa disto, material didático. **Se há***

dificuldade então vou no Prefeito ou na mulher do Prefeito sei lá! Tem que conseguir isto! (Entrevistado 6).

Parece porém, que este é um risco da gestão não participativa na Unidade, ao lado de uma lentidão da máquina administrativa e de uma ambiguidade das linhas de mando e de poder, conforme se analisou anteriormente.

Concluindo de modo resumido podemos, a partir da análise desta temática, concordar com MACHADO (1996, p. 46) que aponta como principais questões hoje em relação aos trabalhadores em saúde e o SUS, os seguintes aspectos: a) “Gerência divorciada da cultura organizacional”, que acrescentaríamos situar-se fora das expectativas tanto dos gestores como dos trabalhadores em saúde. b) Tensão entre as políticas das três esferas de governo. c) Não aceitação dos servidores estaduais e federais ao gerenciamento municipal. d) Falta de liderança na gestão de RH. e) Estrutura gerencial desorganizada onde também se pode incluir a falta de participação dos trabalhadores ao lado da ausência de mecanismos formais da gerência e de planejamento.

6.2.2 - O Trabalho Coletivo.

Conforme visto na caracterização do objeto desta pesquisa, a progressiva divisão social do trabalho em saúde implicou na introdução de novos saberes e práticas com ampliação do espectro de profissões em atividade nos serviços de saúde. Se por um lado, a complexidade do objeto exige a contribuição de muitas disciplinas para sua apreensão tanto teórica como prática, a intervenção sobre ele, não pode prescindir da ação conjunta de múltiplas profissões, na constituição das equipes de saúde.

Esta situação tem consequências tanto técnicas como éticas e especialmente se constitui em um desafio para a gestão porque exige a definição de campos de atuação, de delimitação de competências, de especificidades de saberes, de confluência de atribuições e de autonomia e heteronomia de poderes institucionais.

Entende-se aqui a interdisciplinaridade, como o enfoque conjunto das várias disciplinas para o diagnóstico, análise e intervenção sobre determinado problema de saúde, através de ação simultânea e paralela e não de forma isolada ou separadamente (KISIL: 1996). Considera-se portanto que todas as contribuições tais como instrumentos, métodos e técnicas, irão somar-se uns aos outros, ampliando o olhar sobre o problema, assim como as perspectivas para sua solução. Este é um movimento dialético que parte do conhecimento específico e particular de uma determinada disciplina, para o geral e compartilhado, ao mesmo negando e superando os seus limites.

Cabe neste ponto da reflexão um parêntesis para se definir termos que habitualmente são utilizados para expressar as variadas possibilidades de articulação do trabalho coletivo, embora tenham muito mais propriedade no campo teórico, pois o conceito de disciplina nos remete a epistemologia das ciências. Trata-se dos prefixos *multi pluri inter* e *trans*, que dão ao conceito uma variação de significados em caráter contínuo e progressivo da confluência dos saberes e das práticas.

NUNES (1995), interpretando Japiassu e Bastide nos coloca que na *multidisciplinaridade* verifica-se a apresentação dos saberes lado a lado, com múltiplos olhares sobre o objeto que não se interrelacionam, enquanto que na *pluridisciplinaridade* já se observa certo grau de vinculação entre elas mesmo que compondo blocos disciplinares. A *transdisciplinaridade* consiste na apreensão total do objeto em um único processo por todas

as disciplinas envolvidas, de modo que uma distinção entre elas naquela situação seria impossível, onde as especificidades metodológicas e conceituais dariam lugar à novas construções conjuntas.

Por profissões compreende-se a prática “de uma ocupação” que possui determinada base técnica e se referencia em determinado saber, geralmente uma disciplina científica, apresenta uma normatização ética frequentemente através de código regulamentado, e na maioria das vezes, é marcada por autonomia e corporativismo (MACHADO: 1996, p.44)

Deste modo a multiprofissionalidade, se mantidas a distinção dos saberes e fazeres, não garante a interdisciplinaridade, porque não se efetiva a ação conjunta dos componentes da equipe de trabalho, especialmente por não se superar o conflito de poderes institucionais. Segundo SCHRAIBER (1996, p.49), no “plano institucional, isto promove autonomias hierárquicas, como modo técnico, social e ético de relação entre sujeitos que são agentes de trabalho, profissionais e trabalhadores em *equipe*, ordenando em patamares desiguais, técnicos e sociais, seus componentes.”

Superar esta fragmentação do trabalho coletivo exige ação específica da gestão na condução dos interesses em conflito, bem como no estabelecimento de funções comuns para os trabalhadores. É necessário que na convivência institucional haja espaço para que os vários trabalhadores possam conhecer as características gerais do processo de trabalho e as especificações do papel de cada um, onde as atividades sejam discutidas e avaliadas em conjunto, sejam nos aspectos assistenciais ou preventivos e promocionais, integralizando as ações, tanto do indivíduo para a comunidade, como da clínica para a epidemiologia e para o ambiente físico, sócio-político, cultural e existencial dos usuários.

CAMPOS et al (1997), discutindo a incorporação das especialidades médicas no SUS apresenta as noções de **campo de competência** e **núcleo de competência**, que parece adequar-se também às várias profissões que constituem as equipes de trabalho nos serviços de saúde. Os autores distinguem que o **núcleo** delimita a especificidade do trabalho do profissional enquanto especialista pela capacitação praticamente exclusiva para a função e/ou atividade, enquanto que o **campo** seria um espaço de “sobreposição de exercício profissional” onde haveria uma espécie de “intersecção com outras áreas”(p.4). Os limites entre **núcleo** e **campo** se constituem sempre de forma provisória e dinâmica no confronto de interesses e poderes institucionais, processo que não pode prescindir de uma viabilização específica da gestão.

Porém na falta de uma ação específica da gestão para articular o trabalho coletivo, conforme foi observado neste estudo, e superar sua fragmentação alienadora, foi importante a atuação de um líder para facilitar a interdisciplinaridade. Se não houver supervisão, para evitar a sectariedade dos papéis e o isolamento institucional, certos trabalhadores acabam por encontrar alguma maneira de aproximação com os companheiros de trabalho. *Bom! Tem a turma antiga. A gente fala os antigos e os novos, porque saiu muita gente, muita gente boa, mas tem umas meninas que estão começando também, duas psicólogas. (...) Então a gente tem uma ligação maior! Eu tenho muita afinidade com todos eles. Eu encontro barreira na falta daquela pessoa que era o Psiquiatra, sabe?! Foi uma perda muito grande, ele facilitava muitas coisas eu sentia aquele apoio, porque tem problemas seríssimos que ocorrem com o paciente ou com paciente e uma psicóloga, com paciente com o outro psiquiatra que atende também. (...) Então ele entendia o papel do*

social e valorizava, certo?! Porque o social não é só você arrumar passe, não é só tentar (...).Tem uma outra coisa também que eu vou falar para você, que eu sinto aqui. Como eu fico aqui 8 horas do meu dia, porque eu faço período integral por ser municipal, eu estou por dentro de tudo que acontece aqui! Quem está internado e quem não está, que dia que o médico vem, que dia não vem, porque eu me inteirei muito da situação da Saúde Mental, da rotina. Eu sou uma pessoa que as pessoas vêem. Eu não tenho cargo de chefia, tá?! Eu não gosto, é muito mais difícil o trabalho de coordenação do que de chefia, mas eu sou uma referência da Saúde Mental. (Entrevistado 7).

Observou-se que através da distribuição dos casos a serem atendidos entre os vários profissionais, o serviço vai definindo a especificidade dos papéis de acordo com as distintas necessidades de assistência. Isto decorre do fato de se poder criar um espaço de discussão sobre os atendimentos de todos os trabalhadores envolvidos, além de favorecer a integração interpessoal no estabelecimento das rotinas.

Verificou-se ainda que este processo de integração dos profissionais pode se dar por uma complementariedade de saberes, ou por uma capacidade de apreender o objeto de trabalho de modo mais ampliado, com uma visão mais integral do processo saúde-doença e mais completa sobre o usuário. *Aqui, via de regra, com quem a gente tem, é com o Serviço Social. Após o atendimento do médico e a orientação da gente, aqueles pacientes que são mais difíceis de aceitar, que o acesso fica muito difícil ao paciente ou ele tem outros problemas que colaboram para esta dificuldade de comparecimento, ou de entendimento ou de aceitação. Então o Serviço Social aqui é bastante integrado com a gente! (Entrevistado 13).*

Este trabalhador, que recebe os usuários e os distribui nas diferentes possibilidades de atendimento, vai ser um facilitador dentro da equipe multidisciplinar, e neste estudo, este papel foi mais desempenhado pelo assistente social, seja em área programática ou assistencial. *Olha, eu acho que quem mais facilita é a Assistente Social, porque muitas vezes ela pega, ela tem sempre um empenho muito grande, então pega o caso, se ela acha que é importante, ela já vem direto a mim e comenta. Olha! Esse caso é importante por isso, se você tem vaga; se eu não tenho, eu arranjo.* (Entrevistado 17).

Por outro lado, ficou claro que esta questão é mais percebida pelos profissionais daquelas áreas onde a assistência é programática, embora todos identifiquem o caráter coletivo de seu trabalho, pela dependência do seu papel em relação aos outros para a execução das tarefas. *Isso na verdade antigamente, tinha mais reuniões com o médico, agora o médico vem menos vezes, que a gente aqui, então ele atende, eu vejo o atendimento dele, às vezes precisa de alguma coisa mas eu não encontro com ele. (...) A discussão de casos está falha! Eu converso com a assistente social, ela conversa com ele (o médico), agora nós três juntos não! (...) Não estamos encontrando não. Eu acho que não prejudica o trabalho. Agora tem um caso, ou outro que ... algumas coisas que eu acho que a gente precisaria conversar não é? Às vezes é uma queixa, tem um problema neurológico, entendeu então eu precisaria conversar com ele, entender melhor aquilo, seria mais interessante, se fizesse a reunião.(...) Então nesse ponto é bom e a assistente social também, ela entrou depois, mas ela entrou e se adaptou super bem, então o trabalho de equipe (...). Flui, eu acho que corre bem por causa disso. (Entrevistado 9)*

Observou-se também que a interdisciplinaridade não se dá sem conflito de esferas de competência, de especificidades de atuação, ocorrendo um movimento contraditório entre **autonomia e cooperação**, onde se estabelece a dinâmica entre a singularidade e a universalidade, entre o geral e o particular, entre a individualidade e o conjunto. *É difícil falar disso! Acho que eu nunca parei para analisar isso! (Pausa) Eu acho que durante um certo tempo eu fui uma pessoa muito difícil! Porque assim, eu acho que meu senso crítico eu não sabia criticar e não aceitava críticas. Hoje eu estou mais aberta a isso eu fui me moldando. (Entrevistado 7)*

O processo de amadurecimento de uma equipe de trabalho pressupõe conseguir superar o medo das perdas de identidade dos papéis, de aprender a compartilhar poder de decisão e de descobrir a força da solidariedade. *O nosso trabalho é uma extensão do balcão, certo?! Mas só que a diferença é que ficamos sentados. Então ali no balcão fica mais para atendimento de quem chega na unidade, pedindo informação, seria a recepção. (...). Essa pós consulta que a gente faz é uma extensão, mas é num ambiente diferente, para gente ter mais tempo para orientar o paciente no sentido de como vai tomar aquele remédio, quando pode voltar e como vai ser o tratamento dele. De certa forma o balcão ajuda a gente e a gente ajuda o balcão! (Entrevistado 5).*

Esta se consolida pela cooperação mútua, quando a capacidade técnica de um subsidia a atuação do outro e isto somente será possível quando se souber reconhecer o valor do trabalho do outro. *Desde que nós entramos, nós acompanhamos a equipe há um tempão! (...) As enfermeiras trabalham bem, tomaram gosto pela coisa, para fazer tratamento! Porque ser médico é muito fácil não é? É só ver, olhar, e dar o diagnóstico*

vamos fazer (tal tratamento)! Então não é difícil, é só ter boa vontade! Elas mandam pra mim, eu vejo se não está indo bem, interno! (Entrevistado 11).

Autonomia não é portanto ocupar um espaço institucional em dominação, negação ou subordinação ao outro, mas em colaboração e em complementariedade, por disputa construtiva em constante treinamento de papel. Olha! Na verdade, eu não respondi direito à pergunta de como foi introduzido o médico, (na equipe) até que a gente chegou no Doutor mesmo, falou com ele ,e ele falou que podia chamar toda vez que tivesse alguma intercorrência. Qualquer coisa era pra chamar! Começou! Faz mais de dez anos que ele acompanha todos os pacientes deste tipo de atendimento. Inclusive, deu autonomia até pra gente internar pacientes, porque o Hospital lá é um pouco dele (é sócio-proprietário) também, não é?! Então a gente dá um papelzinho, escreve lá que o Doutor autorizou e internamos os pacientes também, quando está com muita infecção ou muito edema. Então, está dando certo mesmo! (Entrevistado 8).

Em relação à consulta médica esta complementariedade pareceu ser mais evidente. O médico, especificamente o médico (referindo-se ao profissional que trabalha em seu programa específico) Ele faz isto realmente. É a área dele(...). Ele (...) tem uma vivência muito grande disto. Eu calculo há uns 15 anos já! (...) Ele tem muita bagagem! A gente complementa quando ele anota: orientação e reforço. (Entrevistado 13).

Um outro depoimento parece revelar certa atuação no sentido de secretariar os atos médicos, como se a parte organizacional do serviço se efetivasse em torno especialmente das necessidades destes profissionais. Nós temos a relação de consultas do médico, então qualquer variação na agenda do médico, ele tem que chegar no nosso

serviço e comunicar e ali também a gente recebe as ocorrências. Por exemplo o dia em que o médico não vem ou eventualmente está na hora de vir, mas foi chamado no Pronto Socorro, uma urgência, um cardiologista, caso mais urgente. (Entrevistado 5).

Na verdade, é preciso que se registre que não é esta situação que sobrevaloriza o trabalho médico nos serviços de saúde, sendo muito mais uma condição que reproduz uma ideologia dominante á qual se subordina toda a cultura institucional. Segundo ALBUQUERQUE & RIBEIRO (1979), os médicos são os agentes institucionais privilegiados cuja legitimidade se viabiliza fora do âmbito das instituições de saúde, transcendendo-as pelo processo histórico de consolidação da **hegemonia médica**, através da instituição medicina. Esta posição foi confirmada neste estudo, embora nem sempre se tenha verificado a passividade dos outros trabalhadores perante este fato.

Esta **subordinação ao trabalho médico** em caráter complementar foi mais observada do ponto de vista destes mesmos agentes, pois os outros atores de nível técnico tenderam a identificar a especificidade de seu trabalho de um modo geral, embora por vezes ainda se coloquem também nesta posição, o que pode ser observado em relação ao papel do enfermeiro. *Sem dúvida! No programa (...) que está meio capenguinha – Precisa aumentar isto aí! – A enfermeira me presta um serviço inestimável. Ela faz acompanhamento (dos pacientes) e eu a venho treinando, a gente vem estudando junto e hoje ela faz (...) do jeito que eu quero. Então eu sou praticamente dispensável. Se o (paciente) está sem patologia (...). Está certo! Isto a (enfermeira) faz com uma maestria ... e ela tem dom para isto.* (Entrevistado 4)

Este fato parece apenas elucidar mais ainda os determinantes e implicações já discutidos em tópicos anteriores, porém deve se ressaltar que isto cria muitas vezes uma cultura institucional que tende a reproduzir a construção de representações sociais conservadoras no conjunto dos trabalhadores de saúde, devendo assim ser objeto específico de intervenção da gestão através de técnicas apropriadas de supervisão.

Esta cultura divulga a idéia de que todos os outros trabalhadores da unidade têm a função de aliviar a demanda por atos médicos, o que acaba por influenciar a organização do processo de trabalho dos outros profissionais no modelo da clínica como matriz deformadora dos papéis que não se desenvolvem também em direção à saúde coletiva, além de descaracterizar a sua especificidade. *Eu trabalho também com Equipe. Aqui nós trabalhamos assim: nós temos dois tipos de triagem. Uma é feita pela psicóloga e quando ela detecta alguma patologia de linha esquizofrênica ou outra que vão precisar de medicamento-terapia paralela, nós fazemos isto, daí ela me encaminha. Bom! Além disso nós temos também a Assistente Social que desempenha "para-papel" fundamental no esquema nosso. (...) A equipe é pequena e nós estamos agora com 700 a 800 doentes em seguimento adultos. Aí ela pode encaminhar para a psicóloga ou passar para mim. Para isto nós tivemos várias reuniões e eu passei vários aspectos clínicos das doenças, para que elas possam ter uma idéia da gravidade dos casos. Evidentemente não interferem no tratamento, mas numa triagem inicial (Entrevistado 12)*

Por outro lado, esta cultura também reforça, junto ao usuário, a hegemonia do papel do médico na recuperação e promoção da saúde, visto dificultar o contato com as particularidades das outras práticas. Referindo que seu papel acaba se restringindo a atender as intercorrências clínicas apenas, no programa em que atende, este médico aponta este

aspecto: só que o paciente quer ver o médico. Se mandar ele vir aqui só para ver a enfermeira, ele não vem!... (Entrevistado 4)

Ainda outra consequência desta distorção, é colocar o ato médico desvalorizadamente, como algo que precisa ser complementado por outro profissional, por estar sendo realizado, no mínimo, de modo insuficiente ou ainda sugerindo falta da qualidade necessária. Quando questionado se achava importante a atuação da enfermagem na complementação do atendimento médico, este entrevistado respondeu que era *muito importante*. *Eu acho que precisava ter pré e pós consulta! Eu sinto isto realmente. Sabe?! Quando a gente fazia isto, a gente sentia que o paciente saia mais aliviado, né?! Porque ele pegava a receita e saía com a medicação daqui. (...) Eu comecei a perceber que o paciente pegava a receita, pegava o remédio, e na verdade, ele nem sabia para que servia, então precisava de pré e pós consulta.* (Entrevistado 2)

Outras vezes, esta situação vai acarretar efeito oposto e o trabalho médico passa a ser entendido como concessão e favor pessoal sempre que fora da rotina dos agendamentos habituais, como “autoridade benevolente” conforme também já assinalou ALBUQUERQUE & RIBEIRO (1979, p. 56). *Eu tenho algum contato com o pessoal da enfermagem, de uma sala que tem lá do outro lado do prédio e que pela minha especialidade, muitas vezes um paciente que chega aqui, por algum motivo; não sendo paciente meu, tem uma crise hipertensiva aqui dentro ou já vem hipertenso, ou faz uma hipertensão, uma arritmia, então, eles vem - doutor, dá pra você quebrar o galho, dar uma olhada Então este pessoal da enfermagem A gente vai lá, dá uma olhada, vê o que tem de fazer depois manda para o Pronto Socorro, enfim toma uma resolução para este tipo de paciente* (Entrevistado 14).

Observou-se, por outro lado, que os médicos são identificados, pela maioria dos entrevistados como aqueles profissionais que podem impor maiores resistências ao trabalho coletivo. *É difícil a pessoa trabalhar em equipe não é?! Aceitar. O médico é difícil, acho que para o médico é mais difícil!* (Entrevistado 9)

Provavelmente tal fato decorra da defesa da manutenção desta relação de poder institucional, que é utilizada para manter privilégios e não para reorientar a prática enquanto liderança construtiva, que pudesse chamar a si a responsabilidade de coordenar as equipes. Em detrimento da negociação democrática, estes agentes optam pelo autoritarismo tradicional de sua prática não só em relação aos usuários, mas em relação também aos próprios companheiros de trabalho. *O médico é mais difícil. O médico tem maior dificuldade de trabalhar junto!, Quer dizer um até é mais aberto, o outro está fechado pra tudo. (...) Eu acho que o médico é mais complicado, ele aceitar. Você vê que o profissional, eu acho que alguns se colocam de certo nível, grau de superioridade* (Entrevistado 7).

A incapacidade de trabalhar em equipe acaba por impossibilitar ao profissional contar com a participação dos outros na execução de suas tarefas, mesmo reconhecendo a sobrecarga que isto representa e até a sua incompetência para dar conta de todas as necessidades do usuário. *Eu não sei se é uma coisa que eu já trago de muito tempo, eu procuro ... Eu não sei se isso é defeito da gente, é como é que se diz, como é que eu explico para você. Eu fazer até trabalhos de outros setores entendeu, (...), por exemplo quase tudo sou eu que faço no sentido de orientação (...). Essa parte de deficiência psicológica. É difícil, eu encaminhar às vezes! Eu não sinto necessidade de encaminhar,*

também não faço trabalho psicológico com ninguém, uso de sinceridade com o paciente às vezes ... (Entrevistado 16)

Este fato observado reforça a necessidade da gestão estar buscando construir o espaço de reflexão conjunta sobre estas questões, que são percebidas como causa de sofrimento e excessiva exigência do papel, detendo potencial mobilizador de espontaneidade e de criatividade transformadora. A supervisão pode agenciar esta negatividade situacional no sentido de mudanças que possam reorientar o valor do trabalho além do sofrimento, em direção ao prazer da troca e das responsabilidades compartilhadas.

No depoimento seguinte, parece que o fato de não se delegar funções estaria relacionado a uma injunção administrativa por desvio de função, onde a servidora durante sua vinculação profissional à instituição habilitou-se para desempenhar atividades mais complexas do que a exigência do seu papel formal, mas não foi beneficiada com mudança de cargo, ou progressão na carreira. *Eu atualmente estou trabalhando nesta sala (...). Eu monto a sala (...), eu preparo o material, também solicito o material que eu necessito, faço o pedido de material, a requisição. A minha função aqui dentro é de auxiliar de enfermagem. (...) Embora eu seja enfermeira, eu atuo como auxiliar. Então toda função de auxiliar aqui dentro desta sala eu executo (...). Eu faço tricotomia. Se tiver que fazer, eu chego meia hora antes que o médico e peço para o paciente chegar também e vou vendo o que tem para fazer. Se o paciente está nervoso, (...). Eu converso, explico (...). Quando o médico chega, já estão os pacientes todos encaminhados. Eu faço tudo, curativo se houver, retirada de pontos. Eu peço para o paciente retornar comigo, às vezes, é alguma biópsia, eu encaminho o material e peço para o paciente vir buscar comigo! (Entrevistado 2).*

O trabalho coletivo fragmentado e o isolamento institucional foram mais observados em relação às atividades assistenciais, especialmente no que concerne às especialidades médicas e aos outros profissionais não vinculados aos programas. *Porque a saúde mental tem grupo, trabalha com mais enfoque no programa da saúde mental. O nosso lado que é o ambulatório não tem programa nenhum. Não tem equipe também, tem enfermeira atuando e o médico atuando separadamente. Teria que sentar, conversar, trocar idéias (...). Isolado e faz aquilo, pronto; ninguém senta pra conversar, fica aquela coisa de cumprir tarefa. Não é uma coisa de sentar trocar idéias, todos juntos numa sala, todos trabalhando pelo mesmo fim. Não dar tudo mastigado, descobrir o que está errado juntos. Desde o início que trabalhei (nesta profissão), não tinha (outra profissional) que trabalhasse junto comigo e eu sentia falta. Sinto que deveria ser tão bom trabalhar com uma (colega)! Se você fica desmotivada por alguma coisa a outra te ajuda a motivar, com idéias novas, dali, daqui, anima até. De uma certa forma seria interessante mas nunca tive oportunidade. (...) Aí vim para cá, eram três aqui, eu seria a quarta, achei legal para trocar idéias. Então o que acontece às vezes até troco idéias com uma colega mas também não passa de idéia (Entrevistado 1).*

A programação em saúde prevê atribuições para os outros profissionais técnicos e auxiliares e de certo modo tem contribuído para definir novos papéis na atenção ao paciente e no contexto geral das ações de saúde, em caráter normatizador e orientador do trabalho coletivo. Na parte assistencial, de enfoque mais clínico e individual, os trabalhadores parecem ter menos definidos os limites destes papéis e as distintas tarefas que lhes compete acabam sendo assumidas por um só profissional. Talvez em função disto, tenha ficado mais evidente esta divisão social do trabalho em saúde, externamente as áreas

programáticas. Eu não me meto no serviço dos outros. (...) Desde pegar as fichas, às vezes, tem ficha, tem problema de ficha no balcão. Pegar ficha no balcão. Às vezes, eu pego porque o balcão tá cheio de manhã. Eu já faço pra não criar problema! (...) Não! Eu vou lá no arquivo e pego porque se eu for esperar, vai criar um problema pra mim. Eu também não gosto de ficar levando confusão pra chefia. Eu quero é resolver problema e não complicar mais (...). Eu não acho que ninguém facilita ou dificulta meu trabalho, porque eu já entro no serviço trabalhando! Faço meu serviço, eu não sou de deixar. Por outro lado sempre trabalhei como enfermeira na maternidade, quer dizer, tem que pegar, tem que atender. A (Colega) foi operada, da sala de lá, eu atendia a dela e a minha. Chegava em casa e ia dormir! Não aguento, mas se sobrar pra mim, eu resolvo o problema. (Entrevistado 15)

Internamente às áreas programáticas, os trabalhadores pareceram se dar conta da necessidade de superar o atual estágio de multiprofissionalidade em direção à transdisciplinariedade, sugerindo novos desafios nesta convivência diversificada em direção a uma apreensão única do objeto.

Parece que a programação foi um avanço no sentido de trazer novos olhares para o objeto das ações de saúde e conseqüentemente novas práticas, que estão sendo pressionadas a se rever pelo risco desta apreensão ampliada redundar em fragmentação. *Não tem uma sistematização de trabalho em conjunto. Não tem, uma coisa a mais, só a rotina do dia-a-dia, atendimento imediato, muita gente ocupada, para fazer um trabalho e dar continuidade, só fica na idéia.* (Entrevistado 1)

Outras representações colocadas pelos entrevistados apresentavam o trabalho coletivo como avanço tecnológico no processo de trabalho, no sentido da modernidade, corroborando o discurso bastante difundido atualmente, de que a organização dos serviços de saúde hoje, não pode prescindir do concurso dos múltiplos saberes à apreensão de seu objeto. *Eu vejo ... hoje em dia você não pode estar numa Unidade da Saúde, sem ter atividade multidisciplinar. Não dá para ficar só com o médico e a enfermeira não. Psicólogo e assistente social aqui é fundamental. Eu acho que nós poderíamos ter: terapeuta ocupacional, fono. Eu gostaria de ter este tipo de Hoje não dá mais para você ficar sozinho ... não é isto? (Entrevistado 4)*

A despeito de não ter conseguido operacionalizar mudanças concretas nas práticas, a gestão já não pode negar a progressiva divisão social do trabalho em saúde e as conseqüentes especializações da mão de obra, bem como o acentuado consumo de tecnologia, deste modo a interdisciplinariedade passou a ser um instrumento tecnológico de organização deste trabalho.

Foi observado que a representação da interdisciplinaridade como compromisso ético-filosófico é incomum, dependendo de um questionamento em relação aos paradigmas dominantes na apreensão do objeto, e nestes casos, toda as bases teórico-metodológicas e filosóficas parecem estar sendo revistas, implicando em reorientação técnica e ética da prática profissional. *A gente discute muito no trabalho quando a gente consegue se encontrar porque tem o horário de serviço. Então assim, é interessante trabalhar, é ótimo porque as formações são diferentes e todo mundo está procurando o mesmo lugar! O equilíbrio! É isso. (Entrevistado 10)*

Isto é facilitado, por exemplo, nas práticas não alopáticas que só mais recentemente vêm sendo absorvidas na rede pública. Também se verifica por ocasião da implantação de novas abordagens programáticas, quando as negociações são aprofundadas no sentido de se buscar o consenso. *Bom! Até esta questão de uma equipe multidisciplinar, vai mais além: a própria questão individual né?! Você trabalha com outras pessoas, (relacionamento) interpessoal também e assim as visões se somam. O fato de você ter vários pontos de vista das formações faz com que ... É uma coisa até mais ampla sabe? Ela passa da questão profissional e passa para a questão é difícil, não sei como chamar isto, de visão ... filosófica! Filosófica! Exatamente! (Entrevistado 10).*

As relações de poder na interdisciplinariedade, parecem neste caso, estar relacionadas à especificidade dos saberes que implicam em decisões de conduta, gerando conflito quando divergentes. A introdução de novas tecnologias sem o consenso multiprofissional, costuma ser conflitiva talvez por questionar saberes e práticas consolidados. A respeito da implantação de um novo projeto de curativos para Unidade, há o relato de um episódio em que se propôs uma conduta nova ao médico e ele não aceitou. Quando a enfermeira, mesmo assim resolveu assumi-la, por sua própria conta e risco, com resultados excelentes para a recuperação do paciente, não houve o reconhecimento desse profissional médico. *Quando ele voltou das férias dele, depois de um mês a ferida estava menos de um centímetro, um risco só! Mas o médico xingou tanto, até hoje, já faz mais de 10 anos, ele não gosta de mim mesmo! Disse que sou petulante, nariz empinado! Mas ele falou tanto desaforo prá mim que ficou eu e o paciente chorando atrás do médico. Também só de raiva a gente chorava todos juntos. (Entrevistado 8)*

Observou-se que a competição dentro da Unidade, pode ser vista como processo de desenvolvimento conjunto dos papéis desempenhados na equipe, mas que de modo geral, é percebida como disputa ilícita de poder, conforme o depoimento a seguir. *Não é você querer puxar o tapete do outro. Eu acho que isto não. Eu nunca trabalhei desta forma. Eu sempre gostei de trabalhar em equipe. Eu gosto que todos da minha equipe cresçam. Se eu estou numa equipe e alguém por algum motivo não está crescendo eu sou a primeira a procurar ajudar. Eu vou, chego junto, vamos ver o que está acontecendo, o que está impedindo você de trabalhar. Eu sou uma pessoa que gosto de crescer junto. O ser humano não faz nada sozinho, é um ser social. Se ele é um ser social ele precisa trabalhar em equipe. Como eu iria trabalhar neste ambulatório tão grande e só o meu trabalho iria aparecer? A gente precisa ter uma visão ampla das coisas. O trabalho da gente na sua totalidade precisa crescer. (Entrevistado 3)*

Estas relações conflitivas entre os profissionais dentro da equipe de saúde tendem a se resolver, mais em função de alianças para o desenvolvimento de projetos particularizados, em relação à organização geral do serviço, absorvendo a disputa de poder e a competição entre os membros, como parte do próprio processo de elaboração da identidade do grupo de trabalho. *É, eu acho necessário alguém que, que esteja me orientando, mas eu sempre trabalhei em coordenações. Não é por acaso, chefia, coordenação, né?! Então você acaba procurando pessoas que tenham uma certa Liderança ... Este grupo é muito assim. Brigamos muito, as pessoas ficam loucas com as nossas discussões (Entrevistado 10)*

Pode-se concluir sobre a temática do trabalho coletivo na Unidade estudada, que este não se realiza sem conflito de poder entre os vários saberes e práticas que compõem a ação das equipes de trabalhadores. Apesar da hegemonia médica não ter sido ainda superada, suas bases foram questionadas e a dificuldade dos médicos em reconhecer a especificidade e em valorizar o trabalho dos outros profissionais foi denunciada. Na falta de uma ação político-institucional apropriada à negociação destes conflitos, que pudesse dar conta de desenvolver uma nova visão ético-filosófica sobre este desafio da gestão, a programação em saúde parece ter logrado melhores resultados no sentido de delimitar os papéis dos vários trabalhadores. Por outro lado, enfrentando todas as dificuldades da falta de uma sistematização estratégica para esta situação, foi o empenho pessoal dos trabalhadores que criou o espaço para a solidariedade e superação do individualismo e do isolamento institucional.

6.2.3 - O Modelo Assistencial.

Verificou-se que no município não há um processo formal de planejamento que pudesse definir um modelo assistencial, confirmando que os problemas são enfrentados na rotina institucional isoladamente à medida que vão surgindo.

Entendendo modelo conforme CAMPOS (1992a, p.17), como “uma negação que afirma, ainda que provisoriamente”, buscando superar as práticas tradicionalmente instituídas nos serviços por novas formas de “compromisso com as necessidades do cotidiano”, de modo que sua concepção é dinâmica e situacional, como um processo de contínua reorientação das ações de saúde no espaço institucional para aperfeiçoamento dos serviços e efetivação da implantação do SUS. Observamos que na Unidade estudada,

verificou-se uma fixação deste processo à realidade institucional imediata. Por impossibilidade de uma ação e reflexão críticas sistemáticas, não se efetiva o espaço de reorientação permanente das práticas em direção as necessidades continuamente reinterpretadas. Não havendo superação, as contradições se acirram em crônica e progressiva incapacidade resolutive com conseqüente tensão e conflito entre os vários projetos assistenciais, anarquicamente organizados no espaço institucional.

Com a falta de planejamento e sistematização do modelo não se permite portanto a visão da realidade como um todo. Se não são estabelecidas as prioridades de atuação, não se pode fixar objetivos e metas a serem cumpridos, muito menos estratégias a serem adotadas, ficando definitivamente inviabilizada a avaliação da eficácia e eficiência das medidas implantadas. *Portanto nesta Unidade, a gente ainda sente que tem uma certa organização, né? Mas mesmo assim ... por exemplo ... No caso específico de homeopatia né! Não existe uma preocupação, né?! Digamos assim, de um plano de saúde, uma preocupação a nível de direção mesmo de saúde de ver como está acontecendo. Porque a gente tem metas a serem cumpridas mesmo no Serviço Público. A Secretaria de Saúde tem metas bem definidas (...). Mas não tem um planejamento, na cabeça de algumas pessoas, que conseguem detectar alguns dos problemas. Elas não sabem se é prioridade do município. Não existe ... qual a prioridade do município. Eu acho que deveria ter sido questionado qual o interesse da homeopatia para a saúde do município, qual a relação custo-benefício, ou que impacto tem a homeopatia diante das outras especialidades. Eu acho até interessante se questionar isto.(...) Seria isto, também como normas de procedimento, olha ... Que é o critério de urgência, sabe?! O que eu considero critério de*

urgência (...). *Aí você vai lá, olha estou com este problema ... É doméstico mesmo viu?!*

(risos) *Doméstico, doméstico (Entrevistado 10)*

Estabelece-se assim um fluxo informal de decisões favorecedor de clientelismos, da manutenção de privilégios e da valorização de critérios pessoais em detrimento dos técnicos, já que os interesses dos múltiplos atores não estão sendo geridos no fórum adequado coletiva e explicitamente.

A análise documental revelou que o último instrumento sistematizado é o Plano Diretor de 1992, não mais tendo sido localizado qualquer outro registro referente ao assunto, sendo que em entrevistas informais com os gerentes, foi nos garantido que não mais foram elaborados outros instrumentos a partir desta data até o primeiro semestre de 1996 quando se encerrou a coleta de dados desta pesquisa.

Quanto às diretrizes organizacionais do SUS, neste tópico estarão sendo analisadas aquelas já formalizadas nos documentos oficiais relativos à sua implantação, conforme concebidas nos textos legais e especificadas na realidade do planejamento do Município do estudo, e que foram verificadas no levantamento documental anterior.

Nesta fase, foram localizados Planos Diretores de Saúde do Município, atas de reuniões do Conselho de Comunidade e da CIMS (Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde) e do COMUS (Conselho Municipal de Saúde); além de cópias de normas e de procedimentos administrativos, jurídicos e legais relativos à formalização de planejamento em saúde estaduais e federais, no período de outubro de 1979 a janeiro de 1996.

Desde a primeira referência sobre as AIS (Ações Integradas de Saúde) em 1985, os gestores e conselheiros de saúde tinham conhecimento sobre estes princípios de organização de serviço, que iriam ser propostos como base para a estruturação do sistema local com a municipalização. Esta foi definida em projeto específico e formalizada por convênio em 1986.

Eram então previstas a **universalização** através do acesso equânime; a **integração** dos recursos assistenciais e de caráter coletivo localizados no Município, independente da vinculação institucional aos vários níveis de governo e entidades filantrópicas; a **descentralização** até o nível da Unidade de Saúde; a **hierarquização** dos serviços em unidades de complexidade crescente por capacitação tecnológica dos recursos materiais e humanos; a **integralidade das ações** assistenciais de enfoque promocional, preventivo, curativo e de reabilitação, rompendo as dicotomias individual-coletivo e ambulatorial-hospitalar, buscando atender o processo saúde doença tanto nos aspectos biológicos, como psico-sociais, econômicos, políticos e culturais, e a **participação popular** enquanto controle social.

A definição da Unidade estudada, como referência especializada para assistência médica foi inicialmente registrada em janeiro de 1988, e para programas de saúde, implicando em mudança institucional, a partir de 1990, visto que a Diretoria de Saúde empossada em 1989 propunha como prioridade para organização dos serviços no Município a estratégia de programação de saúde.

Além dos princípios apontados nos documentos analisados outros foram também referidos nas entrevistas, demonstrando conhecimento por parte dos trabalhadores abordados.

Quanto à **acessibilidade, universalização, extensão de cobertura assistencial e desconcentração de atividades**, aqui colocados em conjunto pela complementariedade conceitual e de inserção na prática organizacional dos serviços, observou-se que há clara percepção por parte dos trabalhadores a respeito dos ganhos sociais que representaram as mudanças implementadas na organização dos serviços neste sentido.

A **extensão de cobertura assistencial**, segundo os entrevistados, foi efetiva, embora se possa perceber, que todos admitem isto estar longe de significar a plena garantia dos direitos constitucionais, verificam-se restrições de acesso desde a consulta médica até exames subsidiários e medicamentos, conforme se especificará nos comentários a seguir.

Para um dos entrevistado, o acesso ampliado se deu em função de reivindicações populares e independente dos partidos políticos que estiveram no poder. *Em relação a 71, até o ano de 1996, passando pelos anos 70 e 80 (...), a melhora é visível no investimento para a saúde. Mesmo que fosse outro prefeito, outro partido que não fosse o meu como o que está hoje, também teria investido no campo da saúde e há cobranças, e naturalmente a coisa vai se ganhando contornavelmente uma coisa ali e aqui.*
(Entrevistado 11)

Foi também levantado especificamente o aspecto da homogeneização de acesso dos trabalhadores, independente da vinculação do emprego, sendo que o usuário não mais se distingue pela formalização deste vínculo ou pela comprovação de sua contribuição previdenciária como anteriormente. *Eu acho que alguma coisa que se transformou foi em decorrência da estrutura da saúde, com este tal de SUDS/SUS, estas coisas mais, estas siglas todas que têm aí. Eu acredito que no caso específico de tuberculose o Sistema Único*

de Saúde, foi um ganho. Não vou discutir questões de ordem política. Não quero levar para este aspecto. Dentro do ponto de vista prático, que nós que somos os funcionários que atendemos diretamente o doente, nós que sabemos realmente do que é dificuldade, do que é ganho, do que é perda, então esta mudança no sentido da estrutura da saúde, ao ser descentralizada, passar a ser municipalizada foi um ganho. Eu acho que foi um ganho porque, o paciente de Hansen e o paciente de Tuberculose que se tratavam antes do Sistema Único de Saúde que existe hoje, ele tinha uma grande dificuldade. Se era um paciente que tinha INPS, o famoso cartãozinho amarelinho com fotografia, ele quando necessitava de determinados exames para complementação de diagnóstico ou tratamento, era uma dificuldade infernal, porque o paciente tinha que sair daqui e ir para o Adolfo Lutz regional para fazer exames. Quando se fazia todos os exames no Adolfo Lutz. (...). O Estado (no sentido de Secretaria Estadual de Saúde) sempre atendeu os pacientes na doença indistintamente. Não interessava se era ou não segurado. Agora o nosso doente de Hansen ou Tuberculose, enquanto necessitava do exame, se não era beneficiário ou segurado do INPS... (Entrevistado 13)

Foi também reconhecida a importância da **desconcentração da assistência** para a periferia de modo a facilitar o acesso geográfico dos usuários. *Isto melhorou muito a área de saúde. Ter os postos nas vilas, porque esse pessoal é muito pobre e na maioria das vezes não têm dinheiro pra condução. (...). Eu fico com dó porque eles não tem nem dinheiro, às vezes, pra voltar, só pra vir.* (Entrevistado 15)

A questão política da **universalização do acesso**, para a maioria dos entrevistados, transcende a formalidade partidária e dos cargos públicos, no sentido do desenvolvimento de uma consciência sanitária para os gestores, pela democratização não só

dos bens e serviços mas também das relações de poder institucional. *Eu acho o seguinte: o lado benéfico disto daí, é realmente você tentar proporcionar melhor oferta de saúde por um lado. Agora eu acho que precisa, inclusive partindo lá de cima, até chegar aqui em baixo. A **Municipalização da saúde é um instrumento de acesso não a Prefeiturização de saúde. Quando eu digo prefeiturização de saúde, aí que tem a figura principal do prefeito e os seus aceclas palacianos, isto não pode acontecer no sentido de proporcionar este acesso né, aos bens de saúde. Embora os bens não sejam de grande quantidade porque é tudo distorcido, mas que possa trabalhar e as pessoas saberem que nas relações de poder, elas podem se dar muito bem. Não ficar feudos! É preciso cuidar muito bem, aqui é feudo do estado e aqui é feudo do federal. Então o primo rico é o federal e o primo pobre os estados, acabar com isto, acabar com isto, tornar isto igual (...). Então eu acho que a Municipalização realmente é a grande saída sua filosofia é muito bonita, desde que estas pessoas que vão estar no comando, que vão estar manejando esta máquina, tenham consciência disto (Entrevistado 6).***

A **integração interinstitucional** foi reconhecida pelos entrevistados como necessária ao próprio desempenho da Unidade enquanto referência para a rede básica, seja para as especialidades seja para os programas. No início da implantação do novo sistema, foi valorizada pelos gestores, havendo o envolvimento de todas as instituições prestadoras de serviço, mas parece ter sido abandonada progressivamente no processo de consolidação, sendo hoje apontada como deficiente por muitos trabalhadores. *Nós tivemos inúmeras reuniões com o pessoal da Prefeitura, do Centro de Saúde, com o Departamento de Saúde então as mudanças foram sendo realizadas por consenso. Não foi aquela coisa, de cima*

para baixo, imposta. Todas estas mudanças, a gente se reuniu muitas vezes e todos tinham voz nesta reunião, ativa. Cada uma dava seu parecer, expunha suas idéias e por fim chegou a um consenso do que seria melhor para a cidade, para o posto e a população em geral (Entrevistado 5)

Para aqueles que consideram que a Unidade está integrada aos outros serviços, verifica-se o caráter de contatos diretos, sugerindo que estes se dão pontualmente, em cima de procedimentos assistenciais, e não de uma política local onde se estabeleçam estratégias de um modelo único para o Município, com especificações dos perfis de atuação institucionais visando a racionalização dos recursos. *Eu acho que sim, há boa integração porque quando a gente precisa do Pronto Socorro até mesmo um Raio X urgente, entro em contato lá eles agilizam pra mim. A santa Casa tem aquele contato em caso distante. Acho que seria mais fácil um contato médico direto. Nosso acesso ficaria um pouco mais difícil. O Pronto Socorro não, porque é da Prefeitura o acesso já é mais fácil, não é? Seria só Santa Casa, Prefeitura, os Postos para contatos comuns, um problema ou outro a gente procura sempre ajudar, agilizar... (Entrevistado 1)*

Na área de saúde mental, especialmente com o serviço de urgência, verificou-se o esforço de uma sistematização mais elaborada para atividades integradas, embora pareça ainda depender bastante do caráter pessoal de envolvimento de certos profissionais, bem como observam-se resistências, por incompreensão da proposta assistencial. *Eu acho que tem um papel importante mas a visão ainda da Saúde Mental ela não está ainda bem elaborada pra população. Eu acho que nem para as outras próprias entidades que fazem parte do Sistema. Tanto é que nem dão orientação, eles mandam bilhetinho pra me procurar, para eu orientar (...). A gente fazia essa integração, as Assistentes Sociais de*

todos as entidades, elas vinham e a gente colocava o que era aquela entidade, explicava o que cada uma fazia, dava os critérios e tudo mais, naquela época até havia uma compreensão maior. Hoje existe um pouco de confusão, então a gente pede para que não venham para cá porque sabem que aqui é um ambulatório. (...) A emergência é no Pronto Socorro, mas existe uma certa resistência também, eles têm atendido alguns casos da melhor forma possível. Nós já tivemos problemas sérios de um doente, naquele momento de agitação toda, com suporte de soro, ele bateu o braço e machucou um médico. Então durante um tempo, houve uma certa resistência; certo?! Mas agora há duas Assistentes Sociais, super competentes no Pronto Socorro, que a gente tem um ótimo atendimento, então tem ocorrido. Está facilitando! Graças a Deus tem duas profissionais lá excelentes que entendem o problema. Uma delas entende muito bem o problema da Saúde Mental então ela ajeita, eu ajeito para ela aqui e ela lá pra gente. (Entrevistado 7)

Nesta relação aparentemente tensa, os profissionais procuram o auxílio mútuo para facilitar a assistência diferenciada que o usuário necessita, numa relação de troca e apoio técnico. Ah! Por exemplo, o relacionamento desta Unidade com o Pronto Socorro Municipal, na maioria das vezes a gente tem uma facilidade muito grande de relacionamento, fornecimento imediato de um auxílio para o paciente que aqui está muito agitado, que precisaria ser medicado na hora. (...). E vice-versa também! Muitas vezes quando o Pronto Socorro Municipal tem um caso grave que já medicou lá e que precisa de um acompanhamento psiquiátrico, eles nos encaminham o paciente pra cá! A gente tenta que esta troca entre as duas unidades seja o mais eficiente possível, pra que os nossos colegas fiquem satisfeitos com o respaldo que a gente dá aos problemas que eles têm e

vice-versa certo?! Além disso! Ah! Evidentemente, sempre existem problemas.

(Entrevistado 12)

Para outros profissionais esta situação não parece satisfatória. *Eu acho que não é integrada não, porque acho que a Saúde Mental funciona, está aqui, cada um faz o seu papel, mas não tem integração. Por exemplo: o que faz falta para Saúde Mental aqui é um plantão psiquiátrico. Nós não temos e quando chega um caso grave que a gente precisa, então tem que entrar em contato com o Pronto Socorro, tem que pedir e muitas vezes eles não concedem o serviço; então não é uma coisa integrada.* (Entrevistado 17)

Em relação aos outros programas observou-se também os mesmos aspectos como no caso de assistência em Hanseníase. *Integrado não, eu recebo encaminhamento de todo lugar. (...) Eu, normalmente, quando preciso internar, entro em contato com outro colega, pra continuar uma assistência geral, clinica, tudo, entendeu?! Eu não tenho, eu não faço parte de corpo clínico de hospital nenhum, mas não me dificulta não a Santa Casa, ou (outro) Hospital. Eu sempre que fui chamado sempre que precisei internar, eu nunca tive dificuldade.* (Entrevistado 16)

Para a maioria dos profissionais não existe uma formalização de papéis institucionais dentro do sistema, e quando isto ocorre o fato não é de conhecimento dos profissionais que atuam nos vários locais de atendimento. *Bem definida eu acho que não, se todos os postos, eles sabem o que tem aqui quando é que vai encaminhar, o profissional que está aqui, eu acho que um sabe outro não; sabe como é que é Não, eu acho que não é sistematizado. Eu acredito que não.* (Entrevistado 9)

O processo de divulgação das normas de funcionamento e dos fluxos de atendimentos foi considerado como essencial ao desenvolvimento conjunto das ações de saúde. *Então, e este trabalho que estou falando dos postinhos, de nós podermos dentro do grupo de Assistentes Sociais, nos revezarmos, cada semana uma turma, e poder aproximar o pessoal. Eles podem realmente conhecer o que faz o ambulatório. O que é que este ambulatório atende. Quais são os atendimentos que são feitos aqui. É sempre encaminhando. Cada especialidade tem sua rotina, tem o seu dia de marcação, tem o dia que o médico atende. (Entrevistado 3)*

Em relação à assistência ao adolescente verificou-se uma atuação conjunta com a Secretaria da Educação, com a formação de multiplicadores para favorecer ações preventivas e promocionais. *Nós já fizemos três módulos, que eu chamo de cursos, com professorandas, alunas do último ano do magistério, pra discutirem assuntos da adolescência, já que elas vão lidar com jovens depois. (Entrevistado 6)*

Quanto à descentralização político-administrativa, observou-se que todos os entrevistados reconhecem-na como um avanço para a gestão e organização do serviço, embora se deva ressaltar que ela não chega até a Unidade conforme foi proposto no início do processo de municipalização. *Antes, eu pelo menos, que sou do INAMPS, funcionário federal da saúde, antes tinha uma saúde de cima para baixo. Tudo vinha pronto prá gente, recebíamos tudo prontinho, bonitinho. Quer dizer, lá no gabinete com carpete, ar condicionado eram resolvidas as coisas que você tinha, que fazer aqui com o povão descalço na chuva, pisando no barro! Muita coisa ficava só no papel porque não tinha condição de implantar. (Entrevistado 5)*

Este fato foi evidenciado tanto para a parte assistencial como em relação às ações programáticas, onde o verticalismo tradicional, geralmente acabava por tornar as ações, muitas vezes, pouco adequadas às necessidades e possibilidades do nível micro regional e local, conforme relato a seguir: ***Outros caminhos! Parece que a OPAS está redirecionando estes programas de adolescente, no sentido de fortalecer as pessoas, do poder local, descentralizar. Não adianta ter um coordenador brasileiro, um coordenador estadual, instalar um programa grande em São Paulo. Quando você tem as realidades locais. Parece que eles estão estimulando este trabalho de realidade local onde você tem acesso ao poder local.*** (Entrevistado 6)

O enfoque de **integralidade de ações** para a assistência individual e coletiva, somente apareceu como preocupação para apenas um dos entrevistados. Neste caso, valorizou-se tanto os indivíduos como a comunidade como objeto das atividades programáticas além da visão de enfoque promocional, preventivo e curativo considerado essencial, enquanto para o restante pareceu que as necessidades curativas foram mais valorizadas, conforme depoimento abaixo.

*Em 86, foi o primeiro Posto do INAMPS, no interior de São Paulo a atender com esta visão multiprofissional. **Olha o médico não é tudo, pera aí gente!** O médico é uma parte da coisa. Até assustou o pessoal (...). Tem mais, vamos fazer uma abordagem especial com vistas à integralidade. Pelo menos trabalhando com diversos profissionais com a abordagem de equipe multidisciplinar ou multidiprofissional digamos assim. Agora eu vejo que tem que ser na prevenção trabalhando com educação em saúde, com a educação (...). Você deve sensibilizar, treinar professores, porque eles encaminham pra*

*gente na realidade você vai se deparar com situações existenciais (...) **A questão é desmedicalizar.** (Entrevistado 6)*

Quanto à **hierarquização e falta de resolutividade primária** do sistema, todos os funcionários entrevistados percebem a Unidade como referência secundária para rede básica, e a maioria reconhece que a resolutividade do nível primário é deficiente. *Nós separamos essa unidade do Centro de Saúde, onde funcionava tudo junto. Nós separamos especialidade aqui e materno-infantil lá, e paralelo a isso só nós fizemos Pronto Atendimento. (...) como referência para os postinhos periféricos. O posto periférico como é uma unidade básica só tem as três especialidades básicas, sendo: ginecologia, pediatria e clínica médica. E aqui nós temos as demais especialidades, mas continuamos com clínica médica dentro do Pronto Atendimento que não deu certo em outro local* (Entrevistado 5).

Seja por incapacidade técnica, seja por falta de vínculo do médico com a comunidade de abrangência do posto local, ou mesmo por excesso de demanda, o que se verifica é uma proporção elevada de encaminhamentos desnecessários ao Ambulatório Especializado, descaracterizando o perfil que lhe foi proposto para assistência. **O próprio nome indica é um ambulatório de especialidades, né?! Ele é uma referência para o município.** *O município é constituído de Unidades básicas em bairros e então estas unidades fazem o atendimento de clínica geral, pronto atendimento e as outras especialidades são referenciadas pra cá. Lá no Centro de Saúde ficou assistência materno-infantil e vigilância epidemiológica, sanitária, programa de AIDS e DST.* (Entrevistado 13)

Este fato acarreta uma sobrecarga progressiva aos níveis mais complexos de atendimento e conseqüentemente uma também crescente incapacidade resolutiva. *Mas*

absurdo são os que vêm das unidades (...). Eu acho que aqui é o final, todo mundo vem aqui com esperança de encontrar com todos os especialistas! É encaminhar, o doutor está lá pra fazer **uma espécie de triagem**, e o pessoal aproveita mais ainda para mandar(...) É, eles estão mandando quase 100%! Não foi estatística é lógico! Se você fizer não vai ficar muito longe não! **Eles têm que tentar resolver alguma coisa**, às vezes mandam **desnecessário** para cardiologista, para uma intervenção que não é o caso e mandam para a Unidade de Saúde que pode continuar voltando lá! Talvez até volte, posso até estar enganado! Porque tem muita gente lá pra consultar. (Entrevistado 11)

Parece estar havendo também descredibilidade por parte da população quanto à assistência realizada nos postos primários, ao lado do desinteresse do profissional em manter os usuários vinculados àquele nível de atenção, atendendo indiscriminadamente as solicitações de encaminhamento, como se executassem apenas atendimento de triagem da queixa dos pacientes. Não adianta nós estarmos brigando hoje por causa do encaminhamento médico, porque a grande maioria dos médicos, eles atendem **o pedido da pessoa** (...) Como se fossem triadores! Então a pessoa vem aqui e **nós ficamos sobrecarregados**. Então tem que trabalhar os postinhos pra eles poderem resolver mais problemas por lá e mandar pra cá somente o que for de competência deste ambulatório. Se é cardiologia, é cardiologia de fato e não qualquer coisa. Por exemplo: neurologia, a criança tem uma dorzinha de cabeça ou então nem pediu exames nem nada. (Entrevistado 3)

Foi ainda referida a dificuldade dos trabalhadores da Unidade em referenciar seus pacientes, quando esgotadas as possibilidades de atendimento em nível da própria instituição. Então, eu acho pior **quando a gente precisa encaminhar e não tem pra onde**,

entendeu. Às vezes, é uma criança que precisa de uma escola especializada e não tem, criança que não dá pra gente atender aqui certo?! Os pais ficam – “Mas o que é que eu faço, para onde que eu vou” – então ele acha que a gente está com má vontade ... A APAE, não aceita e não tem pra onde ir então a gente fica assim, e eu não posso ficar enrolando, mentindo para os pais então, isso é horrível (Entrevistado 9).

Foram muitos os indícios da persistência da dicotomia entre programação e consulta, isto é, no modelo assistencial da Unidade, as ações programáticas estão dissociadas da clínica especializada. Bom, eles encaminham bastante gente pra nós, certo?! E quando o paciente daqui necessita de atendimento da outra área a gente vai acompanhar o paciente até o agendamento de consulta ou então até o Serviço Social. A gente mostra a necessidade do paciente passar para outra especialidade e ele é atendido. Eles pegam às vezes o prontuário do paciente aqui para dar o atendimento. (...) O fichário é separado da Saúde Mental. Nós temos o nosso, porque eu acho importante isso, porque aqui o paciente tem certas informações... . Nós precisamos ter acesso toda hora aos prontuários então, é melhor que fiquem aqui separados. (Entrevistado 7)

Em relação à integração entre a assistência programática e as especialidades na própria Unidade, a Saúde Mental parece constituir junto com a hanseníase, as piores situações, conforme atestam estes entrevistados. Saúde Mental ... eu tenho impressão que eles nem pensam, a impressão que eu tenho é que eles não estão nem pensando em Saúde Mental; é uma coisa assim ... Separada! Eu acho que sim! Dá impressão que sim embora os médicos encaminhem, o neurologista encaminhe, o outro também encaminhe, mas não é

*uma coisa assim integrada, eu acho que não. (...) (como os arquivos são separados) **Ele não vê o que a gente faz e a gente não sabe o que ele faz.** (Entrevistado 9)*

*É separado, é separado sim (...) Isso não tem problema, esse tipo de integração por não ser tão grande, **não tem problema não!** Eles fizeram um arranjo legal lá no arquivo central e quando eu atendo um paciente, encaminhado pelo dermatologista ou pela clínica, eu já mudo de número. Se eu tenho certeza que é (hanseníase), eu já passo pro meu arquivo. Se a pessoa tiver alguma intercorrência, daí eu encaminho, daí sai daqui pra lá. Não fica toda vez vindo, vindo do arquivo central pra mim, então se eu tenho uma suspeita grande, eu já passo, já número pra mim ou então faz uma outra pra mim. Deixa uma original lá no central, se a pessoa tem qualquer outra coisa e passa uma nova pra mim, **põe um número novo fica com dois cartõezinhos.** (Entrevistado 16)*

Embora os pacientes sejam atendidos tanto no programa como por outras especialidades, verificou-se o reconhecimento de que é difícil uma visão integrada e integral sobre sua problemática. *É relativa a facilidade, porque a Unidade é meio esparramada. Dentro do meu setor com Assistente Social e a Psicóloga, eu tenho mais facilidade. Por exemplo: pra eu ter a possibilidade de uma conversa direta com o neurologista é mais difícil, não houve esta facilidade. O encaminhamento é por escrito e se eu precisasse, eu teria que agendar um horário, porque os horários são diferentes de trabalho. Fica complicado se eu precisar de uma coisa imediata, muitas vezes eles não estão naquele horário. **Então fica difícil.** (Entrevistado 12)*

Este aspecto foi verificado através da observação direta, pela separação de fichários nas áreas programáticas, redundando em dois prontuários para o paciente na

Unidade. Também se constatou a distinção de funcionários específicos para atendimento junto aos programas, na maioria das vezes exclusivos para aquelas funções, bem como a não integração das atividades no contexto geral da unidade, nem como processo de trabalho nem como rotinas para o atendimento. *O INAMPS tinha um atendimento muito imediatista, chegava aqui pegava a guiazinha, não tinha nem prontuário. Aqui era feito só uma guiazinha na hora. Hoje não! (...) Não porque eu sou uma funcionária do Estado, mas nesta parte eu defendo o Estado, eu acho que o Estado tem um programa bom! (...). Você veja se você tem um programa você tem uma história do paciente, tudo que ele já teve. Quando é imediatista tem que fazer um monte de pergunta porque você não sabe o que ele tem por trás. Eu sempre achei que programa era muito bom. Então no começo o pessoal, era aquele tipo de trabalho e teve que passar a fazer ficha, colher história e teve muita gente que não aceitou... Há 10 anos que eu estou aqui e hoje que eu consigo ver a coisa um pouco mais integrada, mas ainda não é totalmente. Eles ainda não nos vêem como um trabalhador único, uma equipe única de trabalho quer dizer é bem separado ainda: Estado é Estado, Municipal é Municipal, Federal é Federal. Hoje persiste ainda mas isto pra mim, tem que lutar porque o importante é o fruto do seu trabalho! (Entrevistado 3)*

Foi também percebido por um dos entrevistados, que não houve a necessária fusão das duas culturas institucionais, talvez por falta de se efetivar uma troca de experiência entre os trabalhadores. É interessante desenvolver um trabalho (...). Num ambulatório tão grande com tanta especialidades, seria interessante ter alguns programas. Os mais antigos deveriam dar uma força maior com relação a isso. Tem uma experiência maior com mais bagagem para poder se organizar e fazer alguma coisa, mas acho que há falta de interesse também. (Entrevistado 1)

A falta de reuniões regulares onde os trabalhadores pudessem trocar suas experiências associadas aos aspectos anteriores acabou por perpetuar a separação de duas culturas distintas, tanto pelo objeto, como pelo processo de trabalho, além de diferentes lógicas de sustentação, com hipervalorização até do modelo de consulta e seu caráter emergencial, enquanto rápida resposta às necessidades sentidas. *O principal carro chefe de toda assistência médica é a consulta, que falta em todo local que você for. No Pronto Socorro daqui, e em outras cidades, qualquer Pronto Socorro é a mesma coisa.* (Entrevistado 11)

Observe-se neste depoimento que já houve ocasião em que esta separação era mais evidente. *Quando comecei a trabalhar inclusive a área física, a estrutura física que existia na Unidade Sanitária era em separado o atendimento. Era uma área separada onde era feito o atendimento de Hansen. Isto aí, penso eu, provavelmente colaborasse para manutenção do estigma em relação ao Hansen, ao tratamento de Hansen. Hoje já não há mais isso. Tanto que no ambulatório de especialidades todos os pacientes ficam no mesmo local e no mesmo corredor, ao mesmo tempo, para entrar numa sala de atendimento* (Entrevistado 13)

Não basta que a clientela se integre na área física da Unidade, ou que tenha acesso aos outros especialistas se a apreensão das suas necessidades e as formas de abordá-las são diferentes. Isto compromete a integralidade das ações no cotidiano da instituição já que não generaliza o enfoque multidisciplinar, não efetiva a atenção continuada, não regulariza a abordagem educativa, não garante uma normatização mínima para procedimentos e condutas e especialmente, não se procura relacionar esta assistência individual ao contexto mais amplo grupal ou coletivo das necessidades de saúde, nem

possibilita um conhecimento mais aprofundado da realidade do paciente. *É mais dificultoso como nós temos apenas um veículo, hoje(...). É a prefeitura que nos fornece hoje condução, mas pra todas as atividades do Centro de Saúde... (...). Eu, no começo, tinha uma atividade externa muito grande, o que fazia com que você se integrasse muito ao doente e o paciente à estrutura que a gente tinha (...). A gente passava a conhecer melhor todos. (...). Quando vem o paciente, ele vem e o comunicante vem uma vez por ano. (...) E quando você tinha além deste trabalho interno também o externo, mais assiduamente você conhecia melhor as famílias. Havia uma integração muito maior e resultava num atendimento melhor, numa aceitação melhor. (Entrevistado 13)*

Em relação à homeopatia e fitoterapia, embora se verifique uma integração maior com as rotinas da Unidade, a base tecnológica e filosófica tão distinta e particular acaba por individualizar também estas práticas. *Da homeopatia eu dependo sim. Eu não uso prontuário próprio. É o prontuário da Unidade. Eu faço uma folha à parte dentro do prontuário. Às vezes os pacientes, por mais que a gente queira tratar com homeopatia, eles acabam precisando de avaliações e acompanhamento de outra especialidade e eu deixo esta folha no prontuário. Apesar de toda a discussão de que tem dados extremamente pessoais, a gente tem que confiar que há uma ética no serviço. (Entrevistado 10)*

Na verdade, a homeopatia e a fitoterapia estão inseridas no contexto institucional da Unidade sem compor um modelo único de assistência com as outras especialidades clínicas, mas como uma atividade à parte, que obedece a projetos específicos, estabelecendo um conflito de paradigmas com a alopatia. *Os fitoterápicos estão sob questionamento de um modo geral, depois de uma portaria da Vigilância Sanitária de São Paulo, de São Paulo não, do Ministério da Saúde, de janeiro do ano passado, que os*

fitoterápicos teriam que entrar na norma dos outros medicamentos, com ensaio clínico, com estudos. E não tem, né?! Alguns têm (...). No caso, tem uma base empírica né?! Mas só que com muitas deformações, tem que ter muito cuidado tem que estar sempre ... a gente está no meio de brigas. Tem um lado empírico extremamente importante, mas a gente não pode esquecer, o lado científico porque a gente está numa estrutura que também exige isto! (Entrevistado 10).

As racionalidades distintas que dão sustentação aos dois grupos de ações assistenciais são conflitivas entre si, e por ser a alopatia a modalidade hegemônica, verifica-se a intencionalidade de submeter as outras à sua lógica, no sentido da validação e legitimidade institucional.

Porém, conforme demonstrou LUZ (1988), a razão médica estabelecida na modernidade obedece a critérios de cientificidade constitutivos de um paradigma distinto daquele que norteia o embasamento técnico e filosófico da medicina alternativa e/ou tradicional, exigindo portanto mecanismos também diferentes para estabelecer sua validade e legitimidade.

A atenção a grupos especiais em função de patologia ou de riscos específicos, constituindo algum tipo de atendimento diferenciado foi confundida com atividade programática, sendo que sequer existe Programa de Hipertensão Arterial na Unidade. Este fato não é suficiente para caracterizar o modelo de programação, uma vez que não altera a racionalidade assistencial do enfoque clínico individual. *Eu andei pensando muito nisto e propus que a gente separasse um dia, ou abrisse alguns horários para caso de coronariopatia. Então, eu tenho durante a semana, um dia onde eu só atendo*

coronariopatia. Estes pacientes da quarta-feira especificamente, os de coronariopatia, eles são selecionados por mim e eles passaram comigo e eu percebi que tinham um problema. Eles são encaminhados para o atendimento neste dia e tem uma facilidade maior de agendamento, porque este dia está reservado pra eles. Então neste dia, eu não atendo nenhuma outra patologia. (Entrevistado 14)

Em relação à **questão do pronto atendimento** é mais um aspecto que também se relaciona com a interferência do projeto neoliberal no serviço público, especialmente no tocante à organização do processo de trabalho e à forma de produção das ações de saúde.

Desenvolvido como uma alternativa para articulação da clínica com a saúde pública, visava garantir assistência médica por procedimentos eventuais não abrangidos pelas ações programáticas, de modo que seu enfoque é de caráter individual, enquanto que aquelas procuram responder às necessidades coletivamente determinadas.

Na verdade, este objetivo não foi atendido e o pronto atendimento resultou em uma assistência clínica de qualidade questionável, porque se constitui em simples atendimento de triagem para os especialistas, como uma atividade meio, ou em procedimento-fim de atenção simplificada, cuja continuidade torna-se praticamente impossível.

O termo **pronto** passa a ter, neste caso, o sentido de breve, rápido, superficial, despersonalizado, não podendo atender às necessidades motivadas pela dor e pelo sofrimento dos indivíduos, percepção cotidiana da doença que caracteriza as

representações sociais do usuário, definindo um certo tipo de papel social de cliente de serviço de saúde.

Por outro lado, o Pronto Atendimento não consegue dar conta de responder às prioridades estabelecidas pelos critérios da saúde coletiva, onde a assistência clínica é apenas um momento de um espectro de intervenções nas variadas instâncias da realidade social.

O Pronto Atendimento (é para) aqueles pacientes que não têm ficha aqui, não têm o cartãozinho e fica difícil marcar um especialista. Funcionaria como uma triagem!. Às vezes até é resolvido o problema dele neste pronto atendimento. É muitas vezes não. É mais um atendimento de clínico geral. Mas você tem alguns especialistas nossos fazendo também este pronto atendimento. Você chega aqui de manhã e tem muita gente para ser atendida (...). Eu acho que aqui deveria ser o pessoal fazendo só a especialidades deles. Mas a demanda é muito grande e os postos não dão vagas.

(Entrevistado 2)

Enquanto assistência individual a partir do evento doença já instalado, sua lógica de sustentação é a clínica. Porém o que sucede é que não se obedece ao seu instrumental tecnológico, pois na maioria das vezes, neste tipo de atendimento sequer se estabelece uma hipótese diagnóstica e quando é prescrito algum tratamento, geralmente seu caráter é puramente sintomático, circunstanciado em sumária anamnese e superficial exame físico.

Desta forma, o que se tem na maioria das vezes, é simplesmente um atendimento massificado sobre a demanda reprimida na rotina organizacional dos serviços de

saúde, não se tendo conseguido até o momento um redirecionamento criativo que possibilitasse integrar a clínica nos serviços públicos de saúde.

A consulta individual não é privilégio exclusivo da atenção médica, mas uma influência geral para as profissões que ainda apresentam um caráter liberal como dentistas, psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, etc. Referindo-se ao atendimento preferencialmente individualizado, este entrevistado coloca como costuma trabalhar. *No momento que eu acho que é necessário entrar com uma intervenção psíquica com um cliente. Eu atendo um cliente por hora, fazendo como uma terapia mesmo, e os clientes tem no máximo um espaço de quinze em quinze dias ou então eu atendo semanal quem está no início ou quem está precisando mais está vindo mesmo é semanal (Entrevistado 17). Observe-se que não há a valorização das ações de caráter mais grupal e coletivo o que seria desejável, havendo espaço para as duas formas de abordagem das necessidades que são detectadas pelo serviço. O que se está salientando é a priorização da atenção individualizada quase com exclusividade com poucas iniciativas para superar este modelo.*

A invasão da ideologia neoliberal, direciona a **reprodução de modelos estabelecidos para a atenção do consultório privado na assistência pública**, até porque muitas vezes, durante sua formação acadêmica, o trabalhador não é treinado para uma abordagem diferenciada deste padrão. Ao mesmo tempo os serviços também não se constituem em modelo alternativo onde depois de inserido, o profissional pudesse recriar a tecnologia e a organização do seu trabalho.

A crítica ao modelo tecnológico e o questionamento da sua redução “ao conjunto de meios materiais de trabalho” (GONÇALVES. 1994) somente foi colocada em

uma das entrevistas, como consumo de tecnologia muito elevado, mas julgou-se relevante para a análise, pelo fato de ser um tema em discussão atualmente, em todos os Sistemas de Saúde do mundo, em razão das implicações para os custos dos serviços, sem o correspondente benefício direto para a eficácia qualitativa das ações. Também foi lembrada a relação deste aspecto com a formação universitária e a especialização do médico, modificando o processo de trabalho. *Mas, às vezes, o pessoal vem justamente consultar aqui para ver se faz um exame. Ele quer fazer um exame. Eles vêm no órgão de divulgação (...) se eles acham que estão sentindo alguma coisinha eles estão no direito de consultar e fazer esses exames todos, só uma consulta simples eles não gostam muito não! (...) Hoje, os colegas novos são bem beneficiados, porque hoje eles pedem ultrassom à vontade. Eles não fazem mais exames abdominais, não fazem uma propedêutica mais hoje, só tomografia, ultrassom. (...) Dependência direta da tecnologia hoje, ninguém está se formando para uma coisa geral, a tecnologia hoje está ganhando de ponta. (...). Hoje a residência (...) e o ensino médico, todo mundo já vem falando, os professores maiores, falam isso, mas alguém tem que tomar providência. (Entrevistado 11)*

A visão que predominou em relação ao trabalho comunitário e educação em saúde, está longe de ser a de criação de sujeitos autônomos em direção ao desenvolvimento de sua cidadania. Pelo contrário, parece favorecer a abordagem assistencialista, o caráter orientador e normatizador e uma relação vertical de autoridade e poder dos técnicos com a população. *Então além de eu fazer um curativo eu converso, eu falo, eu falo pouco, mas com o paciente eu falo o tempo todo tá?! Tem que fazer repouso, tem que descansar, como passou seu final de semana? A gente vive falando, 20% é nossa*

parte, 80% é de vocês! É repouso, cuidado com alimentação!(...) Tem que ficar sempre orientando, falando as coisas senão ele desiste. (Entrevistado 8)

Estas representações já haviam sido demonstradas por ALBUQUERQUE & RIBEIRO (1979) determinando e sendo determinadas por uma prática que pressupõe o usuário como passível de ser conduzido para outro estágio de desenvolvimento civilizatório pelo saber técnico-científico disciplinador. *Nessa ocasião em Campos do Jordão a gente desenvolvia um trabalho muito bonito de nutrição nos bairros da cidade. Então nós iam para os bairros e fazíamos uma avaliação do bairro por bairro, das escolas, das crianças vacinadas, que vacina estava faltando, o programa que mais afetava aquele bairro. Por exemplo: vamos supor, se as crianças tinham muitas diarreia, crianças muito cheias de piolho, muitos problemas de câncer. Estas coisas todas. Então a gente marcava um dia por semana, a gente levava um trailer com ginecologista, pediatra, clínico geral e visitadora. Às vezes, dava até pra levar a Assistente Social da cidade, da prefeitura e a gente desenvolvia este trabalho o dia todo. Lá era feito atendimento médico fornecido o medicamento, feito vacinação, palestras. Com isto muita coisa melhorou nos bairros. Nós levamos com isto uns três ou quatro anos. Todo ano a gente repetia aquilo. E foi muito bom este trabalho* (Entrevistado 3).

A despeito de identificarem muitas deficiências materiais, organizacionais e funcionais para a Unidade, os trabalhadores paradoxalmente tendem a considerar sua instituição como favorecidamente situada no contexto municipal e regional, vendo a unidade como serviço privilegiado quantitativo e qualitativamente. *Uma coisa que eu quero deixar bem claro sobre este ambulatório aqui! Na nossa região eu acho que (este*

município) **tem um serviço de especialidades muito bom, privilegiado.** *Eu tenho contato com outros municípios e eles não têm a quantidade e a qualidade que nós temos. Eu acho que nós temos um quadro de especialidades muito bom. Nós temos 4 oftalmologistas, otorrino, 4 psicólogos, cardiologistas, ortopedistas, nefrologista, P.A.(Pronto Atendimento). Nós somos privilegiados! (Entrevistado 3)*

Estas concepções tanto podem ser atribuídas ao fato dos entrevistados obedecerem a necessidade subjetiva de valorizarem-se enquanto profissionais, quanto corresponder a uma evidência indireta do sucateamento crônico dos outros serviços loco-regionais, que se encontram em condições de funcionamento mais precárias. De modo geral, a assistência especializada é mais priorizada, para ela direcionando-se proporção considerável dos limitados recursos, em detrimento da rede básica.

Com respeito à auto-valorização, é possível que os trabalhadores desejassem demonstrar que, no que concerne à sua competência e responsabilidade, a capacidade institucional está sendo otimizada, devendo-se atribuir as deficiências apontadas, a determinantes externos que extrapolam a influência dos mesmos.

Então, quando interrogado pela autora/entrevistadora se este trabalhador em saúde seria melhor do que aparentava ser, levando uma fama que não corresponderia à realidade, este gestor se coloca: *É real. De maneira geral, nós pagamos por poucos, é patente! A grande maioria da massa, – eu volto a falar pra você – quanto menor a cidade, mais individualizado o atendimento (...). **Pelo menos o meu trabalhador aqui, está trabalhando muito, por um salário aviltante, certo?!** Vendo de maneira global, no meu posto aqui, **eu acho que há uma dedicação muito grande (...).** Lógico! Você pega uma fila de trezentas pessoas quando chega nos cinquenta finais pode ter algum problema. Mas*

acho que o meu pessoal está bem. No atendimento com o público, no seu trabalho, são educados, cordatos, calmos não faltam. Eu falei pra você, a gente procura fazer esta harmonia aqui dentro. Eu tenho resultado com isto. Isto eu não posso me queixar Eu acho que inclusive que são injustiçados. Falta estímulo, motivação, salário e mais treinamento (Entrevistado 4).

Outro fator que pareceu influenciar diretamente o papel dos trabalhadores de saúde determinando e sendo também determinado pelo modelo assistencial, e que apareceu espontaneamente nas representações analisadas foi o **conflito entre o domínio público e o privado.**

Provavelmente, a indefinição de uma política estatal, como estratégia para o SUS neste aspecto, ao lado da garantia constitucional de complementariedade do setor privado na área da saúde, sem a correspondente regulamentação legal e atendendo aos interesses de um projeto neo-liberal hegemônico em nível macro-estrutural, determinam contradições institucionais que acabam repercutindo também no âmbito das Unidades.

Deste modo, este conflito de interesses delimita não só a clientela de abrangência do serviço, como também as atividades desenvolvidas e a forma de organizá-las. Este fato também acaba por influenciar o compromisso profissional dos trabalhadores em saúde, definindo-o de acordo com seus próprios interesses particulares ou em caráter mais social em consonância aos da comunidade usuária.

Um dos entrevistados alegou que é frequentemente questionado pelos seus colegas médicos por não desenvolver ações também em consultório particular, uma vez que é o único especialista na cidade, o que provavelmente lhe garantiria uma clientela definida e

permanente. Porém, ele afirma que sua postura tem sido a de defender exatamente o contrário. *O trabalho na área de adolescente é a nível popular! (...). Público e coletivo, aqui! Quem quiser vir ao ambulatório, tudo bem! (...) A visão do trabalho como um todo, é trabalho preventivo é via família, e em enfoque familiar que agora a OPAS está enxergando isto. Tem que ser por aí. (Entrevistado 6)*

Isto é particularmente mais evidente em relação aos médicos, provavelmente porque estes, tradicionalmente, são os que mais se encontram inseridos no mercado, ora como prestadores diretos ora como trabalhadores em instituições privadas. *A pequena cirurgia é muito difícil. Tem uma porção de médicos que fazem no consultório, tudo particular. Então para estes pacientes carentes, eles não conseguem fazer. Ele é jogado de um lado para o outro e não consegue resolver o problema dele. Porque se ele vai para o Hospital, ele tem que pagar, se ele vai pelo consultório particular ele tem que pagar e ele não tem dinheiro para isto. E aqui não! (Entrevistado 2).* Este entrevistado acredita que a resistência dos médicos em participar mais ativamente do projeto na Unidade, tem relação com o fato do ambulatório concorrer com o consultório particular.

Para alguns profissionais, a atividade prestada ao SUS, não compete com as de caráter privado, pelo contrário, possibilita responder às necessidades de uma parcela da população que não tem acesso ao consultório, cuja viabilidade de atendimento no setor público passa a ser motivo de prestígio profissional, no sentido de conceção e de filantropia. *Aqui no ambulatório ... bom! Pra ser bem sincero o que me dá mais satisfação aqui é atender os pacientes aqui e depois chegar na rua, encontrar um ou outro e de certo modo, não deixar de ser uma válvula de escape social, onde você pode drenar a requisição que um médico tem numa cidade do interior. Quer dizer é o porteiro do condomínio, é a mãe*

da faxineira, este pessoal todo que vem te pedir pra atender que está precisando, e você não tem pra onde drenar aquele grupo. (Entrevistado 14).

CAMPOS (1992d), discutindo o redirecionamento da Reforma Sanitária no Brasil, aborda a questão dos atores institucionais envolvidos no embate político e ideológico de defesa do projeto neoliberal de prestação de serviços. Neste enfoque, apresenta os médicos como sujeitos privilegiados do processo que buscam conciliar seus interesses empresariais com a manutenção de alguns direitos sociais previstos no SUS. Como estes médicos defendem a proposta de colocar o setor privado como prioridade para a organização da assistência, para eles, resta ao poder público responder às necessidades de parcelas populacionais marginalizadas enquanto consumidores potenciais da produção privada, além de assumir ações de alto custo para o sistema.

Para concluir esta temática, podemos resumir que não se verificou um modelo assistencial único para a Unidade estudada, tanto nas representações dos trabalhadores entrevistados, como na observação informal e na análise documental. Coexistem duas culturas institucionais distintas que são a esfera assistencial e o pronto atendimento por um lado, e, atenção programática por outro, mas em ambos os enfoques estratégicos permanece o caráter de apreensão prioritariamente das necessidades individuais.

Em relação aos princípios organizacionais do SUS, verificou-se conhecimento claro de seus significados pelos entrevistados, porém ficou patente que sua efetivação não logrou até o momento transcender os limites conjunturais em direção à reforma estrutural do modelo assistencial estudado. Permanecem as grandes contradições dos conflitos de interesses públicos e privados com as conseqüentes implicações para a

organização dos serviços, desde o diagnóstico das necessidades até a definição das práticas em resposta a elas.

6.2.4 - Mudanças na Organização dos Serviços, no Processo de Trabalho e na Constituição das Equipes de Saúde.

São muitas as mudanças apontadas pelos entrevistados que influenciaram, direta ou indiretamente seu trabalho, neste período de implantação do SUS, seja pelo seu aspecto facilitador, seja pelo aspecto repressor em relação ao desenvolvimento do papel profissional, da consciência sanitária, do compromisso ético social e portanto de sua cidadania como trabalhador sujeito da transformação de sua própria realidade.

Esta observação reafirma o caráter dinâmico do modelo assistencial, em constante recriação, bem como da construção dos sujeitos sociais, onde a instância grupal reflete e é refletida no movimento dos indivíduos e na conformação cambiante das relações interpessoais.

Em linguagem sociopsicodramática, a matriz de identidade do papel de trabalhador em saúde, apesar da especificidade e da particularidade deste contexto social, apresenta uma diferenciação que se redefine continuamente, reconstruindo a conserva cultural, de modo a propiciar a liberação de espontaneidade e criatividade. Sem o direcionamento do fluxo de espontaneidade e criatividade o *status nascendi* do papel profissional é anárquico, resultando em contradições internas comprometedoras do seu desenvolvimento.

Para a análise institucional, nas situações de mudanças, o vetor instituinte está preponderando e buscando redirecionar o instituído em oposição ao movimento conservador

de definição da instituição em estudo. Porém, o que também se verificou foi que na ausência de uma ação específica no sentido de catalizar estas mudanças como oportunidades de reestruturação institucional, seu poder instituinte é desperdiçado e muitas vezes acaba por reafirmar contraditoriamente os aspectos conservadores, especialmente fatores alienantes em detrimento da realização da cidadania.

As mudanças discutidas a seguir têm o potencial estimulante do desafio, que se não for aceito e incorporado como elemento estruturante da realidade institucional se perderá, cooptado pelo movimento conservador, privilegiando a rigidez em detrimento da flexibilização e da permeabilidade do espaço institucional, subordinando os sujeitos e abortando a revolução criadora.

Nestas condições, os atores institucionais percebem as mudanças especialmente como perdas, contribuindo para a frustração e a impotência desmotivadora de sua busca da cidadania, mesmo quando reconhecem os ganhos que possam representar para os usuários.

A demissão de funcionários ou redução de pessoal especializado foi um aspecto diretamente relacionado ao trabalho coletivo na Unidade, que foi melhor aprofundado em categoria específica de análise, mas que será aqui abordado em função de ser revelador de contradições frequentemente verificadas nos serviços públicos.

Na área de Saúde Mental, onde ocorrera demissão de dois profissionais em época recente à pesquisa, esta questão foi mais evidente. *É, no início assim quando eu entrei aqui a Saúde Mental era melhor porque tinha o (Psiquiatra W), tinha a (R) que era psicóloga também do programa aqui e que era chefe da psicologia. Então as coisas*

rolavam melhor, fazendo sempre reuniões. No início, eu ia lá pra gente fazer supervisão com a (R), depois saiu a (R) saiu o (W); quer dizer o negócio continua andando. Eu acho principalmente, que é importante a gente ter tido um início com eles para depois podermos continuar caminhando, eu fiz isso com a (D), eu vejo que cada um faz a sua parte aqui, mas é individual . (Entrevistado 17).

Então, cresceu muito da época que eu entrei até agora, no momento atual. O (W) veio a sair. Ele era um apoio muito grande pra gente, a gente tinha uma outra estrutura de equipe. Fazíamos reuniões semanais com ele. Ele tinha uma linha de psicodrama muito interessante na qual me interessei. Inclusive eu participava com ele como auxiliar. Eu tinha uma abertura muito grande no princípio do meu trabalho. (Entrevistado 7)

No momento em que supostamente deveriam se ampliar os espaços institucionais para os trabalhadores de saúde, em decorrência da implantação do SUS e da municipalização, seja pelo aprimoramento do diagnóstico das necessidades com a aproximação do planejamento da realidade local, seja pelo reflexo sobre a demanda devido ao efeito das pressões sociais, verifica-se uma diminuição dos mesmos. Eu acho que dificultou um pouco, contribuiu pra isso sim. Na minha opinião contribuiu, porque antes disso a gente tinha um pessoal, não um pessoal mais qualificado mas uma quantidade de pessoal maior, para essas áreas específicas de tuberculose e hanseníase e acabou limitando os recursos humanos pra áreas programáticas. (Entrevistado 16)

Este fato geralmente reflete a falta de prioridade para uma adequada estratégia de política de recursos humanos na gestão da reestruturação organizacional, favorecendo a rotatividade em função dos baixos salários ou realocando funções e atividades

sem contemplar os necessários investimentos em profissionais, como treinamentos e reciclagens, Geralmente o que ocorre é mesmo a simples transferência daqueles trabalhadores correspondentes a estas funções em outras unidades. *Aí a partir do mês de dezembro, final de dezembro, eu assumi também o trabalho com adultos. O médico deixou o serviço por conveniência, porque ele tinha que fazer curso em São Paulo de aperfeiçoamento, ai me pediram para eu cobrir o horário dele e fazer também psiquiatria de adulto que eu já faço há muitos anos. (Entrevistado 12)*

Não havendo esta preocupação política, os trabalhadores apreendem esta realidade como evidência de desqualificação da sua importância no contexto institucional. *Por exemplo, uma coisa que a gente estava conversando não sei se entraria aí. O (W) que trabalhou aqui, ele era uma pessoa que tinha vontade de fazer a Saúde Mental crescer. Ele fazia reuniões de equipe, entendeu?! E ele foi embora, entendeu?! E ninguém deu uma força prá ele ficar, ele não foi valorizado, tanto fazia ele atender correndo aqui e ir embora, entendeu?! Como ele estava querendo diminuir o número de internação, porque a Saúde Mental estava trabalhando bem, todo psiquiatra atende, não é? Não! Está pronta a demissão então, assina o papel e vai ... (Entrevistado 9)*

Observou-se, por outro lado, que a situação de se desenvolver novas propostas de trabalho com novas atribuições e/ou funções por atividades implantadas, se constitui muitas vezes em momento de resgate do próprio valor, da auto-estima como profissional, porque mobiliza o potencial criador do papel, exige espontaneidade para dar novas respostas perante os novos desafios.

Estas oportunidades geralmente requerem envolvimento da equipe em um esforço coletivo de reestruturação organizacional, bem como a absorção de novos conhecimentos e capacitação para novas tecnologias. Deste modo, rompe com o ritual mecânico e o caráter parcelado do cotidiano institucional, favorecendo a transformação da consciência sobre a prática profissional. *Bom, eu faço curativo, como eles chamam de curativos especializados (...). Agora a gente está fazendo com a fitoterapeuta que você já conhece, ela está fazendo também um trabalho com plantas medicinais, começou faz um tempinho (...). É uma coisa nova, eu gosto de coisa nova! Coisa nova é com o meu trabalho (...). É eu gosto e motiva não é?! A gente fica super feliz em conhecer uma coisa nova! (Entrevistado 8)*

Se foi uma iniciativa do próprio trabalhador aceita pelos gestores, isto pode representar-lhe um destaque no âmbito institucional, posição diferenciada perante o grupo, o que aumenta a auto valorização. Se, por outro lado, o trabalhador apenas participa da proposta de outro colega, mas pode opinar e interferir no projeto, o seu envolvimento também será grande correspondendo a um compromisso também elevado e a uma consciência política maior do seu papel institucional.

Parece porém, que se não houver uma forma de incorporar o projeto no todo institucional da Unidade, ele continua particularizado e individualizado, como se fosse algo que se distingue da organização geral, à parte dos outros processos de trabalho. A tendência é de que na tensão entre o instituinte e o instituído, acabe por prevalecer a direção conservadora, e o projeto não seja capaz de difundir a nova ordem que enseja para outros campos institucionais.

A percepção dos servidores federais a respeito do processo de municipalização, para a maioria dos entrevistados, foi expressada como **invasão de espaço físico e divisão de recursos materiais e perda de controle**. Com a integração de outros trabalhadores estaduais e municipais, com a reorganização dos recursos materiais e a absorção de novos tipos de assistência como os programas, a vivência foi de um modo geral, de perda do poder institucional.

No começo foi como o Diretor falou, nós sofremos muito com isso, a mudança foi muito grande então não foi justa. Pra começar, você entrou aqui na sala, na semana que começou a mudança, a gente viu tudo com que a gente trabalhava e achava que era nosso, a gente viu tudo saindo, (...) então acabou tudo e a gente viu que não era mais nada nosso! Estavam levando tudo, não só as máscaras, um punhado de coisas. E o pior é que tinha um livro que tinha tudo marcado, perdeu o livro também, então essas coisas sumiram quase todas, sei lá prá onde que foi, sabe?! (...). Então ficou uma situação muito ruim! Outra coisa que aconteceu é que foram abrir mais consultórios, a sala de curativos que a gente atendia era a primeira sala bem arejada, grande sabe?! De repente, a gente foi sendo empurrado tudo aqui pró canto, só o que sobrou mesmo prá enfermagem foi esse cantinho, não é?! (Entrevistado 8)

Este fato foi mais evidenciado no início, em relação a ter que compartilhar o espaço físico e instrumentos de trabalho, sendo pouco percebidas alterações do processo ou de sua organização. Ficou evidente que a situação se caracterizou para estes sujeitos como traumática, porque sentiram-se **desconsiderados, invadidos e despojados arbitrariamente das condições de trabalho**.

Então quando começou este negócio de municipalização eles repartiram tudo que a gente tinha, aquela sala abarrotada de material que realmente não usava e não iria usar, material permanente e de consumo. Então começou, vamos repartir, tá certo! Na época eu controlava tudo aqui dentro: material permanente e de consumo. Uma coisa que eu comecei a fazer, porque quando eu cheguei aqui não havia controle (...). Eu fiquei muito chateada ... Não que eu quisesse que dissesse:- “Nossa! Que trabalho lindo maravilhoso!” - porque não era. Era o trabalho de alguém que não tinha nem experiência. mas era um trabalho que eu já tinha começado e que já tinha anos.

(Entrevistado 2)

Interessante porém observar, que durante todo o processo foram realizadas reuniões administrativas entre gestores e trabalhadores, testemunhadas pela maioria dos entrevistados e confirmadas pela análise documental, sendo que esta estratégia não foi capaz de dar conta destes conflitos.

A hipótese para explicar tal situação é de que estas reuniões, pelo seu caráter mais burocrático e organizacional, deixaram de considerar os aspectos relacionais, humanos, intersubjetivos e políticos, tendo sido negados os conflitos de interesses e de disputa de poder.

Foi muito apontado também nas entrevistas que com a municipalização, houve **diminuição da quantidade do material e piora de outras condições de trabalho**, quando a reposição de recursos foi inicialmente descontínua e os poucos insumos que chegavam à Unidade tinham sua qualidade comprometida. *Além disso, teve o problema de material O que caiu primeiro foi a qualidade. Nossa! As ataduras eram ótimas só pra*

gente trabalhar, trabalhava com ataduras antes da melhor e depois ficou ruim mesmo!

(Entrevistado 8)

De uma situação de abundância e até de desperdício, quando a gestão era federal, passou-se a uma situação de carência por um enfoque racionalizador que provavelmente desconsiderou também aspectos técnicos fundamentais, ou não teve a agilidade necessária e esperada de uma gestão descentralizada, ou ainda não contou com mecanismos adequados de financiamento.

O repasse de funções e atribuições aos municípios pode não ter sido acompanhado da correspondente transferência de recursos materiais, tendo sido indiretamente evidenciado nesta pesquisa pela análise documental, que revelou extrema preocupação por parte dos gestores com o financiamento do sistema local. *O Centro de Saúde, de uns tempos pra cá passou a ter mais dificuldade na utilização de veículo para visita. Não sei se foi o Município que cresceu, ou se outros assuntos também passaram a ser priorizados pela saúde. E o que acontece com isto? Não é mais Tuberculose e Hansen, você tem problema de Saúde Pública como Vigilância Sanitária que precisa do veículo, a administração precisa do veículo .* **(Entrevistado 13).**

A maioria dos documentos encontrados relacionava-se a custos, orçamentos, prestação de contas, normas e regulamentações legais a respeito do repasse de verbas, revelando a falta de familiaridade dos gestores locais com estes dispositivos, pois eram arquivados destacadamente e a maioria deles continham observações neste sentido.

Não é propósito deste estudo verificar estas hipóteses, que só foram levantadas em caráter complementar. O que interessa ressaltar, é que estes fatos

contribuíram ainda mais para as representações de perdas dos servidores em relação à auto-estima e seu próprio valor institucional, bem como direcionaram as expectativas de descrédito sobre a municipalização. *Então eu passei a desacreditar que um dia isto viria a funcionar. Isto faz tempo já! No início foi AIS. depois foi mudando, mudando muito coisa e nada acontecia. Então o que eu via, era que no tempo do INAMPS tinha fatura de material. Então era realmente um exagero e quando não tinham material para mandar, eles mandavam verbas. A gente fazia tomada de preços e comprava então tinha uma fatura exagerada. (Entrevistado 2)*

Como já foi apresentado anteriormente, a percepção sobre a mudança do processo e organização do trabalho e do modelo assistencial, foi pouco mencionada nas entrevistas, de um modo geral.

Porém, os servidores estaduais que vinham de uma cultura institucional de programação em saúde, onde o enfoque assistencial era acrescido de atividades de caráter mais generalista, de ações de vigilância epidemiológica junto à comunidade, entre outras, viram diluir-se a especificidade do seu processo de trabalho, subordinado a uma nova racionalidade de atenção à demanda. *Há anos atrás eu trabalhava mais externo (visita domiciliar) que interno (...). Eu acredito que de uns 7 a 8 anos pra cá, não por ter ocorrido uma distinção entre trabalho interno e externo, mas por ter havido uma mudança de local de atendimento. Então eram atendidos os subprogramas de Hansen e Tuberculose no Centro de Saúde (deste Município). Com essa descentralização que houve da saúde, o município passou a tomar conta. Aqui existe um ambulatório de especialidades e foram alocadas nele as atividades de Hansen e Tuberculose (Entrevistado 13).*

Em relação à Saúde Mental acabou por ocorrer uma especialização dos profissionais, pela divisão social do trabalho. *Quando começou Saúde Mental que veio o (Psiquiatra W) pra cá, era ele, uma assistente social e eu, então a gente trabalhava na Saúde Mental, atendia adulto, criança, adolescente, atendia tudo. Ai depois que foi ... ai entrou outro psicólogo, outro psiquiatra e ai a gente foi separando! Eu comecei atender só adolescentes e crianças; e os outros atendendo adultos. Tinha psiquiatra para atender crianças, tinha um médico para atender adolescente. No começo não, no começo era só nós três, então a gente atendia todo mundo (Entrevistado 9).*

Se demanda é a expressão de um determinado modo de apreender necessidades por serviços de saúde, as necessidades passam a ser diferentes e o objeto de trabalho modificado, o que necessariamente implica em alguma alteração do processo de intervenção sobre a realidade. *Eu acho que pelo fato de ter aumentado a quantidade de clínica num determinado local, porque lá praticamente no Centro de Saúde era pediatria e ginecologia não é?! Praticamente isso, clínica geral e pediatria. E a gente tinha uma área separada de tuberculose e hanseníase. Uma por estigma e outra porque era uma área de dedicação maior do estado para isso (...). A prioridade passou a ser assistencial.(...) É, ficou sendo uma super especialidade não é?! (Entrevistado 16)*

Em relação aos interesses particulares dos trabalhadores, além dos aspectos já abordados e pertinentes quanto ao papel profissional, registraram-se também, nas entrevistas, **perdas relativas a benefícios e às condições mais favoráveis de trabalho.** *Tem duas questões, tem que ser observado por dois prismas penso eu. Eu como funcionário, especificamente, quando necessitei de algo foi um desastre. Acabou o*

IAMSPE eu me tornei, não um igual a todos, porque eu não era diferenciado. Eu tinha um sistema de saúde que era o IAMSPE, e o cidadão que tinha um INPS, e um terceiro que não tinha porcaria nenhuma. Então eu ainda tinha algo, hoje eu não tenho mais nada, porque eu estou no SUS, estou aqui e acabou (...). Então prá nós como funcionários foi um desastre. (Entrevistado 13)

As perdas de privilégios funcionais estabelecidos anteriormente para a categoria foram percebidas como injustas, acrescentando mais desmotivação e implicando no baixo envolvimento com as mudanças institucionais.

Neste depoimento a seguir, mais que desmotivação verifica-se o profundo sofrimento, por sentir que sua categoria funcional tende a ser extinta no quadro de Recursos Humanos do SUS. *Que motivação você pode ter sabendo que seu processo de transferência está em curso?! Pior é que nós estamos deixando isto aqui com dor no coração porque vamos parar em um serviço bem pior que este aqui. Vamos encontrar uma chefia nova diferente. Nosso serviço aqui não é ruim. Vamos pegar nova chefia, novo setor, novos colegas, porque nós já conhecemos pela proximidade. Vamos ter que fazer 8 horas. Porque aqui até agora não fizemos realmente. Vamos trabalhar mais, vamos enfrentar trabalho novo. A gente de cabelo branco é muito difícil enfrentar novo serviço depois de tanto tempo, nem mesmo é trabalho na saúde. Eu estou na saúde desde que comecei a trabalhar, faz 20 anos (grande pausa emocionada)(...) Há perdeu, o federal perdeu, perdeu. Olha! Atualmente nós estamos sem referência. Não temos mais um setor pessoal aqui. Nós estamos perdidos aqui sabe?! Uma raça em extinção. O pessoal está aposentando e indo embora. A gente sabe que contratação na área federal não vai ter mais, né?! Então está diminuindo cada vez mais o número de funcionários federais (Entrevistado 5).*

Apenas um dos entrevistados apresentou a **mudança como objetivo do trabalho em saúde**, enquanto componente de um processo social de busca da transformação das condições de vida dos sujeitos para os quais estas ações se dirigem.

Se a Reforma Sanitária pressupõe a mudança da consciência sanitária da população e a garantia de condições de vida compatíveis com padrões adequados de saúde, seria esperado encontrar estas representações mais difundidas, especialmente considerando-se que estes trabalhadores foram forçados a conviver com tantas mudanças. *Assistente Social não é isso. É agente de mudança, ele consegue mudar o ser humano. Ele consegue, se quiser fazer um trabalho bom e bonito, ele consegue. Embora eu tenha várias colegas que se limitam a fazer isso, quer dizer, fazer isso da própria profissão são os próprios profissionais desocupados. (Entrevistado 3)*

Toda mudança institucional pressupõe um processo de enfrentamento da nova situação, para o que se conformará um período de adaptação, quando os conflitos serão negociados tendendo a uma solução ou a ruptura definitiva. *Mas evidentemente existe um período de adaptação. Então eu acredito que eu ainda esteja em período de adaptação. Os profissionais que estão mais próximos de minha área de atividade como Assistente Social e Psicóloga, eu não noto dificuldade absolutamente. Há muita facilidade de acesso. Às vezes, alguma atendente no nosso setor, também já tem vícios de atendimento, que os outros médicos anteriores a mim, já mantinham, por conveniências pessoais. Neste caso é que tem dificuldade. A gente ouve este tipo de comentário: - “Mas Dr. Fulano não fazia assim, mais Dr. Cicrano não gostava assim ...” Então a gente tenta estabelecer uma nova metodologia de trabalho e esbarra em algumas pequenas arestas, mas é tudo*

contornável (...). É sempre bom ter diálogo, explicar porque a gente precisa que seja daquele jeito de uma maneira bem imparcial. Ouvir o que a outra pessoa tem a falar.

(Entrevistado 12)

Quando um novo agente é introduzido na instituição, muitas adequações são exigidas no sentido de manutenção da ordem estabelecida. *Olha! Tem os dois lados da coisa. Na verdade, no início, eu não acreditava nisso não. Nossa! Eu fui contra, contra, contra, porque se falava muito, e na hora de fazer acontecer a coisa, não acontecia. Quantas reuniões nós participávamos. Era tão bonito, tão bacana aquelas palestras. Era tão bom descentralizar mas não acontecia nada (...). O início desta mudança foi terrível, terrível. Com o passar dos anos, eu já nem sei quanto tempo faz que está acontecendo esta mudança, está melhorando; está melhorando sim! A gente está tendo profissionais, além de capazes, com vontade; interessados. Então atualmente, não está ruim não! Está começando a melhorar (...). É. Porque depois começaram a vir outros funcionários estaduais e municipais e a gente teve uma fase difícil de convivência porque, primeiro nós tínhamos uma jornada de trabalho de seis horas diárias, agora não, porque nossa jornada voltou a ser de 8 horas; o nosso salário era bem maior! Então o pessoal do estado e municipal tinha que trabalhar mais e ganhavam menos, às vezes, com a mesma função de gente. Isto causava um mal estar geral tanto pra gente como pra eles. (Entrevistado 2)*

O instituído influencia e vai ser influenciado pelos elementos novos instituintes que são trazidos pelo sujeito, e o papel profissional vai incorporar novos caracteres em razão do encontro criativo com o novo ambiente de trabalho, sofrendo uma rematização, enquanto o sujeito passará a fazer parte de um outro átomo social.

Observou-se em algumas situações, que as mudanças decorrem da perda de espaço institucional sendo a única possibilidade de efetivação de um projeto de trabalho a ampliação deste espaço, buscando-se outras bases de sustentação organizacionais, seja para respaldo técnico, financeiro e até mesmo político. *Devido a problemas administrativos tivemos que sair. Acabou o projeto de fitoterapia lá né?! Mas eu faço fito em uma outra Unidade (...). Então agora sim, o outro trabalho que eu faço aqui, é o de sala de curativo. Nós fizemos um projeto no meio do ano passado, a partir do momento que nós fomos pró DIR e montamos um grupo (...). Por quê? Era a única forma da gente conseguir ampliar os horizontes. Porque a gente estava querendo fazer este projeto e a Prefeitura não estava querendo comprar os medicamentos, então nós conseguimos que a DIR financiasse o medicamento pro Município em função de ser um projeto piloto de sala de curativos com fitoterápicos (Entrevistado 10).*

Isto decorreu especialmente, pela incapacidade de propostas alternativas não hegemônicas ao modelo, em competir pelos recursos institucionais, não conseguindo se constituir em prioridade de investimento. Esta estratégia pode reorganizar a distribuição de poder institucional a favor do projeto, intervindo na composição de forças pela introdução do respaldo externo e mobilizando internamente os trabalhadores em sua defesa.

Estes precisaram se organizar para pleitear incentivos em outras instituições, e nestas circunstâncias, muitas vezes, são pouco conhecidos e também desconhecem as relações de poder, assim como os mecanismos institucionais. Por este motivo, geralmente este processo resulta, na maioria das vezes, em aperfeiçoamento técnico-operacional e político do projeto.

Em apenas uma situação registrou-se a mudança como necessária ao modelo atual de formação do trabalhador em saúde, especialmente como necessidade de reformular a formação profissional do médico, pela possibilidade de transformação do compromisso profissional, através de uma visão ampliada do objeto. *Agora eu vejo uma luz no fim do túnel, em especial na escola, onde nós atuamos, né?! A partir do instante em que estes meninos, com esta reforma curricular, passaram a ter noções de português, sociologia e já os fundamentos da medicina coletiva e preventiva, das questões de saúde e política de saúde, a cabeça deles está mudando. Hoje eles chegam no 6º ano, totalmente diferentes. Estou notando isto de 3-4 anos pra cá. (Entrevistado 6)*

Provavelmente, isto decorreu do fato de tratar-se de representação social de professor universitário, atuando na área de saúde do adolescente, mais sensibilizado pelo debate ético, teórico e político no âmbito acadêmico do que pela sua inserção no serviço.

Os outros entrevistados pareceram não correlacionar a realidade institucional dos trabalhadores em saúde com a formação profissional, revelando o habitual distanciamento do aparelho formador com os serviços. Mesmo quando levantam a necessidade de reciclagens e educação continuada, conforme se discutirá em categoria específica, os sujeitos estudados não reconhecem nenhum potencial da universidade regional, em sediar e coordenar este processo.¹

¹ Embora o fato do distanciamento da Universidade com os serviços já ter sido abundantemente admitido pelas autoridades e constado em estudos, portanto apenas sendo confirmado mais uma vez nesta pesquisa, é preciso que se registre que o Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Taubaté já ter sediado Processo de Educação Continuada para os profissionais médicos dos serviços públicos da região, no ano de 1988, por ocasião da implantação das AIS.

A realidade institucional evolui como processo social, o que pode ser apreendido especialmente pelos seus atores mais antigos, que o viveram enquanto desenvolvimento histórico.

Observa-se neste depoimento a percepção da mudança como processo institucional evolutivo e histórico. *Eu já fui administradora dessa unidade durante uns 8 a 9 anos então toda modificação. Eu passei por toda essa mudança, foi enquanto eu estava aqui. A municipalização, primeiro as Ações Integradas de Saúde, depois SUDS, posteriormente o SUS, todas essas mudanças foram nesse tempo, a implantação do Conselho da Saúde no Município, que eu participei também. Eu vivi toda essa história de mudanças, porque eu estou desde 1985, que assumi a chefia desse posto e participei efetivamente de todas essas mudanças (...). Bem eu sou sempre a favor de mudanças. Esta é uma posição minha que por tudo muda, o mundo vive mudando! Um dia não é igual ao outro, mudam as estações, as fase da lua, posição do Sol, muda tudo. Eu sou uma pessoa muito favorável a mudanças. As mudanças sempre vem para melhor, entende?! No sentido de aprendizado, você tem que errar para aprender (...). Eu acho que nós melhoramos muito dentro naturalmente das nossas limitações e conseguimos fazer muito com o pouco que a gente tinha. Com a falta de recurso, de sensibilidade, porque é muito difícil você sensibilizar, os políticos da cidade (Entrevistado 5).*

No contexto microsocial, a rede sociométrica de relações entre os sujeitos configura papéis institucionais específicos que são determinados historicamente, de modo que enquanto matriz de identidade a instituição penetra e é penetrada pela realidade social mais ampla, mas geralmente só é percebida pelos atores a dimensão sócio-existencial das

mudanças do cotidiano, que configuram mais objetivamente as suas representações sobre ela.

Tem outro ponto que eu quero lhe falar sobre as mudanças do sistema. Eu acho que nós deveríamos ter passado por um período de transição. Você se lembra das Ações Integradas de Saúde?! Eu acho que aquilo deveria ter sido o nosso ponto de partida, o amadurecimento para o Sistema Único. Eu acho que aquilo começou e eu achei bem interessante e foi atropelado (Entrevistado 4).

Nestas circunstâncias, todo processo institucional, toda estratégia de gestão que possibilite a reflexão conjunta sobre a conformidade das mudanças e que possa instrumentalizar os atores para a necessária consciência histórica de sua natureza, são facilitadores do desenvolvimento da cidadania dos mesmos, porque contribui para sua autonomia, pelo enfrentamento dos impositivos da dimensão ideológica, frequentemente inconscientes a estes sujeitos. São portanto processos de objetivação do subjetivado institucional.

As representações das mudanças como **ganho para o usuário e perda para o trabalhador**, foram muito frequentes, demonstrando uma visão de contradição de interesses e benefícios na implantação do SUS, colocando operacionalizadores em oposição aos atores alvos da ação. *Bom! Se você for olhar o lado do paciente, do usuário, o usuário saiu ganhando. Certo! Agora se você for olhar para o lado dos funcionários nem tanto; ou pelo menos quem ganhou não tem consciência disto. (Entrevistado 5)*

Em muitos momentos distintos do discurso dos entrevistados, abordados inclusive em outras categorias de análise, vamos encontrar explícita ou subliminarmente

indicada a representação das perdas institucionais para os trabalhadores, seja quanto às condições materiais, organizacionais ou funcionais de trabalho, seja quanto ao controle sobre o processo ou ainda quanto ao poder político perante a instituição.

Mesmo assim, embora reconhecidos os ganhos para os usuários, estes não são considerados em função da sua cidadania, mas como o acesso a um serviço prestado no sentido de um bem de consumo.

A mudança como aumento da demanda por serviço de saúde e diminuição da prioridade e do investimento, decorreu do reconhecimento do benefício estendido aos grupos sociais antes marginalizados do acesso às ações básicas de saúde, ampliando-se quantitativa e qualitativamente o conceito de demanda e conseqüentemente a cobertura do serviço a partir da municipalização. *Agora no sistema novo, o de praxe é o seguinte aumentou a procura, ninguém tem dinheiro para comprar o remédio; cada dia eles estão mais atrás de medicamento principalmente, certo?! Apesar de ter UNIMED, assistência médica, orientação médica, continua o pessoal vindo aqui (...). Meu governo, meu próprio partido, fazendo prioridade à Saúde, prioridade à educação deixou a desejar nesses últimos tempos (Entrevistado 11)*

Portanto, como medida racionalizadora do sistema, seu impacto principal está em otimizar as relações de custo-benefício, garantindo a eficiência pelo controle de variáveis relativas à gestão, e não pela redução dos investimentos. Ao contrário, é previsível um aumento de custos necessários para se estruturar a rede a fim de capacitá-la ao novo papel. Porém o que se verificou foi um movimento em sentido oposto por parte dos financiadores

do sistema, especialmente os níveis federal e estadual, o que o município não conseguiu compensar.

Poder-se-ia concluir resumindo as representações sociais dos trabalhadores quanto às mudanças correspondentes à implantação do SUS, no trecho de discurso abaixo selecionado, enquanto **perda de controle, crise e ruptura institucional**, onde os mecanismos de adaptação são destruídos, sem que se criem novas formas alternativas de poder e coesão interna. *Uma crise, a coisa foi acontecendo, acontecendo até chegar neste ponto da gente não ter mais motivação...* (Entrevistado 2).

A despeito da mudança por vezes ter aparecido nos seus aspectos mais positivos, como evolução histórica, como transformação social tanto para a realidade de vida da população como para o acesso aos serviços, e até como busca de novas possibilidades de desenvolvimento dentro da instituição, as representações que predominaram foram negativas, no sentido de introduzir novas e perpetuar velhas contradições.

Se entendermos crise, “no sentido grego original”, como “a encruzilhada diante da qual é preciso escolher” (MENEGAZZO et al: 1995, p.67) vamos observar que desafiados a múltiplas escolhas, perderam-se os trabalhadores no conflito, porque encontraram resistência e hostilidade na oposição e nas contradições internas do processo. Não havendo resolução, os conflitos se perpetuam destrutivamente, consumindo o desejo, a espontaneidade e a criatividade, restando a impotência, a dor, o sofrimento, o desinteresse, a desmotivação e, conseqüentemente, a alienação.

6.2.5 - Trabalho e Cidadania.

Neste momento da análise o que se estará discutindo é a constituição dos sujeitos no ambiente existencial e sócio-político do trabalho e a percepção que eles têm disto. Como apreendem as relações éticas intrínsecas ao processo de trabalho e as implicações destes aspectos na atuação dos vários atores institucionais.

Serão abordados os determinantes da autonomia, da responsabilidade pelas atividades desenvolvidas, da capacidade de influenciar as decisões e relações de poder, da defesa dos interesses próprios e do grupo e da formação do compromisso profissional.

Para este fim também são relevantes o grau de satisfação destes trabalhadores como sujeitos desejantes e quais as facilidades e resistências impostas pela instituição no sentido da realização deste prazer de trabalhar em saúde, relacionando estes fenômenos com o desenvolvimento profissional, com a auto-estima e com o sentido de valor social.

As representações sociais sobre direitos e deveres observadas neste estudo são variáveis e nunca apareceram explicita e espontaneamente, sem que o entrevistador tivesse que inquirir sobre elas. *Eu acho, que eu tenho (claro os direitos e deveres), mas tem muita gente que não. (...) Eu acho, que traz algumas complicações, porque temos aqui três níveis o municipal, estadual e federal. (e os direitos e deveres são desiguais) (...). Então eu acho que essa noção não está muito clara, existe muita confusão. (...) Os direitos, aí eu acho que causa um pouco de confusão. A própria chefia não é?! Eu não queria estar lá na pele dela, porque lida com tudo isso! Ela é uma pessoa bastante prática, bastante racional, então acho que ela está lidando bem com isso. Mas é difícil lidar com três categorias do funcionalismo público (Entrevistado 7).*

Em relação aos deveres, não há um consenso sobre estas definições no âmbito institucional de modo que também não há uma delimitação clara do que deve ser incorporado e seguido. *Eu costumo dizer para o funcionário que a responsabilidade é dele, não tem que trazer para mim. Tem que pegar o telefone e resolver, porque a responsabilidade é dele. Se ele for trazer todos os problemas pra mim, então vou trabalhar na sala dele. Tem que ter a responsabilidade de saber que ele é responsável por aquilo, tem que tomar frente das coisas do setor. E não acontece isso, muitas vezes tenho que chamar o funcionário e falar pra ele mas não adianta. (Entrevistado 1)*

Já quanto aos direitos, embora haja consciência generalizada sobre os mesmos, verificou-se a percepção coletiva do total desrespeito da instituição em relação à sua garantia. *O trabalhador da saúde! (...) Eu acho que ele está bem esclarecido. (...) Mais para os direitos, embora isto não seja privilégio só do trabalhador em saúde. Hoje eu percebo que o trabalhador brasileiro ele sabe muito dos seus direitos e em relação aos deveres ele ... (Entrevistado 4).*

Entende-se aqui direitos e deveres pelo vetor do **homem da ética** e não do **homem da moral**, conforme a já citada reflexão de ROLNIK (1994, p.165-170) a partir das idéias de Gilles Deleuze.

O primeiro tem o devir transformador de uma realidade, e aproveitando de escolhas criativas, aceita a diversidade e o conflito para estabelecer o senso de responsabilidade para com as próprias necessidades e a solidariedade para com o outro. *O pessoal ficou descontente, a situação dos federais ficou muito ruim. É duro você trabalhar num lugar, fazendo o mesmo serviço da outra pessoa e ganhando três vezes mais, quatro*

vezes mais. Não é que você ache ... a pessoa fica sem graça ... cria um ambiente ruim Como pode num mesmo ambiente de trabalho três salários diferentes, você chega no balcão tem três funcionários trabalhando com três salários diferentes e fazendo o mesmo serviço. Isto no setor privado não existe. Em nenhum lugar do mundo você vai encontrar uma situação desta (...). Não que eu queira chamar a atenção de ninguém. É que a pessoa se sente a dona (...). Autonomia demais nestes termos (...). Muito mais para o direito. Ah! Os meus direitos sim! Os deveres deixa pra lá! Foi esta a minha dificuldade em chefiar isto daqui. Certo?!? Porque eu não conseguia dormir direito pensando nesta situação. É duro você ter pessoas seus colegas que você tem que chamar a atenção e fica rindo de sua cara. É muito difícil ser chefe numa Unidade destas! (Entrevistado 5).

Este homem é entendido dentro de um contexto coletivo que supera pela transcendência os limites individuais e onde novos modos de encaminhar a instituição são engendrados.

Já o **homem da moral**, é aquele que nos orienta no cotidiano existencial, para as necessidades de sobrevivência, para as rotinas diárias, em torno do instituído, da dinâmica conservadora da realidade. Tem um enfoque particular e individualizante.

Observou-se em um depoimento, que as representações generalizadas da população sobre estigma do **funcionário público**, como a questão da desonestidade, da falta de compromisso, do oportunismo e da distribuição indiscriminada de privilégios, contribui para desqualificação também do trabalhador em saúde, comprometendo sua identidade à medida que interfere na autoestima pelo reconhecimento negativo do outro.

É, porque quem trabalha recebe este estigma. Meu filho mesmo virou pra mim.- “Ah minha mãe você é camarão, funcionário público é camarão.” – “Meu filho, você me vê ir trabalhar todo dia!” Mas em todo o Brasil tem esta visão de que funcionário público é camarão. Por que camarão?! Porque camarão tem merda na cabeça e vive nas costas do Brasil. É o que as pessoas acham que o funcionário público é. Muitos são realmente (...). Tá cheio de caras que se aproveitam, né?! Diferente daquele que foi concursado. Eu não entrei aqui por política. Eu entrei por concurso, por um concurso muito difícil por sinal porque tinha 600 candidatos e o número de vagas era treze. Quer dizer não foi um concurso à toa, só pró forma não. E todo mundo que está aqui, dos médicos até o servidor mais humilde, o servidor operacional, todas estas pessoas aqui fizeram concurso. Que aqui ninguém entrou pela janela, né?! E todo mundo trabalha este ano todo (...). Uma história de trabalho. Uns trabalham menos, outros mais, mas todo mundo tem uma história e não é valorizado. (Entrevistado 5)

Quanto às facilidades e dificuldades para realização profissional, observou-se que há uma tensão, um conflito entre individuação e identificação com os objetivos da instituição, visto a dificuldade de conciliar os interesses particulares de crescimento profissional, seja pelo desenvolvimento técnico-científico através de atualizações e reciclagens, seja pela progressão na carreira institucional, já que estes não são reconhecidos como prioridade no contexto organizacional.

Por outro lado, a recuperação de melhores condições de saúde e existência para o usuário, a partir da resolução da problemática que motivou sua procura pelo serviço, foi referido como o grande fator de satisfação para a maioria dos trabalhadores

entrevistados, quanto ao desempenho do seu papel na instituição. *Eu me sinto realizada quando chegam estas pessoas tão carentes, necessitadas de tanta coisa e eu consigo resolver parte destas coisas que as pessoas precisam, entendeu? (Entrevistado 3). É quando eu vejo que foi resolvido o problema (Entrevistado 2)*

Deste modo, as dificuldades registradas em relação às condições de trabalho, como salários baixos e outros direitos desassistidos são percebidos como fatores que impedem a realização profissional. *Recursos e salário é onde eu fico frustrada... (Entrevistado 3). Da mesma forma são percebidos os insuficientes recursos físicos e materiais: Eu acho que o pior do meu serviço aqui é a ansiedade de não poder atender a demanda na sua plenitude, quantitativamente e qualitativamente também. Isto me angustia muito viu?! Nem sempre é em relação ao atendimento médico em si. Eu preciso de (exames) agora a Prefeitura colocou, mas até há um mês atrás não tinha. Isto me angustia! (Entrevistado4).*

Também foi salientada a falta de investimentos para o aperfeiçoamento técnico dos profissionais, contribuindo, todos estes fatores, duplamente para a desqualificação e negação da cidadania destes sujeitos, já que dificultam a realização dos seus objetivos em direção à individuação ou ao sentido de pertinência institucional¹. *Eu acho bom assim, eu como funcionária acho que tenho que trabalhar muito comigo tudo isso, porque tem hora que a gente se sente mal não é? Você vê que está fazendo ... está estudando, está fazendo curso tudo e está ganhando muito menos do que o outro aí (...).*

¹ Os termos individuação e pertinência estão sendo utilizados, em analogia à sua aplicação na psicologia do desenvolvimento, para indicar o processo contraditório de constituição da identidade profissional dentro da instituição. Entende-se individuação como “diferenciação da personalidade”, como movimento de tornar-se um ser particular por diferenciar-se do outro; e pertinência, como sentido de afinidade aos objetivos do grupo, no caso, institucionais. (PIÉRON: 1996, p.282)

Você não tem incentivo pra fazer curso nenhum, você pode ficar aqui, atender mal, ir pra casa numa boa, porque não faz diferença. Então eu acho que a gente que trabalha com isso, porque o usuário não tem nada a ver com essa história não é?! (...) Mas pra isso precisa assim ... ter vontade, política, eles têm que considerar a saúde importante, porque se eles considerarem, eles vão pagar e vão cobrar, aí o funcionário vai ter que atender melhor o público (Entrevistado 9).

O conflito aqui salientado decorre apenas do fato da instituição não ter o compromisso político com a constituição destes trabalhadores como sujeitos, vistos que estes objetivos necessariamente não precisam ser colocados em oposição ou em paralelo. *Então no serviço eu me realizei como pessoa e até hoje me realizo. Eu tive um aprendizado fantástico. Eu aprendi a ser gente. O que é difícil é a gente amadurecer tão rapidamente. Às vezes, leva ano para gente amadurecer e aqui eu amadureci rapidamente. Primeiro por lidar com pessoas. Lidar com pessoas é difícil especialmente pessoas com problemas, problemas graves. Mais difícil ainda então eu adquiri sensibilidade e me tornei gente. É a expressão que eu costumo dizer e em decorrência dessa realização pessoal, eu subentendo que profissionalmente também esteja realizado. Eu me considero realizado (...). É aquilo que eu disse: quando me realizo pessoalmente aqui dentro, profissionalmente é uma decorrência. Se eu estou aprendendo é evidente que estou adquirindo um crescimento profissional. (Entrevistado 13)*

Pelo contrário, a melhor capacitação técnica, o reconhecimento pela ascensão na carreira e qualquer outra intervenção de valorização do trabalhador, são estratégias de desenvolvimento do processo de trabalho e portanto afinados com os resultados em relação ao objeto da ação institucional. *Melhorar mais meu salário, o pessoal dar mais valor no*

serviço da gente, que eles conheçam mais o trabalho que é feito aqui e valorizem tá, hoje eu estou com salário de R\$ 353,00 mensais certo? Eu vou fazer 3 anos de Prefeitura eu entrei como Assistente Social Júnior e continuo como Júnior.(...) Tem a promoção plena e senior eu estou pleiteando uma promoção por merecimento, por necessidade. Eu tenho que dar valor para aquilo que faço se eu não der, ninguém vai dar (quanto ao reconhecimento salarial) (...) É incentivo, e também a parte do recurso tá?! Eu queria que eles entendessem mais o papel da Saúde Mental na cidade, não pode acabar esse serviço, já faz parte, ele é primordial. Se a gente pudesse até colocar isso realmente para o Prefeito para ele entender isso (Entrevistado 7).

Não se trata aqui de se fazer a apologia das modernas correntes de organização empresarial, de negação do conflito e das diferenças entre os atores institucionais, em nome da utópica unidade funcional entre gerentes, usuários e trabalhadores, mas de reconhecer que é possível compatibilizar interesses distintos através da negociação democrática e participativa e da dinâmica constituição das forças em constante rearranjo político interno.

O que se observa no fragmento do discurso abaixo, é que pode ser muito gratificante perceber-se capacitado a responder às necessidades do cliente institucional, mas que para isto é preciso também reciclagem e atualização. Seria em um certo sentido crescimento particular do profissional, mas oportunidade também de socializar os benefícios de aspirações individuais e particulares, compatibilizando-as aos objetivos institucionais de oferecer melhor qualidade de assistência. *O que mais me gratifica é eu poder atender pessoas que realmente precisam do meu treinamento. Eu fui treinado para trabalhar com doentes mentais, desde os mais graves até os mais leves. Eu tenho condições de ajudar*

***bastante gente aqui**, pelo número de pessoas que eu atendo e pela necessidade deles. Todos os casos que são trazidos, são graves, todos eles precisam de intervenção medicamentos e eu tenho condições, treinamento para realizar. E eu acho que o que me gratifica é a possibilidade de eu me realizar profissionalmente, **financeiramente não**, mas **profissionalmente sim** (...). Evidentemente existe um lado idealista, como a gente já disse que tem uma conotação social. Mas tem também um lado prático da gente poder sustentar nossas famílias. Em relação a isto, existe **frustração** (...). **Nós não temos reajustes há bastante tempo**, eu não me lembro há quanto tempo, mas já faz bastante, e nosso salário está defasado em relação ao mercado (...). (Se fizesse horário integral) ai, **teria uma dificuldade em fazer cursos novos, pedir uma licença para participar de um Congresso para atualização profissional, realizar algum tipo de reunião científica, com outros colegas, buscando uma melhor integração, buscando aperfeiçoamento profissional, aprendendo coisas novas, novidades, cada um na sua área, ensinar uma pequena novidade** (Entrevistado 12).*

Individuação e pertinência, subjetivação e alteridade¹ são faces de um mesmo processo contínuo de construção das identidades, elementos essenciais para a realização do trabalhador e da construção de sua cidadania. Da mesma forma, na concepção psicodramática, os papéis institucionais somente são erigidos na exigência de contra-papéis, de modo que não deve haver contradição insuperável nesta realidade, mas o empenho comum de superação em direção a objetivos coletivamente construídos.

¹ Por subjetivação, entende-se aqui a afirmação da subjetividade da pessoa, aquilo que ela tem de mais próprio e particular, que define um modo característico de desempenhar seu papel profissional. Por alteridade, indica-se o reconhecimento do outro, o não-eu que existe independente de mim, a subjetividade do outro. (PIÉRON: 1996)

Se, por outro lado, não se verifica esta construção coletiva, a realização tem que ser buscada fora da instituição, porque mesmo que o caso do paciente seja resolvido, e o profissional acredite estar cumprindo o seu dever, isto não é suficiente. Resta ainda um vazio a ser preenchido, em relação à percepção do próprio papel, à identidade profissional, que fica sem modelo. Observe-se neste depoimento, em que o entrevistado é filho de um renomado especialista, reconhecido regional e nacionalmente, pela sua dedicação à causa pública, a dificuldade para a identificação, que teve que se dar pela experiência pessoal, quando a instituição não desempenhou seu papel neste sentido. *Então eu acho que um tipo de realização que eu já falei é isso: você conseguir levar um paciente que está com diagnóstico fechado (...). Então o tipo de realização é esse é você pegar um paciente (...). Eu acho, bom eu vou ser sincero eu acho que não existe um estímulo prá você crescer. (...). Eu não estou tendo estímulo, eu estou trabalhando talvez por ... não por idealismo mas eu acho que é uma obrigação minha, tá?! (...) Ah! É difícil explicar isso pra você, é o tempo que a gente tem disponível que é pequeno principalmente. Então hoje em dia você tem ... tem que correr atrás de outras coisas, não é?! (Entrevistado 16)*

O aspecto científico, como oportunidade para algum tipo de pesquisa e como fator de realização profissional, apareceu apenas em um dos depoimentos, como uma possibilidade de motivação compensatória às más condições de trabalho e às limitações da resolutividade do serviço. Neste caso também, a realização está fora dos objetivos institucionais, verificando-se a contradição de interesses. *Pra eu me realizar profissionalmente aqui?! Devido a dificuldade que eu tenho, no aspecto técnico da coisa; devido aos problemas globais do Sistema de Saúde Nacional Brasileiro, eu acho que eu poderia ter uma realização maior no sentido de é ... de fazer um trabalho de*

epidemiologia. Poderia ser feito, ser organizado, alguma coisa neste sentido fazer um levantamento epidemiológico da comunidade, fazer levantamentos de ordem terapêutica de resultados terapêuticos. (...). Diante do que eu tenho seria isto profissionalmente, porque levando em conta que financeiramente você não tem recurso, que na relação médico-paciente há uma debilidade natural em função do volume de pacientes e do horário limitado, escasso que você tem. Acho que deveria ser alguma coisa na parte científica dentro da cardiologia (Entrevistado 14).

A iniciativa de individualizar a autonomia como um aspecto particular de análise, se deu em função de entender este conceito como constituinte do processo de identidade e da construção dos sujeitos, pertinente portanto ao desenvolvimento da cidadania do trabalhador na instituição. Abordando as profissões como arenas conflitivas no SUS, MACHADO (1996, p.44) coloca a autonomia para o trabalhador em saúde, como “a capacidade de controlar por si mesmo os aspectos técnicos de seu próprio trabalho”, implicando em desafio para a gestão, por exigir dela a necessidade de “estabelecer concessões e desenvolver mecanismos gerenciais especiais de controle dos serviços produzidos”.

Apesar de se estar concordando com esses aspectos levantados pela autora, a autonomia aqui está sendo colocada mais como independência em relação aos mecanismos ideológicos institucionais hegemônicos e o potencial de recriação dos sujeitos sobre a ideologia da instituição. A questão do corporativismo como modo de manutenção desta autonomia, já foi bastante abordada nas pesquisas em recursos humanos em saúde e não é objetivo deste trabalho sua discussão.

Conforme SAWAIA (1994, p.147), discutindo a “possibilidade de recuperar” a “idéia de humanidade” e a “temática do indivíduo” para o conceito de cidadania, através de uma leitura psicossocial, nas relações dos sujeitos com seus próprios direitos e os direitos dos outros, foi “intenção colocar no centro da reflexão sobre a cidadania a individualidade, a autonomia e a pluralidade”. Assim, é de interesse conhecer a liberdade de que gozam os trabalhadores em estabelecer valores e formas de atuação próprias na condução institucional de seu trabalho. *Bom! Nunca devia perguntar o que eu gosto, porque eu gosto de tudo! (risos) Porque eu faço o que gosto e o que quero. Eu não sei como explicar, as coisas são um pouco além ... que a gente tem um papel ... Que a gente é criador que a gente não é criatura, que a gente é o criador das coisas. E, assim ... então ... que a gente faz as coisas .. (Entrevistado 10).*

Reconhece-se entretanto a relatividade desta condição, pois os sujeitos se constituem na relação uns com os outros e dependem de uma dimensão existencial coletiva, e somente se está considerando aqui a possibilidade destes trabalhadores fazer escolhas no sentido de controlar seu processo de trabalho, dentro de uma margem limitada, mas essencial de mobilidade. Observe-se no relato a seguir, a respeito da implantação de um novo tipo de procedimento, esta relatividade em função da competência e da própria divisão social do trabalho em saúde. *Ai começamos, (...) começamos sem que houvesse um médico ... porque precisaria não é?! Mas ninguém queria dar uma força, uma cobertura. Acho que ficou com medo, não conhecia sei lá, e a gente falou! “Vamos começar, devagarinho, depois a gente tira se acontecer qualquer coisa (...). É, depois a gente viu que sozinha não dava prá ir mesmo, ia ter que chamar médico. Se o paciente chegasse com infecção, era o primeiro curativo e com infecção não se pode(aplicar a técnica). Mas daí o paciente*

teria que ir lá no balcão, marcar consulta pró médico, mandar o paciente esperar aquele tempo que dava uma semana ou duas. Daí que a gente começou, chamava um chamava outro. (Entrevistado 8):

Da mesma forma, se entende também que autonomia não pode ser confundida com a voluntariedade e a realização exclusivas de interesses particulares, em detrimento de normas ou de autoridade a que tenha que se subordinar, por isso não pode ser separada de outros componentes intrínsecos ao conceito que são a responsabilidade, a consciência do dever e o reconhecimento das necessidades e dos interesses dos outros. *Eu tenho autonomia para decidir, a minha autonomia só é muito restrita em relação ao número de pacientes. Por exemplo, se eu quiser atender com mais tempo, isto é, se eu quiser me demorar mais com o paciente isto vai trazer problemas para o serviço. (Se isto é limitante para o seu trabalho) Sim! É claro que sim! Porque evidentemente se você faz um trabalho mais rápido, você corre o risco de não levar em conta algumas coisas importantes. Ah! O meu trabalho aqui, eu tenho adequado meu trabalho! Eu tenho feito numa velocidade adequada! Não tenho tido queixas por parte de administração. Ela está bastante satisfeita com meu trabalho, com meu desempenho profissional, e os pacientes também estão satisfeitos, pelo menos não que relatassem, não houve queixa nenhuma. Até pelo contrário tem havido até algum elogio ao meu trabalho e a mim como profissional e como pessoa também, no relacionamento interpessoal. Acho que não tem limitado. Não! (Entrevistado 12).*

Autonomia se coloca aqui em oposição à alienação que subordina os indivíduos às leis, normas regras e convenções institucionais sem a reflexão e a crítica necessárias à sua conformação de sujeitos e portanto de cidadãos. Somente o sujeito não

alienado, pode expressar sua espontaneidade e criatividade para transformar sua realidade e compromissar-se eticamente com ela.

Observou-se porém, que a autonomia relatada pelos trabalhadores entrevistados nem sempre contribui para este objetivo, muitas vezes mais significando a falta de gestão e controle sobre o processo de trabalho, correndo-se o risco de acabar por servir ao individualismo dos interesses corporativos e ao descaso à finalidade pública do serviço. *Eu acho que funciona do jeito que está (...). Agora se eu percebo que alguém tem caso grave, eu vou e faço que eu quero do jeito que eu quero, a hora que eu quero e ninguém me impede.* (Entrevistado 17)

As representações sociais dos entrevistados específicas quanto à própria cidadania no trabalho, foram muitas vezes, difíceis de ser obtidas nas entrevistas, observando-se desde a incompreensão do significado do termo até a dificuldade de incorporar o conceito ao papel profissional. Estas observações, sugeriram em princípio, que os trabalhadores não estão se reconhecendo como sujeitos no sentido ético, político e social, perante a instituição onde atuam.

Quando questionados sobre ocupar espaço institucional no sentido do resgate de sua cidadania e de seus direitos como trabalhador, os entrevistados responderam referindo-se à sua atuação política em geral, ou em função de interesses dos usuários. *Bom, se é que eu entendi bem essa pergunta, eu acho que de alguma forma, eu já ocupo , porque em questão de política, uma coisa eu sempre fui muito atirada, sempre quis colaborar, eu já fui de partido. Hoje em dia é aquela história estou meio parada, mas eu participo. O que depende de mim eu faço. (...) É, mas é uma coisa que eu acho que faço*

como trabalho. (...) Eu colaboro dentro daquilo que eu faço ajudando mais o pessoal. (Entrevistado 17). Direito?! Como assim?! (o entrevistador insiste em seu direito de cidadania como trabalhador) É aquilo que eu já falei, mais recurso material, porque com esta fábrica (...) aumentou muito a população da cidade e os recursos não conseguem acompanhar (Entrevistado 15).

Diante do detalhamento da questão pela autora/entrevistadora porém, os entrevistados apresentaram representações bastante diversificadas, variando desde adequadas condições de trabalho, passando pela consciência e garantia dos direitos e deveres, defesa dos interesses dos usuários, estigma e preconceito sobre o papel profissional, até uma relação afetiva com o trabalho que incluía desejo e prazer e a participação política junto à instituição e à comunidade. *Não é fácil isso não, são direitos e deveres que você tem que cumprir, não é?! (...) É verdade, falar do dever, cumpra o dever, não se sabe dos direitos que você tem, se você tem, não consegue adquirir, não te dão tanta importância, né? (Entrevistado 1)!*

Pra começar acho que é o salário que tá muito pequeno, não sei, mesmo pró funcionário Federal que já foi bom, o salário caiu muito! Eu acho que não respeitam muito mais, não tem respeito, falta mesmo o respeito com funcionário, mesmo quem tem problema de saúde, começa faltar, sai comentário que está dando nó, já perde todo valor que tem, não valoriza mesmo mais (...). É verdade, pelo contrário, eu acho que quando eu sair, me aposentando, vai melhorar muito para eles. Eles não pensam que se a gente sair vai perder um profissional que tem vontade de trabalhar, que gosta de fazer esse trabalho que pouca gente gosta. (Entrevistado 8)

Quando diretamente questionado se naquela situação de luta pelos direitos dos usuários se considerava um trabalhador cidadão, este profissional pareceu confuso, demonstrando não estar familiarizado com a idéia de que ao se colocar como ator e sujeito no ambiente de trabalho, está exercendo a sua cidadania de ser trabalhador de saúde. (pausa) *É, assim, isto é uma afirmativa ... estou com vergonha ... como assim?! De ... de ...* (quando bem explicitada a pergunta novamente) *Eu acho que sim. Até onde é nosso papel de profissional e até quando vai nosso papel enquanto cidadão? (...). É mais eu quero participar deste grupo de mulheres enquanto mulher. Eu não quero participar enquanto coordenadora e isto eu já deixei claro. Porque, né?! É assim: elas ficam ligadas na gente enquanto coordenadora (...). Quando você vai brigar por determinado medicamento que não tem, você vai brigar como ? Enquanto cidadão ou enquanto médico que quer aquele medicamento? Sabe?! (...) Então assim, aí, então vocês ... Eu não consigo mais usar o discurso, e isto acaba às vezes até comprometendo muito. Eu não consigo usar para o usuário a questão de que a Prefeitura não tem dinheiro. Não, a Prefeitura está enfiando este dinheiro em algum lugar. Enfiando ... se não é na saúde, se não é na educação, está enfiando em algum lugar. É impossível que não tenha dinheiro desde o começo da gestão, enquanto isto está aumentando o patrimônio, está né?! (Entrevistado 10)*

Se o trabalhador, no seu depoimento demonstra militância política, visão crítica a respeito do governo local, qual seria a dificuldade em reconhecer a instituição de trabalho como espaço de exercício político e de defesa de seus próprios direitos? Parece não haver cultura e tradição para isto, exigindo-se delimitação de papéis e de esfera de atuação, na verdade fragmentando a totalidade do cidadão.

Para este profissional parece que a cidadania se relaciona com orgulhar-se de sua capacitação e habilidades em realizar o seu trabalho de modo prazeroso e diferenciado, o que pode gerar conflitos de saber e de poder institucional, sugerindo incapacidade da gestão em gerenciar esta situação. *Olha, eu acho assim, que ser cidadão hoje (risos) é aquilo que eu falei é muito difícil em função das coisas que eu já disse, recursos, espaço físico e às vezes, você é até incompreendida por querer desenvolver um trabalho. Quando eu quis fazer trabalho de grupo aqui eu fui incompreendida. As chefias anteriores achavam que eu queria aparecer. De repente, você quer fazer seu trabalho mesmo, você sente prazer de mostrar seu trabalho. De repente você até quer aparecer,... mas você está fazendo no sentido do atendimento. (Entrevistado 3)*

O preconceito e o estigma profissional como fator restritivo à cidadania no trabalho apareceu apenas para um dos entrevistados da Saúde Mental. *Em relação ao profissional, ao psiquiatra no caso também, tá?! Em parte sim! A maioria dos outros médicos, é notório pra mim, trata o psiquiatra, no relacionamento médico-médico, como paramédico (...). Então existe uma visão entre os médicos, de que o médico psiquiatra, não é um médico assim!... Digamos, é um meio médico, né?! Então porque ele não bate muito bem da cabeça, também tem problemas, e tal. (...) Carrega (estigma do doente mental)! Carrega! E ele carrega e a coisa é tão violenta que próprio paciente reluta dez mil vezes antes de sentar em um consultório de psiquiatra. (Entrevistado 12)*

Para estes trabalhadores, a incapacidade de atender às necessidades dos usuários é o fator mais significativo da falta de cidadania no trabalho, que precisa ser resgatado porque se torna indigno em razão do outro desassistido. *Acho que basicamente*

a dignidade! A dignidade que eu digo, não seria simplesmente de serviço mas a dignidade profissional de você saber que tem um paciente que precisa de um determinado recurso, que não é nada lá do ano 2000, mas das décadas de 50-60, e você não pode lançar mão. Quer dizer, eu fico como cidadão, como trabalhador cidadão, por este setor, eu me sinto tolhido (...). Eu não posso lançar mão de nada que me favoreça mais, que me dê uma informação melhor. Então quando você tem uma formação acadêmica, universitária e que você vem pra uma cidade que você não consegue ter isso, você entra em ... Eu acho que se eu pudesse ter aqui nesta cidade uma condição de um diagnóstico mais preciso, de uma terapêutica mais eficaz (...). Não consigo prescrever um medicamento pouco mais atualizado, porque essa gente não vai ter condição de comprar, e o Sistema de Saúde não tem, como fornecer e fica por isto mesmo. Então é um drama ... E numa especialidade em que você vive entre a vida e a morte ... Isto te deixa às vezes um pouco desanimado e decepcionado... É, desmotivado. (Entrevistado 14) É porque ele (trabalhador) não pode dar uma resposta para o que estão lhe pedindo. (Entrevistado 4)

Este entrevistado declarou que entende a cidadania no trabalho como a busca de cumprir o compromisso com a cidadania do usuário, não apenas pela responsabilidade com a sua assistência, mas também com a conscientização dos seus direitos. É. Ser trabalhador de saúde e cidadão, é sobretudo você ter bem claro a questão da sua missão, do que você quer, o que você se propõe a fazer, o trabalho pra aquela comunidade. E você vai trabalhar numa comunidade que você tem a intenção do resgate da cidadania daquela pessoa, pelo menos a nível de conscientização. Eu não tenho instrumento de dar pra eles uma condição de moradia, de emprego e segurança, pelo menos conscientizá-los e mostrar que eles têm um grande instrumento que é a força do voto. É o único instrumento

que a gente tem no sistema, que a gente vive. Conscientizá-lo de que aquilo é direito deles.

(Entrevistado 6)

Nestes depoimentos foi apresentada a dificuldade em se reconhecer a cidadania do usuário, quando a sua própria está comprometida. *Da pessoa que trabalha na saúde, eu acho que eles são bem desgastados. Não tem um valor muito grande! (...). Mas tem pessoa que já está tão cansada, tão sofrida ainda chega num lugar buscando alento e recebe um não categórico, sem uma explicação. Você pode falar um não, a gente tem que falar não para tanta coisa! Mas pode orientar. Tem mil alternativas pra pessoa! Então eu acho que falta humanização mesmo! E a pessoa (o trabalhador) está tão desgastada, ela lida também com isso, ela também precisa da saúde, ela também tem que enfrentar fila, ela recebe o holerite no final do mês, leva aquele susto, não veio aquela remuneração justa, então ela vai se acomodando (Entrevistado 7).*

Este entrevistado levanta as relações de produção e questões previdenciárias que são gerais a todos os trabalhadores brasileiros, demonstrando não reconhecer nenhum privilégio na sua condição, que considera deveria ser garantido. *Enquanto trabalhador em saúde, primeiro nós temos que ter o nosso salário, que deixa muito a desejar pela responsabilidade que nós temos. Nós, que eu falo, são todos os funcionários. Isso eu acho que tem que ter mais alguma atenção nesse aspecto tá (...). A valorização, nossa para aposentar também. Nós não temos nesse tempo todo nenhuma garantia de uma boa aposentadoria para quem trabalha na saúde, isso também deixa a desejar. Nós também não temos nenhuma segurança, se nós tivermos um problema de doença, não temos nenhuma segurança. Eu vejo aí, o pessoal tem que se virar pra não cair no lugar comum.*

Eu acho que o pessoal da saúde poderia ter essa área de atendimento com mais atenção.

(Entrevistado 11)

Por entender a cidadania enquanto uma questão ética tentamos buscar no discurso dos entrevistados, referências implícitas ou explícitas aos aspectos éticos relativos ao papel profissional, que pudessem reportar-se ao devir solidário que compreende o envolvimento com o outro no sentido da mudança.

O outro aqui, está sendo visto quer como paciente individualizado ou coletivo enquanto a comunidade como um todo, quer como colega trabalhador em saúde, entendidos como atores compromissados uns com os outros e capazes de uma ação crítica em sua realidade social, seja no âmbito institucional ou na arena política ampliada de outros papéis. *Então eu acho que tem que haver, que há um lado de doação pessoal nisso, da gente querer ver o outro bem. Então é isto que empurra a gente a vir para cá e fazer alguma coisa, aquilo que a gente pode fazer pelos outros.* (Entrevistado 12)

Observa-se porém, que a referência à ética acabou sendo apresentada principalmente nos aspectos mais conservadores da individualidade, e só mais raramente valorizados os elementos transformadores. *Se não tiver compromisso com doente, você tem compromisso com todos, ter documentação para ser médico tem que tirar carteira de trabalho e vai trabalhar. Mas eles não tem aquele compromisso! Querem chegar lá, atender e empurrar todos os casos a todos os outros. Não têm vontade nenhuma de dedicar-se ao paciente, então não formam aquele vínculo com paciente. É o que está acontecendo hoje. O pessoal pensa o que vai ganhar, que vai receber o outro vai atender e*

não faz questão que o paciente volte nele de novo. Aqui, sem querer, nós vamos fazer esse vínculo, vamos experimentar a formação antiga que nós tivemos. Modéstia à parte, a ética médica, a deontologia médica na faculdade. naquela época, eram bem ensinadas nas entrelinhas. Para ser médico hoje, o colega se forma e não está nem aí, (...) Não quer saber de muita responsabilidade. (Entrevistado 11)

Foram basicamente consideradas as características relativas ao relacionamento interpessoal com o usuário, como a proteção da intimidade pela confidencialidade e sigilo sobre as informações registradas em prontuário e o vínculo do profissional com o paciente. Bom eu acho que até existe a ética. Da minha parte existe a ética profissional. Então assim, eu escrevo o mais claro possível se o psiquiatra pegar hoje em dia ou sair do hospital, você pegar ou para fazer encaminhamento ou saber o que o cliente já passou. Mas eu acho que apesar de estar escrito e passar para mão de outro, eu acho que tem a ética profissional, porque vai passar para mão de um interessado que vai dar continuidade ao caso. (Entrevistado 17)

Neste último aspecto, está subentendida a noção de responsabilidade do profissional com o paciente, seu interesse e atenção para com suas queixas, seu empenho em procurar resolver os problemas de saúde que lhe são trazidos e a dedicação com que realiza os atos técnicos relativos ao atendimento. Como aqui nós temos a cidade estruturada um pouco provinciana, e o povo conhece os profissionais nominalmente, então o paciente dá preferência. “Ele chega e diz – eu quero passar com Dr. Fulano!” De modo que nós temos atendimento mais eu menos personalizado e na mesma área médica, tem profissional com mais clientes que o outro. Então você não caracteriza um atendimento dividido por área médica, mas você caracteriza uma relação pessoal com o médico. O

paciente estabelece sua preferência! (...). Eu acho que também depende muito da maneira como o médico atende, eu quando comecei aqui ninguém me conhecia (...). Então no princípio um certo número de consultas se mantinha depois foi aumentando progressivamente. Eu acho que isto acontece com todo mundo, mas com algumas pessoas acontece mais. O que vale é a própria informação que o paciente tem sobre o profissional. Se ele começa a escutar que o profissional, atende bem, trabalha bem, ele começa a procurar (Entrevistado 14)

Estes foram os componentes identificados pelos entrevistados como constituintes essenciais do compromisso profissional e fundamentais para vincular o usuário ao serviço, portanto indiretamente indicativos da percepção que estes trabalhadores tem das expectativas da clientela, já que relacionam isto à sua satisfação. Eu acho que tem que ter respeito, porque se eu quero ser respeitada tenho que dar respeito. Eu acho isso fundamental! Respeitar as pessoas que vêm parar aqui, é porque realmente estão com problemas (Entrevistado 7).

Por outro lado, não deixa de ser mais uma forma de procurar transpor o modelo do consultório para o serviço, de valorização da medicina liberal que também serve de base para os outros profissionais. *Eu vejo o seguinte: o grande problema da Saúde pública é falta de vínculo do profissional com o doente*. (A questão ética, então o compromisso com o paciente?) *É claro! Quando você vai ao consultório particular do médico, você foi atrás dele e ele vai procurar atender bem você, para que você volte, para fazer sua clientela. No serviço público ele não faz clientela então qual o interesse dele? A questão ética é um questão de monitorização deste sistema, numa cidade menor – (Aqui) já está perdendo estas características – o doente não distingue muito onde está*

consultando, se ele está sendo atendido no INPS, ele está consultando com a Dra. Fulana, não importa se é no posto de Saúde, no INPS ou no consultório dela. Se ela estiver precisando tarde ele liga pra você, embora ele seja paciente daquela Unidade. Ele se sente paciente da Dra. Fulana. Como você está numa comunidade pequena você acaba mantendo este vínculo com ele até que razoável. (...) Quando eu falei pra você no início, porque o posto periférico não segura o doente? Será que aquele médico lá na ponta tem um vínculo com aquela população naquele bairro? Eu não acredito! (Entrevistado 4)

Segundo DONNANGELO (1975, p.128), estes princípios ideológicos são identificados com a autonomia e com uma forma artesanal de desempenhar o trabalho tendo implicações tanto para a ética como para a questão técnica enquanto uma “combinação de um sistema de valores e de um estilo particular e indispensável de manipulação dos recursos científicos que constituem outro pólo da uniformidade do médico como um grupo profissional.”

Ao se apontar os aspectos conservadores a respeito do vínculo e do compromisso profissional com o usuário, não se está desconsiderando a importância destas características no relacionamento do trabalhador com a clientela da Unidade. O que se deseja salientar é a forma como estão sendo valorizados, nos seus componentes exclusivamente individualizantes, em detrimento de um contrato coletivo que pudesse envolver todos os trabalhadores no sentido até de redefinir o modelo assistencial, através de uma nova idéia de acolhida, vínculo e responsabilidade pelo cuidado integral (CAMPOS:1992a).

Concluindo, podemos colocar que as representações dos trabalhadores entrevistados sobre sua própria cidadania na instituição, pouco se relacionam à sua

capacidade de influir sobre as decisões institucionais, ou de apresentar-se enquanto atores e sujeitos do seu próprio trabalho. Sua autonomia está mais para falta de controle gerencial, do que para o exercício consciente da responsabilidade de criar as bases organizacionais que possibilitem o contínuo crescimento do papel profissional, pela livre manifestação da espontaneidade e criatividade. Sua realização e o prazer do desempenho do papel está mais para a dependência de condições de viabilidade que são percebidas como distantes de sua esfera de influência, porque referem-se a direitos e deveres que não parecem estar claros nem para os trabalhadores nem para os gestores, que por sua vez, não os estão priorizando politicamente. Por outro lado, o reconhecimento destes fatores limitantes não foi ainda capaz de mobilizar uma ação conjunta de enfrentamento.

Os princípios éticos que poderiam estar favorecendo a solidariedade para com os usuários e os seus pares no espaço público institucional, parecem estar confinados ao restrito campo do privado, perdendo seu potencial transformador e limitando a ação política destes trabalhadores às relações interpessoais.

Tudo isto parece comprometer a consciência da própria identidade e favorecer a alienação e subordinação institucional pelo isolamento e imobilismo. Sem a praxis transformadora não pode haver cidadania e o trabalhador permanece assujeitado.

6.2.6 - Participação popular, cidadania do usuário e controle social.

Nesta categoria serão abordados tanto os conteúdos das entrevistas dos trabalhadores da amostra como as realizadas em caráter rastreador com membros do Conselho Municipal de Saúde (COMUS), e ainda as informações fornecidas pelo estudo

documental, com a intenção de contrapor as representações e favorecer a objetivação da análise.

Entende-se aqui a participação popular como a acessibilidade dos usuários às decisões sobre o Sistema de Saúde, considerados enquanto atores sociais defendendo seus interesses na arena política da gestão, de modo a exercer o controle social. Esta ação vai desde compor o diagnóstico dos problemas e estabelecer as prioridades de investimento, até propor e acompanhar as estratégias para sua superação, fiscalizando a ação pública tanto administrativo-financeira como técnica, ética e operacionalmente.

É considerada portanto a participação popular, como elemento essencial à cidadania, pela capacidade dos indivíduos em se organizar e de se fazer representar para garantir seus direitos políticos e sociais que são constitucional e universalmente reconhecidos.

Esta proposição não é temática deste estudo, porém está aqui sendo colocada no que tange às representações dos trabalhadores em saúde sobre a cidadania do usuário sujeito de sua ação profissional, e como, no exercício desta cidadania, estes atores se relacionam com aqueles no cotidiano institucional.

No levantamento documental foram localizados os relatórios das Conferências Nacionais de Saúde (8ª e 9ª), estadual (1ª) e regional (1ª), bem como das plenárias municipais (1ª e 2ª), sugerindo que os gestores e trabalhadores tinham acesso às propostas políticas formuladas nas mesmas podendo utilizá-las no planejamento local.

Foram ainda obtidas, para estudo, as atas de reuniões dos Conselhos de Comunidade (período de 25/10/79 à 21/08/91) e Municipal de Saúde (08/11/91 à 25/01/96)

que registram a participação popular no município em sua evolução histórica. As informações contidas nos documentos foram complementadas por entrevista com três Conselheiros membros da diretoria atual, selecionados por terem participado do primeiro Conselho de Saúde da Comunidade, desde a sua fundação. Este Conselho funcionava junto ao antigo Centro de Saúde da Secretaria Estadual.

Observou-se que na fase inicial, anterior à implantação do SUS, a participação popular referia-se principalmente às questões relativas às ações de saúde pública, de caráter mais coletivo. Geralmente os assuntos debatidos eram sobre a atuação da Vigilância Sanitária (saneamento urbano e rural, coleta e destino do lixo, meio ambiente, iluminação e alimentação pública, criação de animais na área urbana, habitação, transporte, segurança viária, etc.) e Vigilância Epidemiológica (endemias e outras doenças infecciosas, vacinação, campanhas educativas, etc.). Isto se deve provavelmente ao fato de que, na ocasião, as unidades da Secretaria Estadual de Saúde, tinham basicamente estas atribuições, juntamente com assistência materno-infantil

Este Conselho era considerado espaço político privilegiado para discussão dos problemas de Saúde do Município, visto ser frequentado pelas autoridades administrativas e políticas locais e regionais como vereadores, prefeitos, deputados e diretores de serviços públicos (SABESP, CETESB, SUCEN, etc.). Na ocasião, havia o esforço de integração interinstitucional dos recursos públicos relacionados à saúde, bem como a mobilização das lideranças comunitárias em torno da solução dos problemas levantados, especialmente em caráter preventivo e promocional. Embora já se registrassem reivindicações quanto à expansão da assistência médica, estas se davam em âmbito secundário, bem menos expressivo.

A municipalização da saúde foi apresentada em projeto específico em janeiro de 1988. Propunha-se a ampliação da área assistencial de modo gradativo, consolidando mudanças a longo prazo. No final daquele ano, foi indicada a reorientação deste Conselho sob nova regulamentação, organizando-se uma ampla mobilização popular para eleição dos conselheiros e da diretoria.

Em novembro de 1989, o já reestruturado Conselho Municipal de Saúde inicia uma ampla discussão sobre a Lei Orgânica do Município especialmente no que se referia ao capítulo da Saúde e Seguridade Social, decidindo-se por propor um substitutivo para estes dois capítulos que foi aceito integralmente, constando da sua promulgação em 1990.

Formalmente se fez necessário uma nova eleição, que também se concretizou por processo eleitoral amplamente participativo, divulgado e coordenado em cada bairro pela Associação de Moradores de sua área de abrangência. Este processo completa-se em março de 1991. Nesta ocasião é encaminhado à Câmara Municipal projeto de formalização do Conselho, cujas especificações reduzem o número de representantes e garantiam ampliação de seu caráter deliberativo, favorecendo a democratização das decisões e os interesses da comunidade.

Este projeto foi aprovado iniciando uma nova etapa da participação popular no Município e em novembro de 1991 realizou-se a reunião que elegeu a primeira diretoria e elaborou o regimento interno vigente até hoje. A partir de então, a participação está institucionalmente relacionada ao SUS e passa a centrar sua ação nos aspectos relativos à assistência médica, ao financiamento das ações, à fiscalização das verbas públicas, à elaboração do plano diretor de 1992 e à organização da primeira Plenária de Saúde do

Município. O relatório final deste evento participativo, até então ainda não identificado como Conferência Municipal, realizado em 12/02/92, refere a presença de cento e vinte participantes entre os representantes da população em geral, e dos trabalhadores e prestadores de serviços de saúde que se organizaram em sete grupos de discussão em torno de dois temas centrais: Diretrizes para o sistema municipal e Financiamento e Gestão.

As propostas principais foram a reforma administrativa para criação da Secretaria Municipal de Saúde e agilização das decisões, o controle social através de plenárias anuais e conferências bianuais além da instalação dos conselhos gestores das unidades.

Em relação à gestão, foi proposta também a adequação dos postos de saúde à realidade local, utilizando-se critérios epidemiológicos e conseqüente reorientação das ações de saúde. Esta deveria ser operacionalizada através da elaboração de um plano de trabalho dinâmico capaz de sensibilizar e motivar os profissionais de saúde à sua execução avaliação e controle sistemáticos, garantidos pela supervisão técnico-administrativa periódica das Unidades.

Especificamente quanto aos recursos humanos, foi proposta a readequação e otimização pela integração dos funcionários dos três níveis de governo (federal estadual e municipal), revisão e atualização do Plano de Cargos, Carreiras e Salários, reciclagens e treinamento para qualificação técnica e humanização do atendimento, assim como contratação de pessoal.

Com respeito ao modelo assistencial, foi proposta a criação de critérios para sistematização da referência dos casos ao Ambulatório de Especialidades, elaborando-se

protocolos de atividades por nível de atenção à saúde e expandindo-se as ações programáticas por grupos de pacientes (sexo, idade e/ou patologias). Foi decidido que o atendimento de emergência deveria ser mantido pela administração direta do Município englobando inclusive a assistência psiquiátrica no Pronto Socorro Geral. Também foi proposto estímulo às práticas alternativas dentro do serviço público local.

Em 1993, nova diretoria é eleita, repetindo-se a tradição de ampla mobilização democrática. O Conselho passa então a visitar os postos de periferia para conhecer melhor a realidade e levantar as reivindicações dos usuários. Por esta estratégia evidenciam-se as deficiências materiais das unidades da rede e o descompromisso dos trabalhadores com a jornada de trabalho. Propõe-se que sejam fixados os horários de trabalho nos locais para facilitar a fiscalização dos usuários.

Porém, esta diretoria do Conselho não conseguiu acesso ao Prefeito, ao Secretário ou mesmo ao Chefe do Departamento de Saúde, nem para transmitir as solicitações da comunidade, nem para fiscalização da aplicação das verbas no Sistema. Apesar de reiteradamente cobrada, a prestação de contas somente chegou às mãos do Conselho através da Câmara de Vereadores, em uma ostensiva negação do reconhecimento do seu papel de controle social.

Por outro lado, os prestadores também não compareciam às reuniões tomando-se mais difícil encaminhar soluções para a crise de financiamento, o que repercutiu diretamente na realização de exames subsidiários e procedimentos terapêuticos de alto custo. Segundo registro nas atas, a gestão que a sucedeu, de 94/95 também não conseguiu efetivar a comissão de fiscalização de horário, devido aos acordos entre médicos e chefias do Departamento de Saúde.

O Conselho passou então a sofrer grande esvaziamento e muitas medidas foram sugeridas para retomar a participação da comunidade sem sucesso, sendo que foi com muito empenho que conseguiram organizar a II Plenária de Saúde em 15/07/95. Os temas centrais desta Plenária foram: Atendimento Básico, Atendimento Especializado, Referência e Conselho Municipal de Saúde.

O relatório final aponta a baixa resolutividade da rede básica e questões relativas aos profissionais de saúde, como desinformação sobre o Sistema, falta de treinamentos e reciclagens e desmotivação com o trabalho. Na área de especialidades foram identificadas como maiores deficiências as relativas a atenção em Saúde Mental, cirurgias eletivas e exames subsidiários sofisticados que se agravam com a falta de referência para atendimento terciário e terapia intensiva.

Quanto ao COMUS, foi discutida a baixa participação dos conselheiros e da comunidade em geral, a centralização do poder executivo que não democratiza as decisões e não permite o acesso dos cidadãos. As propostas para encaminhamento do controle social são de organização de um curso para desenvolvimento de conselheiros, sob a coordenação da DIR XXIV da Secretaria Estadual de Saúde e a criação dos conselhos gestores das unidades, idéia retomada da primeira plenária. Em janeiro de 1996, a atual diretoria do Conselho eleita em dezembro de 1995, se compromete em constituir comissões setoriais para acompanhar o funcionamento dos serviços públicos de saúde e a efetivar o curso de conselheiros.

Na realidade as decisões são tomadas ainda de cima para baixo, em relação à própria instituição. Hoje pode ser que as pessoas tenham mais liberdade para falar, mas até que ponto as palavras delas conseguem se transformar em realidade, conseguem

alguma vezes, tá conseguindo muito pouco, entre o discurso e o que acontece na prática.

(Entrevistado 5)

Os trabalhadores que têm ou tiveram alguma participação como conselheiros consideram que há falta de participação direta do usuário no COMUS, que o usuário não reconhece a importância do Conselho como fórum de decisões sobre o Sistema de Saúde, e muito menos têm a consciência da necessidade de sua participação nas reuniões.

Tal atitude desvaloriza o peso político da organização dos usuários, tornando o acesso aos serviços de saúde como um direito adquirido pelo qual não é preciso lutar. *Seria importante (a participação do Conselho na Unidade), mas não tem sido. Este é o segundo ano que eu estou lá, né?! Mas eu senti que não vai ninguém. Assim, a gente pode decidir. No ano passado a gente queria que arrumasse o vitral, até pedi pra vários pacientes sabe?!- Vai lá, se você ... porque não é só a gente! Porque na verdade nós brigamos por vocês! Vai lá dar uma força pelo menos, você não vai precisar falar nada só a presença já ajuda né?!- Mas não ... (...) .Não (o usuário não está sensibilizado para a participação), não está?! Eles são pessoas muito simples acham que têm direito a isso e que não precisam batalhar, eu acho que é isso que eles pensam. (Entrevistado 8)*

Esta visão alienante e paternalista poderia ser interpretada utilizando-se os tipos de consciência política propostos por SANDOVAL (1994), e neste aspecto caracterizado como o do senso comum (conceito reconhecidamente emprestado pelo autor de BERGER & LUCKMANN), onde os indivíduos se colocam na disputa por seus interesses de modo a responder com ações decorrentes da “contingência dos fatores situacionais e geralmente predisposta a evitar conflitos. Os benefícios econômicos e políticos

são os que sustentam a estabilidade da vida diária com escassas noções de direitos de cidadania” (p.70).

Desta forma, este tipo de consciência não predispõe à luta ou sequer motiva os indivíduos a buscar reflexão e discussão conjunta sobre os seus problemas. *Quando estava começando o grupo de climatério, numa das reuniões, em que a gente foi fazer a reivindicação do ultrassom, eu fui só em uma. Não fui nas outras intencionalmente, porque eu ... para ficar caracterizado que não sou eu enquanto médica, que estou reivindicando ... Porque fica uma coisa né, muito de amizade sabe?! Estas coisas que a gente não tem o direito. Fica de amizade fica uma coisa ... É difícil trabalhar com isto! Mas, assim, isto é uma coisa que ... que ... a gente não sabe como quebrar. Acho completamente errado, a gente não deve agir desta forma. Mas como você vai quebrar isso, né?! Que organizações você tem que ter da população?! (Entrevistado 10).*

Os representantes do COMUS porém, embora admitam o esvaziamento progressivo das reuniões, têm a interpretação de que, foi a partir da dificuldade de acesso ao poder público e da falta de possibilidade de influenciar as decisões, que houve a desmotivação e o descrédito. *Porque o poder público se comprometeu em efetivar as melhorias e isto não aconteceu. Acho que por isto as pessoas não compareceram, o povo ficou um pouco desacreditado, desmotivado a participar e a plenária ficou bastante prejudicada poucas discussões, poucas propostas. (Entrevistado COMUS 1)*

Neste caso, seria ainda segundo SANDOVAL (1994), o tipo de consciência de conflito, que embora reconhecendo o antagonismo dos interesses de classe, pressupõe a garantia dos direitos e cidadania pelo “compromisso com a mediação institucional” (p.71).

Este modo de entender a realidade, favorece a ação organizada em entidades representativas, no sentido de pressionar o setor público a atender suas reivindicações.

Em outro momento, os conselheiros denunciam a ação populista dos gestores, como fator de desmobilização da comunidade por cooptar o usuário através de favorecimentos de caráter individualista, de modo que atua no sentido da alienação e não da consciência política. *Ele (o chefe do Departamento de Saúde) resolveu o problema de forma individual, desta pessoa e não do sistema. E nem colocou o problema em termos mais amplos. A questão da mamografia já vem sendo reivindicada e foi inaugurada antes. Uma luta do grupo de mulheres. Ele colocou em termos exclusivamente individual. - Olha! Passa lá no meu consultório que vou conseguir o exame e a operação. Então é colocado em termos de que eu resolvi o meu problema.(...)Esta mentalidade do médico e da população também sobre o seu trabalho, essa visão de privilégio, já que as coisas estão tão difíceis, acaba por ajudá-lo a se eleger. (Entrevistado COMUS 1)*

Ainda para o autor supracitado, seria o que se pode identificar como consciência populista, onde a ação dos indivíduos em relação ao Estado é sempre mediatizada personalisticamente submetendo os cidadãos aos políticos clientelistas (p.70). *Foi um caso individual mas quanto não atingiu? Quantas pessoas não ficaram sabendo disto? É o lucro político! Infelizmente o usuário, a maior parte é leiga, não é uma pessoa que tenha certo conhecimento, que tenha vontade de compreender as coisas com mais facilidade. (Entrevistado COMUS 2)*

Os conselheiros também denunciam o uso da posição como gestor para fins eleitoreiros. *É isto. Infelizmente é isto sim, se você leva para este lado, aproveitam do*

cargo, da função, da profissão para se promover politicamente. Prejudica, né?! Porque eles falam uma coisa e fazem outra. (Entrevistado COMUS 3)

Outros trabalhadores entrevistados relataram a falta de acessibilidade à informação e retorno do serviço como obstáculo à plena cidadania dos usuários. *Eu também sou uma usuária, certo?! Então às vezes eu me coloco na situação da pessoa, porque ela é encaminhada e fica rodando daqui para lá. Eu acho que falta muito entrosamento para que as pessoas sejam mais bem orientadas em cada setor que elas forem.* (Entrevistado 7)

Eles acreditam que falta aos usuários conhecimento suficiente para habilitá-los à participação, bem como consideraram que seria importante que o serviço comunicasse aos conselheiros o atendimento dado aos casos que estes encaminham, como uma forma de consideração e de valorizar sua iniciativa. *Os membros do Conselho só encaminham. (...) Eles não participam! (...) Aí está uma falha porque eles encaminham e a gente devia dar resposta (de como está o acompanhamento) e está falhando. Até poderia resolver um pouco isso, mas é uma falha muito maior!* (falta de secretária para datilografar e endereçar a resposta) (Entrevistado 9)

Isto acaba por funcionar, mesmo que involuntariamente, como uma forma da Unidade enquanto instituição, impermeabilizar-se à penetração dos cidadãos, protegendo-se através da ocultação de normas e de rotinas de funcionamento. Esta desinformação decorre não só da falta de acesso como também por falta de compreensão da lógica institucional.

Os conselheiros entrevistados acreditam que é preciso capacitar o usuário especialmente para os aspectos técnicos que distanciam a população dos trabalhadores em

saúde e dos prestadores. *Eu acho que o problema da participação popular é que o povo sabe o que quer. Ele quer ser bem atendido, ter acesso aos exames. Acontece que ele não tem o conhecimento técnico e qualquer pessoa que diga que não tem dinheiro nem condições de melhorar, ele acredita. Agora em relação ao conselheiro a dificuldade é esta, é não ter conhecimento mais profundo do funcionamento do Sistema, que é o que a gente está pedindo agora, uma capacitação para Conselheiros, para a gente atuar melhor e poder discutir de igual para igual com quem trabalha. (Entrevistado COMUS 1)*

Por outro lado, o fato do Conselho não ser valorizado nas decisões políticas do governo municipal e não obter respostas às suas necessidades também é considerado como fator desmobilizador, já que desacredita a entidade e priva o usuário da solução dos seus problemas. *Mas eu não sei até que ponto, o prefeito está ouvindo ou não o COMUS. No tempo que eu fiquei, nos dois anos que eu fiquei, nunca fomos levados em consideração! Nunca o prefeito compareceu! Todas às vezes que ele foi chamado ele não foi. O Secretário da Saúde foi chamado e não foi. A única que ia que era Diretora de Saúde. Os demais acima dela, não ia ninguém e parava por aí mesmo. O executivo não tomava as decisões que o COMUS apontava (...). Foram duas plenárias de saúde. A primeira eu participei, na outra não participei. Tivemos em Campos de Jordão nestas plenárias também. Mandamos representantes para Brasília. O pessoal dos bairros que fazia parte do COMUS participava. A gente tinha reunião mensal. Então o pessoal da Comunidade estava sempre, agora os prestadores de serviços saíram, e o Prefeito, simplesmente ignorava as decisões do COMUS. Então você brigava, brigava pra tomar a decisão e o COMUS chegava à conclusão que deveria ser tomada a decisão A e o Prefeito ia e fazia a B, fazia a C. (Entrevistado 5)*

Outro aspecto apontado pelos pesquisados é o de que, em função do descontentamento com a atual situação da saúde, os usuários acabam por ser os mais atingidos e desconsiderados. Coitado do usuário! (risos) *O usuário é tão difícil pra ele eu acho! Até em função de todas as coisas que a gente tá vendo até agora fica difícil pra ele! Se o funcionário tem dificuldades e não tem prazer no seu trabalho, só está preocupado com o salário no fim do mês, ele não está nem aí com o outro. E também fica muito difícil pra ele porque ele só recebe não e não!. Tudo é muito difícil mas a gente pode muita coisa com jeitinho, com boa vontade você pode resolver.* (Entrevistado 3)

Eu acho que está sendo ferida a sua cidadania. Hoje ninguém está satisfeito! Se conversa com o usuário, ele não está satisfeito. Você conversa com o prestador com as empresas e hospitais, a situação de todos eles é caótica. Você conversa com o médico, não está satisfeito. É geral isso aí. Você conversa com o funcionário, não está satisfeito. Há um descontentamento geral. Vai acabar onde, agredindo quem? O usuário. (Entrevistado 4)

Foi observada incompreensão do tema e do significado do conceito de cidadania do usuário, por parte de alguns entrevistados, o que poderia refletir uma questão mal formulada na entrevista. Porém a autora/entrevistadora refêz a pergunta de várias maneiras e continuou ocorrendo a dificuldade de entendimento.

Assim, por exemplo, quando diretamente inquerido sobre como via a cidadania do usuário perante seu trabalho, houve a seguinte resposta: Como é que eu posso dar minha opinião a respeito disso, você diz a liberdade das pessoas de se chegarem em

mim? (O entrevistador reitera a colocação explicando detalhadamente o conceito e a resposta é lacônica) **É lógico!** (Entrevistado 16)

Isto pode resultar das representações sociais se darem em função de uma identificação conceitual mais genérica e abstrata não permitindo aos entrevistados correlacionar este aspecto ao cotidiano da prática institucional. **Cidadania do usuário?! Seria o quê?! Do atendimento dele aqui em relação com ambulatório?(...) Bem acho que, não sei se seria isso que eu vou falar! Acho que para respeitar o direito da cidadania no caso do ambulatório, o usuário vem aqui com livre escolha de atendimento. É um direito que ele tem. Muitas vezes, satisfeito ou não, ele está escolhendo se ele não quer esse médico, passa para outro do interesse dele que convém. Mas é eu não sei como poderia colocar isso?! Eu agora me embananei** (Entrevistado 1)!

O cidadão é o outro distanciado que se caracteriza na relação das múltiplas necessidades gerais com direitos garantidos pelo Estado, anônimo, universalizado, distanciado do senso comum.

Deve porém, de qualquer maneira, nos alertar para o fato de que “cidadania é consciência dos direitos iguais (...) e exige o *sentir-se* igual aos outros, com os mesmos direitos iguais” (SAWAIA: 1994, p.152). É a identificação subjetiva que nos faz reconhecer os direitos do outro e nos compromissar em defendê-los, sendo portanto repassada pela conotação cultural.

Não reconhecer o usuário como cidadão, pode identificar indiretamente o fato de os trabalhadores, por vezes, também não estarem identificando sua responsabilidade na garantia dos seus direitos, revelando uma certa alienação do seu papel de servidor

público. *A participação popular... acho que seria bom! Não sei como poderia ser, acho que a chefia é que resolve estas coisas.* (Entrevistado 15)

Neste aspecto, o trabalhador em saúde está se colocando como espectador na construção desta cidadania, numa “atitude passiva” e a problemática “passa a dizer respeito a um mundo que não lhe cabe lidar”, deixando a responsabilidade para os governantes e gestores, como se atuassem não como sujeitos mas como indivíduos assujeitados (MANZINI-COVRE: 1994, p.125).

Para muitos entrevistados, a universalização, como acessibilidade ampliada é vista como elemento essencial de cidadania para os usuários, que foi conquistada pela implementação do SUS vindo abolir a restrição decorrente da inserção no mercado de trabalho, tão evidenciada pelas disparidades e desigualdades nas décadas de 60 e 70.

Estas distorções se caracterizavam por distinguir trabalhadores urbanos de rurais, contribuintes e não contribuintes da Previdência, e dentre os beneficiários uma estratificação entre vários grupos de qualidades distintas de assistência. *No princípio de nossa conversa, eu disse que havia uma distinção entre as pessoas. Aqueles que tinham o cartãozinho amarelo com fotografia e aqueles que não tinham, não eram atendidos aqui exceto no Centro de Saúde. Hoje o SUS com suas falhas ele acertou no acesso do cidadão comum aqui. Ele não é mais um cidadão de segunda classe. Então o cidadão, o usuário do SUS é atendido independente dele ser trabalhador ou não. Não é pedido nada para ele. Foi um ganho social e foi um ganho para o cidadão brasileiro, independente de sua qualificação ou classificação profissional, ou sem nenhuma profissão...* (Entrevistado 13)

Neste aspecto, a cidadania está sendo interpretada à luz do princípio ético de beneficência e de justiça, para citar GARRAFA em sua discussão sobre ética prática (1996, p. 37). Segundo o autor, esta é a conotação mais frequente e está relacionada à distribuição de limitados recursos na área de saúde pública, sobrepondo-se aos outros princípios de autonomia e não-malificência, questões éticas mais complexas envolvendo outras variáveis do relacionamento do usuário com os serviços, especialmente com os trabalhadores de saúde.

É ainda a representação do acesso como utilização e consumo passivo do bem, desconsiderando a característica de sujeito e ator social na extensão de cobertura qualitativa e seu poder de interagir com as práticas de saúde.

A referência à luta pela cidadania como aliança do funcionário e dos usuários visando melhoria das condições de trabalho e de assistência foi observada tanto nas entrevistas com os trabalhadores como com os conselheiros. *Eu acredito que agora, com essa nova equipe do COMUS, que são os novos de 1996, acredito que a coisa vai melhorar com relação a isso. Eu estou achando muito bom até, o controle de qualidade que estava faltando, estava necessitando de aparelhos, até mesmo médicos, acho que vai ser muito interessante, no momento não tem não! A própria administradora aqui, o próprio funcionário aqui também fala. Olha, está faltando isso, vamos ver o que a gente pode fazer em conjunto, mas alguma coisa de fora nada! (Entrevistado 1)*

Esta aliança foi relatada tanto para luta por melhores recursos institucionais, ou para garantia de espaço nas decisões políticas, desde a eleição da presidência do Conselho Municipal de Saúde, até a denúncia de irregularidades e/ou distorções verificadas

na gestão da Unidade. *Nós temos aqui três representantes no COMUS (...) **O COMUS ajuda a gente. Nós lutamos com muitas dificuldades.*** (Entrevistado 4)

Observou-se que na história do COMUS, os trabalhadores têm votado na população para compor a diretoria do Conselho, o que garantiu até o momento, a hegemonia dos usuários, mantendo os prestadores afastados desta função.

Desta forma, o que ocorre é uma identificação com o usuário, por inversão de papel ou por complementariedade, ou ainda por espelho como na técnica dramática.¹ *Jogavam no mesmo time, porque os funcionários não jogavam no time dos prestadores, embora fossem do time de prestadores. Alguns prestadores falavam: -você estão do lado da população assim fica ruim. Eu dizia: **antes de ser funcionária eu sou população.** Tanto eu posso ficar doente como meus filhos podem ficar doente. Porque eu não tenho convênio de Saúde Bradesco, Itaiú **que vocês têm.** Então eu tenho que jogar no time da população. Tanto que o presidente que nós tivemos era da população e não dos prestadores(...) Se na primeira gestão tivesse ganho prestador até hoje eles estariam na presidência do COMUS. Como nós tomamos a iniciativa de eleger alguém da população, até agora tem sido assim.* (Entrevistado 5)

Isto sugere que em relação ao direito de cidadania, este é um papel novo que esta sendo construído em uma matriz de identidade indiferenciada consequente à falta de tradição dos serviços em conviver com o usuário democraticamente. *Eu acho que tem uma*

¹ Conforme visto no marco teórico, para a teoria psicodramática, os papéis novos são erigidos em uma matriz de identidade, através de recursos que o ator pode utilizar para inicialmente reconhecer o papel, depois jogá-lo e por fim poder criar a partir do que for incorporado. A primeira estratégia é a repetição do papel do outro e a próxima etapa é inverter papel para poder apreendê-lo na sua integralidade. A técnica do espelho é realizada por um ego auxiliar reproduzindo na dramatização o papel do protagonista, tal como é visto “no grupo ou como parece ser na vida real” (SCHÜTZENBERG: 1970, p.119)

área de saúde que ajuda muito, mas tem outra área que, até por questão política, eles se omitem, ficam com medo, com receio. A gente nota que para aparecer e lutar há esta dificuldade.(...) Eu até dou um desconto, porque é até um lado correto que eles têm de resguardar de qualquer punição (...). Vontade eles têm porque quando a gente procura reservado, eles dão toda as informações e contribuições. Mas não quer aparecer (...) têm receio de uma comissão política e prejudicar o trabalho deles. (Entrevistado COMUS 3)

No momento que o usuário passa a ter um espaço de representação formal, ao lado do trabalhador em saúde, ambos estão reconhecendo e aceitando um novo papel a ser estruturado no conflito de interesses dos múltiplos atores envolvidos. Mas eu queria falar de recursos humanos, onde podemos destacar os funcionários que trabalham como enfermeiros e atendentes, e os médicos. A gente vê que dentro do Conselho os funcionários sempre estiveram do lado da população, do lado do usuário. São três gestões em seguida que o Presidente do Conselho é um usuário. Você sabe que é paritário, então porque é que é o usuário o presidente? Porque os funcionários votam conosco, então isto é muito importante(...). Eles também são usuários da saúde e têm acesso à consulta médica no sistema público. Já os médicos, eles têm uma postura diferente porque eles estão com um pé numa canoa e outro na outra canoa.. Eles são do sistema público, muitas vezes como funcionários e do privado como prestadores nos seus consultórios. Eles têm os pés nas duas canoas e muitas vezes não sabem de que lado eles ficam. É claro que prevalece o setor privado. É muito mais o interesse particular. Você vê isto muito claro, embora eles estejam no Conselho muitas vezes representando o setor público, a gente percebe esta divisão, prevalece a visão do benefício próprio. (Entrevistado COMUS 1)

Enquanto os gestores e a maioria dos trabalhadores auxiliares e técnicos vão buscar a inspiração no usuário, os médicos se colocam mesmo quando no papel de trabalhadores, como prestadores, reforçando a postura hegemônica de antagonismo de interesses em relação aos usuários, priorizando os benefícios particulares em detrimento dos públicos e favorecendo o modelo neoliberal.

A participação também foi percebida como fiscalização e controle do trabalho em saúde, no sentido de colaboração com os gestores, no que concerne ao usuário cobrar o cumprimento da jornada de trabalho pelos funcionários, bem como a rotina de normas de funcionamento e condutas. *Eu gosto que as coisas andem direito também, isso já é de mim, ser assim. Então isso vai reforçar, porque só a fiscalização, se a gente não levar a sério muita gente não leva, não leva mesmo. É isso daí, o COMUS vai levar adiante, porque hoje o administrador já pediu a relação de todos os médicos, o horário, cargo, de todos os médicos e funcionários municipal estadual e federal. Eu vou entregar isso sexta-feira. Por quê? Porque o COMUS pediu para todos os Postos apresentarem e todos estarem cientes que pode vir a fiscalização. (Entrevistado 1).*

Deste modo, o usuário acaba se instrumentalizando e, por outro lado, legitimando a ação de controle do processo de trabalho, na gestão da Unidade.

Mas a participação com esta finalidade, também foi entendida como confronto direto com o trabalhador em saúde, estabelecendo uma relação conflitiva entre os direitos e deveres de ambas as partes que acabam por ser colocados como interesses antagônicos. *A cobrança é enorme! Eu não tenho a satisfação de 100% da população que realmente estão pegando no pé, achando ruim comigo se faço isso ou faço aquilo, então a*

cobrança, a revolta a frustração da população é perigosíssima. Cada se tornam mais perigosas! Ainda acham e não deixam de ter razão, que porque nós estamos aqui, nós temos obrigação; mas às vezes extrapolam eles acham que a gente tem que atender de qualquer jeito. Comigo Graças a Deus ninguém nunca faltou ao respeito e o dia em que faltar não vou atender (...). Acho que cada dia mais está havendo mais cobrança (...). O Conselho Municipal da Saúde eu acompanhei, quando criou o conselho eu já estava, e fiz parte. O Conselho Municipal da Saúde é o seguinte: não pode ter vinculação política, e nem revanchismo, nem inimizade com quem quer que seja. Nem pode ir para o lado de querer pegar no médico, porque o médico não cumpre o horário, porque ele não atende direito. Então tem que conversar e ver onde estavam estes colegas e não ficar no pressuposto de que o médico não presta, de que aquela Unidade de Saúde é X ou Y
(Entrevistado 11).

Isto pode sugerir que a aliança anteriormente discutida se dá no sentido do enfrentamento das dificuldades externas à instituição e para influência das decisões que transcendem o âmbito da Unidade, não sendo capaz de dar conta das contradições de interesses quando se trata de buscar soluções para os problemas internos.

A relação com aspectos políticos partidários foi abordada nas entrevistas, tanto pelos trabalhadores como pelos conselheiros como um obstáculo à plena participação dos usuários, caracterizando uma clara distinção entre o poder político formal, seja da representatividade partidária, seja parlamentar ou do executivo, e a liderança e representação comunitária Na segunda gestão do Conselho Municipal da Saúde, que colocou o presidente do Conselho Municipal que entrou politicamente na coisa! Ele

começou a esbarrar no prefeito, a cobrar politicamente, não vendo interesses de saúde. As reuniões eram só de fins políticos e não sei o que, opiniões sem qualquer coisa construtiva. Nós tínhamos falado isto desde início quando nós fizemos o regimento interno do Conselho Municipal da Saúde, cobrar coisas mais altas (...). Olhando para esse lado, eu acho que o Conselho Municipal de Saúde não vai ajudar ninguém em nada! E também ficar do lado do executivo é muito pior, não vai a lugar nenhum também. Tem que ser neutro e não pode aceitar conversa fiada de executivo algum. (Entrevistado 11)

Verificou-se a preocupação de que este poder constituído na prática da cidadania, não fosse cooptado pelo poder institucionalizado e que o espaço da instância do Conselho não se prestasse a fins eleitoreiros. *Eu sempre trabalhei para não entrar a política e a religião no Conselho (...)* Eu acho que nós tínhamos peso político, porque não éramos da política, nós não pertencíamos a nenhuma política (partidária), portanto podíamos debater com qualquer um que fosse contrário à nossa proposta (Entrevistado COMUS 2).

Do mesmo modo, os entrevistados temem o direcionamento da sua atuação para legitimar os poderes consolidados nos órgãos públicos do Município, o que resultaria contribuir para a **consciência populista**, através de “condutas de apoio à liderança populista caso devam ser garantidos os benefícios clientelísticos”. (SANDOVAL, 1994, p.71).

Em relação a este grupo de usuários, observou-se **ausência de garantias dos direitos de cidadania do doente mental**, e que os profissionais reconhecem existir dificuldades adicionais à sua participação e ao seu pleno desenvolvimento como sujeitos e atores sociais.

Talvez esta observação se dê apenas em função do reflexo geral da situação deste grupo populacional e desta área de assistência no país, não havendo especificidade destes aspectos psicossociais para a realidade local. *Bom, vamos falar primeiro do paciente. O doente mental, ele é uma pessoa, em relação à cidadania que tem, eu acho, diversos direitos tolhidos e já desrespeitados desde pelos próprios familiares, até também pelos outros próprios cidadãos, que os consideram como loucos, que ele não é responsável. Então, é o direito ao trabalho que é cerceado, muitas vezes é negado, né?! Assim como também eu acho que se a pessoa é ex-detento, se ele já esteve numa instituição, é visto pelas pessoas de um modo geral como uma pessoa discriminada, entendeu?! Pode voltar a roubar. Então a gente nunca acredita na recuperação de pessoa deste tipo. É isso, todo este estigma o doente mental também carrega consigo e é muito difícil pra ele. Muitas vezes, eu tenho pacientes adultos jovens que estão querendo casar, querendo constituir família(...) e isto leva a ter dificuldades. Dificuldades em participar de encontros, de festas. São de uma certa maneira deixados de lado. A maioria dos doentes mentais são tratados assim. (Entrevistado 12)*

Verificou-se ainda, que ao diagnóstico de doença mental, os trabalhadores acreditam que vão se sobrepôr questões de ordem técnico-científica que passam a subsidiar autoritariamente esta discriminação, no sentido da normalização da vida social.

Neste caso a instituição pode funcionar como potencializadora do estigma e do preconceito sobre os doentes, se não assumir para si o papel de favorecedora de novas representações sobre a doença mental. Esta abordagem educativa junto à Comunidade em geral, está prevista na normatização programática da Saúde Mental, e não se verificou seu desenvolvimento na Unidade estudada.

Quanto ao **poder de organização e luta política**, observou-se que a ação institucional, com enfoque programático e abordagem grupal, pode se constituir em espaço político privilegiado para a organização dos usuários, embora a criação desta consciência possa demandar longo prazo de amadurecimento. *Eu trabalho há muito tempo no programa de Saúde da Mulher né?!... Então ela perguntou se a gente queria fazer um grupo e há 5 anos a gente trabalha com mulheres no climatério nestes grupos e já está com um grupão que está querendo se tornar uma ONG, já está fazendo estatuto. Isto depois de 4 anos que a gente está trabalhando, nós conseguimos no ano passado, fazer um encontro com uma visão um pouco política pra sacudir um pouco a mulherada. Existe isto aqui dentro do município que é uma experiência única de certa forma. (Entrevistado 10)*

Provavelmente, isto se deve ao caráter coletivo das bases teórico-conceituais e tecnológicas das ações programáticas, que estabelecendo o objeto da prática profissional como coletivo, supera o individualismo do enfoque clínico-assistencial, propicia a vivência das questões de saúde no espaço público e traz suas soluções para o debate e o embate dos atores na arena política.

A questão que se coloca, é que o enfoque programático é apenas uma condição de possibilidade, que depende da percepção que os trabalhadores em saúde vão desenvolver em relação a este aspecto. Desta forma, este enfoque pode funcionar como movimento instituinte, potencializando as forças institucionais transformadoras da realidade social e favorecendo a emergência de novos papéis sociais para os usuários, como matriz criativa e espontânea.

O que se observou, em resumo, em relação à cidadania dos usuários foi uma tradição histórica no Município de participação formal através de canais de acessibilidade

política junto à gestão dos serviços. Porém parece que não bastam representantes bem intencionados e efetivamente imbuídos de consciência sanitária, nem a garantia do espaço institucional para a participação, pois a composição de forças políticas depende essencialmente da permeabilidade democrática do governo local, que neste estudo pareceu mais voltado a soluções clientelísticas.

A aliança de trabalhadores em saúde com os usuários em âmbito da participação formal, até o momento parece ter garantido a posição de liderança dos interesses populares, não permitindo que os prestadores assumissem também mais este destaque institucional. Neste aspecto, verificou-se mais uma vez a identificação dos médicos com o interesse das elites, inclusive utilizando indevidamente a instituição de trabalho pública para fortalecer suas posições.

A garantia da manutenção dos direitos transcende o simples acesso aos serviços e a preservação dos ganhos políticos depende de um enfrentamento continuado por uma correlação de forças em constante mudança. A gestão não pode portanto prescindir de trazer para o seu interior estes elementos da dinâmica social, constituindo-se em matriz para a participação popular, onde estes novos papéis institucionais emergentes possam encontrar seu locus e seu status nascendi e se desenvolver. Ao incorporar estes componentes políticos a gestão pode cumprir seu papel social em relação à causa pública e constituir-se ela mesma na arena dos interesses em conflito.

6.2.7 - A Relação dos Trabalhadores com a Entrevista.

Esta categoria de análise foi introduzida na discussão de resultados, em primeiro lugar porque acredita-se que possa trazer informações a respeito da interação do

pesquisador com a realidade pesquisada, propiciando a análise de implicação conforme preconiza a corrente institucionalista.¹

Na análise de implicação, segundo BARBIER (1985), o pesquisador vai levar em conta aspectos inerentes às investigações em Ciências Humanas e Sociais, que pressupõe o desenvolvimento de uma relação interpessoal durante a pesquisa. Esta implicação pode ser analisada em três níveis distintos: psicoafetivo, histórico-existencial e estrutural-profissional. Para isto, considera-se que a pesquisa, partindo da história, se constrói através dela, pelo engajamento do pesquisador “no aqui e agora” (p.110) na intencionalidade do seu projeto científico e no projeto social do grupo pesquisado. Por fim, é necessário salientar que para este trabalho o pesquisador se conduz dentro da “realidade estrutural da sua ação profissional com suas injunções e seus limites econômicos políticos e científicos”(p.118). É condicionado por estes elementos que dialeticamente a pesquisa retorna novamente à história.

Também espera-se demonstrar que as representações sociais dos trabalhadores, a cerca da sua própria contribuição para a compreensão da sua realidade são indicativas de sua caracterização enquanto sujeitos deste conhecimento, elemento portanto de sua cidadania.

Para alguns entrevistados, o envolvimento afetivo com a entrevista esteve bastante evidente constituindo-se este momento praticamente como **desabafo emocionado**.

¹ Por corrente institucionalista entende-se aqui a linha teórico-metodológica que tem por base a Análise Institucional, independente das várias vertentes existentes, sendo que a quase unanimidade delas reconhece como imprescindível o conceito de análise de implicação conforme visto na Metodologia.

Eu fico nervosa, mas é assim uma oportunidade da gente botar pra fora muita coisa (pausa) sei lá eu agradeço você (choro). (Entrevistado 5)

Isto parece ter se dado, em função especialmente das mudanças institucionais vividas no passado e pouco elaboradas até o presente, bem como por situações particulares atuais de perdas iminentes em relação ao papel profissional. *No começo tava difícil em função da voz (encontrava-se rouca). Em função de eu estar saindo (último dia de trabalho depois férias e aposentadoria), eu não queria prejudicar seu trabalho. Eu acho que se alguém se propõe a fazer um trabalho desta categoria a gente não pode arriscar. Foi muito bom assim. Eu consegui colocar muita coisa. Dividir minha situação. Eu acho que foi muito bom e espero que sirva para você alguma coisa.(...) Se você quiser anotar meu endereço e telefone pra você depois me procurar para o trabalho de grupo... . (Entrevistado 3).*

A oportunidade de relatar suas experiências foi também para eles de expressão afetiva, exigindo do entrevistador a atitude ética de solidariedade e acolhimento, além do reconhecimento de estar compartilhando da subjetividade daqueles trabalhadores, muito provavelmente apenas pela singularidade daquela conjuntura. *Um desabafo, porque essas coisas que eu estou falando para você são coisas que eu penso mas que eu não costumo ficar falando por aí. Coisas que estou sentindo há muitos anos que eu tenho vivido e tudo mais e a gente não sai falando por aí, sendo taxada de chata, ficar remoendo o passado.(...) Seria bom mesmo se fizessemos reuniões, para por pra fora tudo que a gente pensa, não é?! Ai de repente ... (Falar das mudanças? Ninguém teve tempo de trabalhar, de lidar com isso?) Não, nem sempre! (Entrevistado 2)*

Diante deste acontecimento, a postura foi de respeito, discrição e de empenho em proteger os conteúdos afetivos, oferecendo-lhes o necessário continente e agradecendo a confiança e a colaboração dos entrevistados.

Para SAWAIA (1994), “nenhuma ação é desencadeada sem uma base emocional (...), a alienação da razão, a alienação dos sentimentos e a alienação das necessidades fazem parte de um mesmo processo e não se pode privilegiar uma delas ou analisá-las isoladamente”, reconhecendo que para se recuperar a cidadania, tem-se que buscar novamente a interrelação entre “o pensar, sentir e agir” (p.152-3).

Outros entrevistados demonstraram a esperança de que a iniciativa da pesquisa seja uma **oportunidade de contribuir para a mudança da situação**, o que de certa forma é também se sentir e se entender valorizado no seu poder de transformação social e portanto como ator e sujeito histórico. *Eu acho interessante esse trabalho que você está fazendo, gostei de participar, a princípio eu não sabia bem o que era, mas me coloquei à disposição, porque eu acho que se você está fazendo isso pra tentar melhorar alguma coisa! Se você tem essa visão, pra mim está excelente! Então eu não sei também, se você quer saber mais alguma coisa, se eu não esqueci de nada. Aqui é linha de frente.* (Entrevistado 7).

A esperança está aqui identificada com o significado que lhe atribui RIGOTTO (1994), enquanto o segundo pilar que baliza o cidadão em “qualquer forma de inserção no processo histórico”(p.30), ao lado da ética que intermedia o conflito entre o indivíduo e a sociedade.

O que motiva os sujeitos sociais a conquistar seu espaço de possibilidades para superar os limites e contradições do seu mundo social, são inicialmente do âmbito de seu cotidiano existencial. ***Tem que mudar isto aí! É interessante! Deveria fazer isto em todo quanto é lugar. Gostei de mais do seu trabalho(...) Eu gostei, achei interessante ...***
(Entrevistado 9)

Mesmo que estas necessidades sejam determinadas no contexto coletivo sócio-histórico, a percepção delas, seu reconhecimento e valorização como fator mobilizador da consciência, passa pelo crivo da subjetividade, e neste sentido, a esperança é que faz a síntese do macro para a microrrealidade existencial, podendo se dizer que há uma complementariedade pela interpenetração com a ética.

Indiscutivelmente é também a mesma esperança que vai se caracterizando em substituição à inquietação inicial no processo de criação do pesquisador, observando-se seu registro emocionado na interação sujeito-sujeito da pesquisa. ***Eu espero poder de alguma forma contribuir para que as coisas mudem! Eu acho que foi minha indignação também que me fez procurar esse tema! Ir atrás de pesquisar isto e denunciar essas coisas!***
(Entrevistador)

Observou-se que para dois dos entrevistados houve certa **interdição do discurso**, evidenciada pela dificuldade em expressar suas representações, seja por censura interna decorrente de motivações não explicitadas, seja por necessidade de corresponder às expectativas do entrevistador. ***Ah! Foi um prazer pra mim. Não pude falar muita coisa, porque se eu pudesse falar tinha falado.(...) Foi um prazer!*** (Entrevistado 11)

Em qualquer uma das situações, a escuta e o olhar do outro enquanto um avaliador da realidade institucional, pode ter funcionado como fator gerador de resistência, no sentido de defesa e proteção ideológica.

MANZINI-COVRE (1994), trabalhando com a teoria de Elias Canetti em *Massa e Poder*, nos aponta que “o contexto do interrogatório é o avesso do contexto dos direitos, sua expressão é do assujeitamento do interrogado. (...) A liberdade da pessoa reside em boa parte em sua capacidade de defender-se das perguntas.” A autora ainda salienta que esta questão é mais agravada quando o diálogo não se estabelece entre iguais. (p.131).

Diante desta preocupação, o pesquisador buscou o uso da entrevista o menos estruturada possível, no sentido de evitar caracterizar-se como um interrogatório, deixando os entrevistados o mais livres para expressarem o que consideravam relevante. *No começo achei esquisito! Você deixa à vontade para falar, então a gente não sabe por onde começar, você fica meio assim, será que eu falei, aí você vai perguntando, ajuda a gente um pouco, na entrevista fica mais fácil. Senão, você pode se perder e muitas vezes não fala aquilo que você quer ouvir, quer saber, então dando uma paradinha, perguntando ajuda mais. Por isso eu perguntei, eu falei pra você se não ia ajudar com alguma coisa!*
(Entrevistado 1)

Procurou-se também criar clima de confiança e até mesmo de certa cumplicidade, já que o entrevistador colocava-se sempre como trabalhador em saúde. A despeito destes cuidados, mesmo assim observou-se a interdição ora apresentada, parecendo inclusive favorecer os mecanismos de defesa.

Contrariamente ao abordado no tópico anterior, para outros entrevistados, a possibilidade de interromper sua rotina ocupacional, mesmo diante do transtorno que isto pudesse acarretar, foi vista como **oportunidade de reflexão e expressão** sobre sua prática profissional e sua inserção institucional. *Eu gostei, achei as perguntas muito interessantes, inteligentes, bem direcionadas. **Dá uma chance da pessoa se manifestar a respeito de uma coisa que nunca ninguém veio me perguntar neste tempo todo que eu estou aqui. Se eu estava satisfeito com meu trabalho. Tem medo da resposta (risos). Então você foi a primeira pessoa que veio me perguntar sobre o que era meu trabalho, meus pacientes e tal, achei bem interessante o trabalho. Eu espero que realmente dê bons frutos.*** (Entrevistado 12)

Estes entrevistados sentiram-se à vontade e motivados a colaborar, seja pelo ineditismo da situação, seja por sentirem-se valorizados. *Foi melhor que pensei porque sou meia tímida, não é?! **Até que eu falei sim!**(...) Eu tenho isso, eu sou tímida para algumas pessoas, se eu simpatizar, se eu me sentir bem, parece que eu já conheço a pessoa, eu fico à vontade, **eu fiquei à vontade.*** (Entrevistado 8)

A interrupção do cotidiano permite romper conseqüentemente com a alienação da consciência do senso comum, ressignificando a realidade institucional e portanto estabelecendo novas representações sobre ela, refletindo a interação dos sujeitos da amostra com a pesquisa. *Não estava esperando! Fui pega de surpresa. O que será isso meu Deus! Nunca ninguém me entrevistou. **Já estou no final de carreira!** Gostei, foi bom, levei um susto mas não foi nada, **recuperei e gostei!*** (Entrevistado 15)

De acordo com a teoria das representações sociais, os indivíduos não são passivos em relação ao conhecimento da realidade, mas se apropriam dele ativamente para

construir novos significados que vão readequá-lo. *Olha, é difícil a gente ter contato com pessoas assim que conhece a área e que está numa situação assim, de pesquisa como você está fazendo. (Entrevistado 16).*

Nesta situação, não existe distinção entre a verdade que se apresenta aos sujeitos e como eles a percebem. Este recorte do real é, portanto, a apreensão que se pode fazer dele. Este real é reconstruído continuamente na historicidade dos atores sociais (ALONSO: 1994).

A cidadania se constroi por estas progressivas transformações de consciência, e de certo modo, se pode levantar a hipótese de que, para estes entrevistados, esta oportunidade se constituiu em vivência de cidadania no trabalho. *Tem muita gente mesmo (na sala de espera), mas como é algo excepcional a gente ... é até, diferente, é bacana até, isto serve pra gente como reflexão, a gente fala às vezes sobre o assunto, mas picadinho com um ou com outro. É difícil você desenvolver um raciocínio em cima disto. Aliás, é difícil você ter tempo e alguém disposto a te ouvir (risos) como você fazendo a entrevista.(...) A gente começa a falar neste assunto e logo alguém muda, então nem em casa, nem fora, nem no hospital você tem tempo pra se aprofundar um pouquinho. Eu achei ótimo! Achei interessante e agradeço. (Entrevistado 14)*

Para alguns entrevistados, o fato do objeto da pesquisa ser o trabalhador em saúde foi motivação para o seu envolvimento, por sentirem-se valorizados.

Por um lado, esta percepção decorreu da re-significação das representações sobre o trabalhador em saúde, propondo uma visão de ator social, ao recorrer ao protagonista em busca das suas próprias experiências, e por outro, rompeu com o

equivalente na tradição da prática usual de planejamento, de desconsiderar os trabalhadores que vão em última análise efetivar e operacionalizar as medidas propostas. *É bom! Eu achei muito importante no seguinte sentido. É o seu trabalho, você está fazendo uma pesquisa.(...). Então eu considero que seja uma crítica construtiva, que este tipo de implementação de programas e subprogramas, eles sejam feitos de forma que venham a Unidade e não vejam só papel. Se a gente pega um profissional que saiu de trás da mesa e atendeu um paciente, teve alguma experiência no campo, ele tem uma visão, às vezes, um pouquinho diferente ao mostrar estes subprogramas. (Entrevistado 13)*

O que isto parece caracterizar, é que estes trabalhadores estão abertos à possibilidade de participar das mudanças necessárias à reorientação do modelo assistencial, e que pode ser uma estratégia bastante adequada convidá-los ao diálogo. *Ah! Foi ótimo! Foi bom! Porque é gostoso a gente encontrar, que tem pessoas, né?! Que se preocupam com isto. Que tem pessoas que têm uma visão ... Eu não acho que é utópica não, sabe porque ... eu não diria utópica não ... São pessoas que acreditam em algo mais do que aquilo que está na sua frente ... Uma visão mais ampla do nosso papel até enquanto profissional mesmo. É o que a gente pode fazer. Eu achei ótimo. Embora ficou outra série de questionamentos (risos). Mas é legal a gente saber que há pessoas que se preocupam e que apesar de tudo vale a pena ... (Entrevistado 10) Quando a alma não é pequena! (Entrevistador e Entrevistado 10)*

Nesta pesquisa, não se observou nenhuma atividade de mobilização social dos trabalhadores pelos seus interesses dentro da Unidade, ou sequer houve referência em suas entrevistas a este aspecto fora dela em outros níveis ou entidades de representação, indicando que suas formas de resistência tem se dado principalmente em caráter particular e

individualizado, em detrimento da ação política coletiva. Na colocação de SANDOVAL (1994), não se verificou na realidade estudada a “predisposição para intervenção (...) em defesa de seus interesses” (p.68), fortalecendo a tendência de postura acrítica e alienada.

Diante destas observações, pode-se inferir que será necessário introduzir um espaço no processo de gestão para catalizar o desejo para projetos mais coletivos e transformadores. *Eu acho que basicamente é esta a intenção do meu trabalho. É ouvir o trabalhador em Saúde, no que acha que deve modificar na organização do serviço. Porque realmente ele é pouco ouvido. (Entrevistador)*

Para um dos entrevistados, que é professor universitário também, o significado relevante da entrevista foi o **compromisso com a verdade**, expressada na coerência interna, subjetividade objetivada no discurso e na ação, onde o ator solitário, na maioria das vezes, apenas pode falar de si e por si mesmo. *Quando você passa a entrevistado, acho que uma coisa norteia o pensamento da gente: você ser coerente com a verdade. Ser coerente sobretudo com aquilo que você professa. Dizem que nós somos professores. Professores devem professar alguma coisa, né?! Vamos professar estas idéias de verdade e coerência consigo mesmo. Imagine que a gente está sendo responsável pela formação de tanta gente, co-responsável. Como que você vai levar determinada mensagem se você está em contradição. Tem de se ter um cuidado muito grande. (Entrevistado 6)*

Pareceu-me relevante destacar esta representação porque, em meu entender é reveladora de uma condição já evidenciada em outras categorias de análise, o isolamento institucional da maioria dos trabalhadores da Unidade, que nega o caráter coletivo de sua prática e contribui sobremaneira para sua alienação.

Esta e outras verdades não estão sendo professadas na instituição, e se elas não podem ir para o debate público, não há a passagem para homem político, “no sentido de sair do reino da necessidade para o da liberdade” (MANZINI-COVRE: 1994, p.126), portanto não transpondo a esfera do privado.

Para outros entrevistados, esta oportunidade não significou nenhuma conjuntura especial, sendo indiferente ou até mesmo foi uma ocorrência para a qual o trabalhador não gostaria de ter sido selecionado. *Acho que foi bom, eu gosto de conversar estas coisas (...). Estou acostumado ... Eu não ligo de ser entrevistado! (Entrevistado 4)*

Neste caso, após o término da entrevista, depois de desligado o gravador, é que o entrevistado procedeu às declarações mais interessantes, que foram logo registradas no diário de campo.

Em relação ao desejo de estar fora da pesquisa, o entrevistado se colocou na maioria das vezes, de modo a responder sucinta e até monossilabicamente constituindo-se na mais breve entrevista da pesquisa. *Foi tranquilo, eu fiquei sabendo que estava acontecendo isso aqui e falaram vão entrevistar fulano, sicrano, então eu falei, eu não estou nisso. De certa forma não estou nisso melhor ainda, não é, não vou ter que falar nada! E eu estava na sala, vieram me chamar dizendo que a (Administradora) estava querendo falar comigo, fui ver o que ela queria comigo, não podia imaginar, mas tudo tranquilo! Eu fui ver o que ela queria então tudo bem. (Entrevistado 17)*

Parece que nestes casos, a situação de entrevista se colocou como mais uma tarefa a ser cumprida, não sendo capaz de envolver estes sujeitos, que por razões desconhecidas, não especificadas nesta pesquisa, optaram por certo distanciamento, e

provavelmente, isto em nada contribuiu para as suas representações sobre a realidade institucional.

Este fato pode ser decorrência da necessidade destes sujeitos manterem a estabilidade do cotidiano, evitando confrontar crenças e valores que possam representar ameaça ao equilíbrio habitual pelo qual se orientam no papel profissional. Possivelmente este estímulo não foi suficiente para mobilizar a intencionalidade criativa e espontânea prevalecendo a conserva cultural do papel.

6.3 - Sociodrama.

6.3.1 - Metodologia.

O Sociodrama, uma das principais estratégias desta investigação foi realizado em 03/07/96 após cuidadoso preparo junto aos entrevistados e aos profissionais que seriam responsáveis pela direção do mesmo, buscando de um lado, garantir o máximo de participação e de outro a melhor compreensão possível do objetivo deste encontro grupal.

O tema selecionado foi a percepção dos entrevistados sobre seus direitos e deveres enquanto trabalhadores em saúde e as possibilidades de atuação institucional neste sentido, visto que estes foram assuntos pouco desenvolvidos nas entrevistas individuais, mas considerados importantes para a pesquisa. Isto se evidenciou por serem pouco compreendidos ou abordados estereotipadamente, embora se pudesse depreender nas entrelinhas dos discursos dos entrevistados, sua presença constante como elemento condicionador da temática central da pesquisa. Houve também o reconhecimento implícito e

explícito da importância daqueles aspectos pelos entrevistados, reconhecimento confirmado pela análise do conteúdo das entrevistas.

Desenvolver esta temática é importante também pela sua relevância na organização do SUS, conforme atesta GARRAFA (1996, p.36), remetendo-nos ao campo da ética como processo de “detectar, interpretar respeitar e agir dentro do pluralismo decorrente das novas formas de interrelação pessoal, cultural, social e política”, que parece implicar diretamente nas representações de direitos e deveres. Relatando a respeito do I Simpósio Internacional de Bioética Clínica para o Complexo Hospitalar de Heliópolis, em São Paulo, o autor comunica sua principal recomendação que é “a necessidade de se trabalhar na (re)construção da ética da responsabilidade” (p 38) seja em relação ao Estado, seja nas práticas dos trabalhadores em saúde.

SCHRAIBER (1996, p.50), delimitando o campo da ética no espaço institucional definido pela autonomia relativa dos sujeitos no trabalho em saúde e no sentido das decisões que implicam e são implicadas pela sua prática, em situações de “conflito de deveres”, admite a necessidade de definir melhor este conceito.

Definida a temática, elaborou-se uma carta convite aos entrevistados, explicitando-se os motivos particulares pelo tempo decorrido entre o momento da entrevista e a atividade grupal, solicitando-se o máximo empenho no comparecimento, e reiterando-se a contribuição imprescindível dos sujeitos da amostra para a realização desta fase do estudo.

(Anexo 3)

A data, o horário e o local foram estabelecidos após investigação informal do melhor momento propício, pois havia entrevistados em dois períodos de trabalho: manhã e

tarde. Contava-se portanto com a dificuldade de poder reunir todo o grupo de entrevistados, até porque, na primeira fase da pesquisa, o tempo despendido foi menor e procurou-se adaptar a atividade aproveitando-se o próprio horário de trabalho para a realização das entrevistas.

A Diretora do Sociodrama foi uma psicóloga sociopsicodramatista didata Maria Teresinha Nascimento Luba que solicitou para ego auxiliar em co-direção outro psicólogo sociopsicodramatista, mestre em Filosofia pela PUC de São Paulo, Donizete Goulart. Ambos, em conjunto com a pesquisadora, decidiram as técnicas a serem adotadas. Em oportunidade anterior, a Diretora teve contato com todo o material das entrevistas integralmente transcrito e digitado, podendo assim subsidiar melhor sua estratégia de atuação e referenciando-a à realidade socioinstitucional e profissional do grupo.

Foi então proposta a seguinte abordagem técnica nos respectivos contextos e etapas:¹

Aquecimento:

Como aquecimento inespecífico, foi proposto um acolhimento individual dos participantes, a ser operacionalizado pelas seguintes consígnas:

¹ Entendem-se aqui os contextos conforme definidos por GONÇALVES et al (1988, p.97) como “o encadeamento, de vivências privadas e coletivas, de sujeitos que se inter-relacionam numa contingência espaço-temporal”, podendo se apresentar em três dimensões: social, grupal e dramático, de acordo com as distintas realidades dos sujeitos da ação. O contexto dramático somente é observado durante a intervenção sociopsicodramática, na dimensão do imaginário e do simbólico, artificialmente demarcado pelos diretores na condução do processo. As etapas a serem seguidas são em número de quatro: de *aquecimento*, de preparo para a ação através da colocação e emergência temática; de *dramatização* e criação, “onde sobressaem a busca da concepção dramática, a distribuição dos papéis, a ‘armação’ do cenário e a lenta transformação dos atores” com máxima atuação do binômio espontaneidade-criatividade para liberação da subjetividade dos atores; de *compartilhar*, que é o momento de troca afetivo-existencial ao findar a dramatização; e, finalmente de *comentários*, quando se realiza a elaboração do vivido na ação dramática (p.84).

1) - Caminhar pela sala refletindo sobre o próprio trabalho em seu cotidiano buscando identificar três situações a respeito do trabalho: o que gostaria de fazer, o que deveria fazer e o que estaria podendo fazer.

2) - Prosseguir aprofundando o exercício de imaginação ativa buscando ritmo e som que identifiquem as três situações.

3) Buscar uma posição corporal estática para cada uma das situações e identificar os sentimentos correspondentes, com expressiva uma palavra apenas.

No aquecimento específico o objetivo foi a busca de interação com o grupo através das seguintes ações:

1) - Retornar à caminhada pela sala buscando então interagir com os companheiros mas mantendo o pensamento nas três situações.

2) - Formar grupos por funções e frente as três situações buscando identificar uma palavra.

3) - Formar grupos por tempo de serviço na Unidade (menos de três anos e mais de três anos) nas mesmas especificações anteriores.

4) - Formar grupos por vínculo institucional (Estadual, Federal e Municipal) nas mesmas especificações anteriores.

5) - Formar grupos por realização ou não de trabalho em equipe buscando identificar como é percebida emocionalmente esta situação para os vários atores.

Dramatização:

1) - Montar três grupos agora em função do trabalho realizado e encenar.

- Os que realizam o trabalho que querem.
 - Os que realizam o trabalho que devem.
 - Os que realizam o trabalho que podem.
- 2) - Buscar uma palavra que identifique os sentimentos mais expressivos de cada situação.
 - 3) - Escolher uma das três cenas e identificar como se sentem nela através de uma palavra.
 - 4) - Identificar como é a realidade no serviço e identificar com uma palavra como se sentem atuando assim.
 - 5) - O grupo todo deve montar a imagem de um trem simbolizando estas situações, identificando os personagens (locomotiva, vagão, linha, trilhos, condutor, etc.) e colocar ritmo, som e movimento, buscando uma palavra que expresse melhor o sentimento em relação à cena.
 - 6) - Verificar se falta alguma coisa que deva ser expressada com relação a este trabalho e qual o sentimento mais significativo que a identifique.
 - 7) - Os participantes devem utilizar este momento para compartilhar entre si e com os diretores e a autora/pesquisadora, suas idéias e impressões sobre a dramatização.
 - 8) - O grupo deve proceder os comentários finais sobre o encontro vivido com os diretores, participantes e pesquisador.

6.3.2 - Descrição e análise.

Na data e horário previstos, em 03 de julho de 1996 às 9 horas, no Auditório da Unidade Materno-Infantil, realizou-se o Sociodrama que foi filmado com recurso de câmera de vídeo pela pesquisadora e registrado por anotações gráficas manuscritas por uma colaboradora.

Compareceram 8 dos 15 entrevistados, 2 médicos, 2 administradoras, 1 Assistente Social, 2 enfermeiras e uma auxiliar de enfermagem.

Inicialmente a pesquisadora realizou a apresentação dos diretores e da Assistente Social Maria Benedita de Gouveia que participava como anotadora, esclarecendo que todos estavam cientes dos preceitos éticos de sigilo e confidencialidade. Também solicitou permissão para filmar o trabalho informando que a fita estaria sob sua exclusiva guarda e que o grupo poderia ter acesso a mesma desde que solicitasse uma oportunidade em conjunto.

A diretora reiterou a necessidade do sigilo da equipe e dos participantes, de modo a permitir que todos pudessem se expressar livremente, afirmando que esta colaboração e envolvimento seriam fundamentais ao trabalho.

Solicitou então ao grupo que se levantasse, empurrasse as cadeiras para ampliar o espaço, caminhasse pela sala fazendo um trabalho corporal espreguiçando-se e esticando todo o corpo e tentando relaxar os pontos de tensão, buscando conhecer o espaço e voltando-se para si mesmo, pensando um pouco no trabalho diário de cada um.

A seguir, pediu que as pessoas se olhassem e dissessem seus nomes em voz alta e que prosseguissem pensando no seu trabalho, na função que desempenhavam, na

rotina diária de cada um, e especialmente, no trabalho que **deveriam fazer**, no trabalho que **gostariam de fazer** e no que **estariam podendo fazer**.

Foi proposto então que colocassem um ritmo para a caminhada primeiramente referente ao trabalho que **gostariam de fazer**. Observou-se que houve grande variação de atitude entre os participantes, tanto na direção como na velocidade e nas posturas corporais, mais soltas ou contidas, mais cabisbaixas ou mais relaxadas, porém voltadas de modo geral, para uma lentidão de movimentos.

Posteriormente foram solicitados a repetir a ação para o trabalho que **deveriam fazer**, verificando-se que houve uma dificuldade em modificar o ritmo e a velocidade inicialmente estabelecida e o resultado grupal não diferenciou muito da primeira ação, a não ser por uma cadência mais calma e mais marcada e posturas corporais e expressões aparentemente mais tranquilas.

Neste momento, a representação parece sugerir uma identidade entre o desejo e o dever, como se instituinte e instituído, criação e conserva se confundissem no papel desempenhado. Deve-se porém ter cautela, pois uma análise precoce poderia precipitar conclusões, desconsiderando-se outras explicações igualmente plausíveis, como baixo nível de aquecimento dos atores, mascarando assim os resultados por insuficiência do processo. Por outro lado, estes aspectos devem ser registrados e considerados posteriormente no conjunto da dramatização.

Em seguida foi solicitada a mesma ação em relação ao trabalho que **estariam podendo realizar** no cotidiano institucional. Aí verificou-se que o ritmo diminuiu bastante, sendo que a maioria das pessoas permaneceu cabisbaixa e as expressões faciais foram de

abatimento. Os braços estavam presos ou estendidos ao longo do corpo e uma participante se apresentou de braços cruzados. Tudo isto sugeria uma conotação depressiva para a atuação grupal.

Toda a representação sugeria impotência e subordinação, aspecto já evidenciados na análise das entrevistas individuais, quando os trabalhadores salientaram as precárias condições materiais, organizacionais e de gestão da Unidade, bem como as restrições relativas aos aspectos funcionais como insuficiência e desigualdades salariais, falta de perspectivas de desenvolvimento profissional e institucional e de participação e influência na transformação desta realidade, limitando assim a efetivação da sua cidadania.

Foi então solicitado que as pessoas parassem e tentassem colocar numa posição corporal inicialmente, a expressão do trabalho que **gostariam de fazer**. As pessoas se colocaram próximas às cadeiras com postura de indiferença. Apenas a médica abriu um pouco os braços afastados do corpo em posição receptiva. Neste momento aparentavam grande dificuldade em assumir e desempenhar o papel, sugerindo falta de espontaneidade, provavelmente por estarem pouco aquecidas, o que poderia ser atribuído a uma inadequação técnica, especialmente em função da falta de familiaridade com esta metodologia, ou ainda à realidade institucional dos atores onde o desejo não consegue instrumentalizar a ação, conforme já se analisou a partir do discurso, na outra fase da pesquisa.

Mais uma vez não se alterou a imagem quando se modificou a consigna para o trabalho que **deveriam de fazer**, reiterando a observação anterior de que o desejo não parece se separar do dever na atuação proposta.

Para o trabalho que estariam podendo fazer, houve grande mudança da apresentação cênica, para novamente uma postura depressiva de apatia e desânimo e expressões faciais de tristeza. Uma participante se sentou em atitude largada sobre a cadeira e totalmente abatida. Enquanto a médica uniu os braços estendidos para frente ao longo do corpo envolvendo a cabeça abaixada, outra participante apoia-se na cadeira como que necessitando de algum tipo de sustentação. Quando solicitado, as palavras emitidas para expressar a emoção do momento foram: *irritação, inércia, recursos¹, desinteresse e boa vontade*, em sua maioria compatíveis com a comunicação não verbal da cena.

Pediu-se então aos participantes que retornassem à imagem do trabalho que deveriam fazer, e que observassem as mudanças que ocorreriam na postura corporal, identificando novamente com as palavras que foram: *entusiasmo, vontade, prevenção e liberdade*. Para o trabalho que gostariam de fazer não houve mudança, apenas se observou que as cabeças estavam mais eretas e os olhares mais direcionados para frente. As palavras foram: *liberdade, prevenção, entrosamento, valorização, prioridade e integração*.

Tanto a comunicação verbal como a postural e fisionômica confirmaram as evidências anteriores, da impossibilidade de distinção entre as duas situações, e a repetição da ocorrência, mais uma vez foi fortemente sugestiva de que havia comprometimento do papel profissional. Os atores não se encontravam apenas pouco espontâneos no contexto dramático, mas provavelmente isto estaria ocorrendo também no contexto social, em seu cotidiano institucional.

¹ O termo *recursos* entra aqui com o sentido da falta, pois o timbre é de súplica.

Observou-se que novas características situacionais foram identificadas e acrescentadas ao rol de palavras da cena anterior, destacando-se por um lado, *entrosamento* e *integração* e por outro *valorização* e *prioridade*. É sugestivo que estes termos se relacionassem ao desejo, que até este momento na dramatização, esteve desentrosado, desintegrado e não foi priorizado ou valorizado o suficiente para caracterizar e definir o papel dos profissionais perante o trabalho que estariam podendo fazer.

Isto poderia estar indicando que para se realizar, o desejo necessitava ser confrontado no grupo, no espaço coletivo onde se constitui como subjetividade objetivada, subjetivante e objetivante, ao passar do domínio privado para o diálogo público. Neste caso, nesta vivência sociodramática, foi o desejo que dimensionou o trabalho em saúde como processo coletivo, introduzindo o outro no contexto dramático.

Solicitou-se então que os participantes se movimentassem novamente buscando pensar agora não mais no seu trabalho individual, mas no trabalho como um todo, do conjunto dos trabalhadores da Unidade. Duas participantes (médica e enfermeira) se viraram de costas uma para a outra, outras olhavam para o chão e outros se posicionaram de lado, dando as costas para parte do grupo. As palavras apresentadas desta vez foram: *vontade política, descaso, falta de apoio, falta de entrosamento e egoísmo*.

- Deste modo, o outro entra como falta, como ausência, como devir abortado, corroborando evidências da análise das entrevistas, onde o reconhecimento da importância e até mesmo da imprescindibilidade do trabalho coletivo, convive com as dificuldades e distorções de práticas geralmente isoladas e fragmentadas, salvo raras situações particularizadas de abordagem programática, como na Saúde Mental, no programa do Adolescente ou no projeto de Fitoterapia. Na verdade, mesmo trabalhando em equipe, na

maioria das vezes, não se logrou ainda obter a atenção integral, já que geralmente os profissionais não conseguem realizar discussões conjuntas ou ter outra forma de estabelecer a integração dos saberes e das abordagens que permanecem sectarizadas.

Convidou-se então os participantes para que retornassem a caminhar, olhando uns para os outros e reconhecendo seus colegas de trabalho, formando inicialmente grupos por profissão. Organizaram-se então quatro grupos: medicina, enfermagem, serviço social, administração.

Em seguida, agruparam-se por vínculo empregatício: municipal, estadual e federal. A médica encontrava-se dividida por ter dois vínculos (estadual e municipal) e o outro médico referiu que os grupos estavam colocados por ordem decrescente de salário do federal ao estadual. As palavras identificadas foram: *salário*¹, *desunido*, *desvalorização*, *solidão*, *diferença*, *equiparação*.

Foram então solicitados a reunir-se, segundo o fato de **trabalhar em equipe** e foram montados três grupos: 1 médica e duas enfermeiras, o outro médico e duas assistentes sociais e uma administradora (que trabalha no fichário central) e a auxiliar isoladas embora próximas. As palavras significativas foram *força*, *engrandecimento*, *união* e *ideal*. Observou-se que um dos Sub-grupos estava unido pelos braços e a médica fazia carinho na enfermeira sugerindo uma interrelação maior e até mesmo proximidade afetiva. No outro sub-grupo as pessoas estão de braços cruzados ou para trás do corpo ou ao longo do corpo sugerindo uma *união* relativa com certo distanciamento.

¹ Novamente observa-se que este termo tem a conotação de desigualdade, embora não tenha sido explicitado neste momento, o que ficou claro na análise das entrevistas.

Na verdade, poder-se-ia fazer a analogia de que no primeiro caso, ocorreria a inter ou a trans disciplinabilidade e no segundo a multiprofissionalidade simplesmente, onde os conteúdos aparecem como segmentos separados no processo de trabalho em saúde.

Esta estratégia de intervenção cênica, evidenciando-se a diversidade e heterogeneidade do grupo, explicitou as contradições que estes sujeitos enfrentam no cotidiano institucional, acentuando a vivência caótica de ser trabalhador coletivo sem poder ser ator coletivo, visto que os profissionais não exercem seus papéis em conformidade com o todo, isto é, com os papéis dos outros.

Neste momento, a diretora pediu para os participantes expressarem como estavam sentindo a ausência das pessoas que não vieram para o trabalho e que faziam parte do grupo de entrevistados. As palavras foram *ausência, falta de interesse, tristeza, decepção, compreensão, saudade, é uma pena*. Com isto, completou-se a caracterização do outro ausente e se intensificou ainda mais a vivência da falta, acirrando o conflito dramático, no sentido de sua conscientização.¹

Retornando à caminhada deveriam tentar montar três grupos o daqueles que realizam o trabalho que deveria ser realizado, o daqueles que realizam o trabalho que gostariam de realizar e daqueles que realizam o que estariam podendo realizar. Houve uma incompreensão generalizada e os diretores pediram que se separassem em três grupos e que discutissem como seria este trabalho nas três circunstâncias.

¹ Conflito dramático é aqui entendido como elemento básico de ação dramática, que lhe confere qualidade e possibilita o desenvolvimento do sociodrama. Habitualmente este conflito se dá por oposição de papéis ou de objetivos dos atores na cena dramática, mas o que se coloca aqui é a impossibilidade de oposição pela ausência de antagonista, de modo que o conflito permanece latente, até que haja a compreensão das suas motivações, tornando presente a “ausência instituída” (MENEGAZZO et al: 1992, p.43).

Até este momento, o trabalho continuava lento e o grupo parecia estar pouco aquecido, perdendo facilmente a espontaneidade e interferindo no desenvolvimento dramático negativamente. O medo de atuar ainda era intenso e o grupo se recusava a resolver os conflitos que iam se encadeando no sociodrama, permanecendo em campo tenso e em confusão, o que dificultava mais ainda a emergência da espontaneidade. Introduzir um plano verbal propiciou relaxar um pouco o contexto e diminuir a resistência dos atores.

Montaram-se por fim três grupos: os médicos com o trabalho que **gostariam de fazer**, a enfermagem com o trabalho que **estariam podendo fazer** e administradoras e assistentes sociais com o trabalho que **deveriam fazer**.

A primeira imagem a ser montada, foi a do **desejo** que foi denominada pelo sub-grupo como *utopia*. Enquanto um médico olhava através do binóculo, o outro chamava os *recursos* com gestos de mão elevada sobre a cabeça, sugerindo a distância do objeto do desejo, como algo que não faz parte da realidade enquanto cotidiano institucional. As palavras utilizadas pelos participantes foram: *chamando as pessoas, interesses, recursos, saúde, prioridade*.

O **desejo**, como foi colocado, encontrava-se provavelmente externo, além dos limites da atuação destes atores e talvez fora do seu poder de influência, em outra dimensão que aparentava ser muito distante e até mesmo inalcançável. Parecia que para se fazer o trabalho do modo como **gostariam** que ele fosse, estes trabalhadores necessitariam determinados recursos que não se encontravam disponíveis, e cujo acesso era difícil e

desacreditado por eles. Mais uma vez o desejo se apresentou na objetividade da falta, porém agora de forma mais explícita e concreta, onde o objeto do desejo era o recurso.¹

Estas representações também foram explicitadas durante as entrevistas, onde a falta de recursos, especialmente físicos e materiais, apareceu como uma das maiores dificuldades encontradas pelos sujeitos para o exercício de sua cidadania enquanto trabalhadores. Estes também entendiam que isto contribuía para a pouca realização da cidadania dos usuários.

As bases materiais para implantação do SUS dependem mais de condições supra estruturais, do que de decisões no âmbito da microrrealidade institucional; mas por outro lado, após a descentralização e municipalização dos serviços, dependem também da vontade política dos gestores locais, conforme atestam várias experiências municipais de governos progressistas. Deste modo, existe uma margem limitada porém espaço concreto de influência para os trabalhadores, desde que se constituam como atores políticos na correlação de forças do planejamento local.

A segunda imagem, foi a do possível, onde o trabalho que estariam podendo realizar foi representado pela enfermagem, na posição em pé, realizando o cuidado direto a um doente que se encontrava sentado e recebia aplicação de injeção e curativo. A imagem foi denominada pelo sub-grupo como *curativo* e as palavras indicativas da mensagem que os atores desejavam passar foram: *tratar o paciente com mais humanidade, orientar quanto ao tratamento, encaminhar para outro especialista.*

¹ É interessante observar que recurso significa também, segundo o dicionário de Aurélio Buarque de Holanda Ferreira "ato ou efeito de recorrer" (1993), de modo que se pode simbolicamente estabelecer um jogo de idéias onde o desejo seja em si algo que se pode recorrer na ação institucional. Se o desejo até o momento somente traz a falta, talvez a verdadeira falta seja o desejo.

Observou-se que todos os envolvidos nesta cena eram funcionários federais e estes reiteraram que o sentido do termo curativo empregado era de ações de saúde priorizando este enfoque de modelo assistencial em detrimento da abordagem preventiva que lhes parecia ser mais necessária e adequada.

Historicamente, as políticas de saúde no Brasil se consagraram por uma dicotomia preventivo-curativa que estabelecia locus institucionais distintos para estes dois campos de práticas, sendo que o extinto INAMPS foi sede do desenvolvimento da assistência individual em caráter curativo pelo enfoque clínico e medicalizante, enquanto o Ministério da Saúde e as Secretarias Estaduais e Municipais se responsabilizavam pelas ações coletivas de cunho epidemiológico e sanitário. Portanto seria esperado que servidores provenientes daquela cultura institucional apresentassem representações correspondentes a estes significados. Porém o que se verificou foi uma interação dos novos valores, sem abandono dos anteriormente sedimentados, convivendo a defesa de ações educativas e preventivas, mas de caráter individual, ao lado de sugestão para encaminhamento ao especialista.

Na análise das entrevistas, observou-se a persistência de práticas dicotomizadas no modelo assistencial da Unidade estudada, além da valorização do enfoque clínico mesmo nas áreas de abordagem programática, que tiveram limitadas até mesmo as atividades de vigilância epidemiológica. Mas paralelamente, os entrevistados de modo geral, discursaram a respeito da necessidade de ações coletivas como prioridade de intervenção, contemplando educação em saúde e melhores condições de vida.

O terceiro sub-grupo apresentou a imagem do dever, o trabalho que deveria ser realizado, colocando-se de mãos dadas em um círculo fechado e girando no mesmo

lugar, o que foi por eles denominado como *União*. As falas apresentadas foram: *pessoas afins no mesmo consenso, com interesses no mesmo ideal e objetivo, recursos suficientes para fazer uma saúde de verdade e não de faz de conta, integração das pessoas, prevenir mais do que curar*. Esta imagem faz a síntese de toda a dramatização até o momento e ressalta as representações mais expressivas em torno do trabalho coletivo, de objetivos comuns, de recursos suficientes e adequados e da apologia da prevenção.

Porém a contradição é que a mensagem não verbal é um movimento circular que se encerrava em si mesmo. Se atendidas as condições desejadas ou indicadas pelos trabalhadores como mais importantes para seu melhor desempenho profissional como aquelas que vão ao encontro das necessidades dos usuários, não haveria desenvolvimento possível se constituindo numa situação idealizada, já que o movimento representado não se expande em nenhuma direção.

Os diretores solicitaram então que o grupo *Utopia* exagerasse a mímica e congelasse a imagem, pedindo ao restante dos participantes que se imaginassem como admiradores de uma obra de arte e observassem a imagem expressando o que se lhes representava. As falas correspondentes foram: *algo distante, uma busca quase que impossível, luz e muita dificuldade*.

Para o grupo *União* as falas dos observadores foram: *ideal, e a esperança ainda existe*.

Para o grupo *Curativo* foram: *dedicação, carinho, apoio, precariedade, sofrimento, prevenção e tristeza*.

Neste momento dramático, o grupo todo passou a ser protagonista e as cenas expressavam os conteúdos coletivos compartilhados, de tal forma que ocorreu uma identificação não apenas como espectadores, mas como co-autores e co-atores da proposta cênica dos subgrupos confirmando e ampliando a mensagem anterior, especialmente nos aspectos de incapacidade de enfrentamento, sugerindo desgaste e descrédito no seu potencial de transformação desta realidade. Também foram reconhecidos os sentimentos de tristeza e sofrimento e o quanto estava sendo difícil conviver com aquela situação de impotência e subordinação, aparecendo o peso psíquico do trabalho. A forma encontrada para sua condução institucional, parece ter sido o envolvimento pessoal e afetivo com os pacientes para compensar a falta de condições adequadas de assistência. Este processo sugere uma identificação dos trabalhadores com os usuários, nas carências e necessidades, na dor e no sofrimento.

Por outro lado, o que provavelmente estaria mantendo estes trabalhadores nestas relações institucionais, onde o desejo aparentava estar inviabilizado, seria a esperança, não como desejo que se lança no tempo em direção ao futuro aguardando novas condições de possibilidade, mas como ideal subordinado que se aliena na crença de que a mudança virá sem que haja necessidade do engajamento dos atores sociais e políticos implicados naquela contextualização.¹

¹ Aqui gostaria de esclarecer esta distinção entre **esperança** e **ideal** que estou professando através do conceito de desejo emprestado da Análise Institucional, conforme visto no marco teórico, traçando um paralelo com uma reflexão de NAFFAH NETO (1989, p.58) sobre a ingenuidade e a inocência. Para este autor, trabalhando numa releitura do psicodrama pela visão filosófica de Nietzsche, a inocência “se define pelo desconhecimento dos valores que regem o mundo mas, os quais, no fundo preza; que só consegue afirmar o (...) ser pelo negativo: não saber, desconhecer, ser-pelo-avesso.” A inocência seria da ordem do devir criador de novos valores, que não desconsidera o instituído mas também não se encerra nele permitindo novas alternativas e se afirmando “pelo próprio valor de afirmar, sabendo que esta ética só frutificará pelas bordas, pelos lados, pelos vãos de tudo o que já foi até agora instituído”. No meu entender, o ideal aqui foi colocado no sentido da ingenuidade, enquanto a esperança seria da ordem da inocência.

Solicitaram então os diretores, que todos os participantes elessem um grupo integrando-se a ele. O grupo eleito foi o que encenou a *União* e como resultado desta intervenção foi composta uma grande roda sendo expressadas as seguintes falas: *é o que se faz, ousa sonhar*. Reafirmou-se portando o comentário analítico anterior, sobre uma visão até certo ponto ingênua da realidade, onde o sonho não está ao alcance das transformações necessárias.

Os diretores lembraram então que para esta nova cena também foram levadas as outras duas imagens dos outros grupos o que deveria ser somado à imagem atual modificando-a. Os atores então abrem a roda e permanecem na sequência dos grupos de origem. As palavras iniciais foram: *lealdade, gostaria que houvesse união, integração*. A diretora reforçou que os atores deveriam buscar a imagem na realidade do seu cotidiano de trabalho e as palavras aí foram: *tentar fazer prevenção, fazer jogo de cintura, unir na falta de recursos, etc.*

Os diretores insistiram para que se misturassem os componentes dos três grupos e os atores o fizeram intercalando-se na mesma roda. Então lhes foi solicitado que aplicassem um movimento à imagem e eles passaram a conversar e a manifestar-se como se dançassem, mas ainda permanecendo unidos em um semi-círculo. Perguntou-se-lhes se no dia a dia, permaneciam sempre tão juntinhos para desenvolver seu trabalho.

Em resposta, os participantes se soltaram e passaram a movimentar-se mais no palco. A médica saiu tocando todo mundo com a mão; outras duas pessoas conversavam bem próximas e a administradora puxava o médico pelo braço. Este se soltou e escapando foi sentar-se fora do palco, sendo imediatamente cobrado pelos diretores a retomar ao contexto dramático. A administradora voltou a buscá-lo puxando-o novamente pelo braço.

Ele diz: *tá vendo como eu escapo?! Uma das enfermeiras sai caminhando entre as pessoas com expressão de preocupação e pedindo ajuda. Alguns saem de perto, outro dão atenção. A auxiliar passa a pedir ajuda também.*

Os diretores pediram que os atores pensassem alto e dissessem o que estavam sentindo naquela situação e as palavras foram: *corpo a corpo, trabalhar com o que tem (silêncio), bagunça*. Respondendo a nova solicitação dos diretores, os participantes retomaram ao movimento e colocaram um som como se fosse um gemido sendo que as palavras correspondentes foram: *tristeza, falta de realização, frustração, desrespeito e bagunça*.

Mais uma vez, esta sequência dramática veio confirmar a dificuldade dos atores em conviver com a falta de perspectivas habituais ao desempenho de seus papéis profissionais, correspondendo à extrema dificuldade em retornar para a cena do trabalho que estavam podendo realizar, quando se encontravam refugiados na cena desejada porém idealizada, em uma atitude defensiva, de proteção contra a dor e o sofrimento.

Os diretores pediram então que para finalizar a dramatização, fosse montado um trem para representar o trabalho na Unidade. Juntos com o grupo foram identificando os possíveis personagens que seriam os componentes do cenário: a **máquina** representando as diretrizes de trabalho a serem seguidas; a **linha** como o plano, o projeto de trabalho, o que deveria ser feito, a política de saúde a ser implantada; o **freio** identificado como a crônica falta de recursos; a **roda** que iria significar a equipe multidisciplinar; o **carvão** como os recursos a serem injetados no sistema; e o **maquinista**, o condutor do trem representando a administração, aquela que teria o poder para acelerar ou frear o trem.

Os atores concluíram que o trem deveria ser uma Maria Fumaça, que se encontrava freada, na inércia, sem trilhos, mas na linha. Esta encontrava-se lotada, com seus vagões cheios de pacientes, sendo que havia ainda muitos pacientes querendo entrar, mas sem poder fazê-lo por falta de vagas. Então estes pacientes ficavam como “surfistas de trem”, caminhando sobre o teto dos vagões. A roda estava saindo da linha porque não havendo trilhos, estaria havendo muito atrito entre os trabalhadores da equipe.

O governo deveria pôr o trem na linha mas ia na frente, de costas para a máquina e de braços cruzados com expressão irônica. Quem tentava consertar a roda era uma assistente social, ajudando a segurar o trem pra não entortar mais e não sair da linha. As palavras desta cena final foram: *ineficiência, descaso, desprezo, angústia, amargura, vergonha, tristeza, socorro e o governo está viajando, vai bem obrigado!*

Esta parte da dramatização foi muito rápida. O aquecimento e o envolvimento do grupo eram intensos e as falas e ações se sucediam simultaneamente em um ritmo muito ágil e veloz. Não houve hesitações e a integração entre os participantes era máxima, de modo que um complementava a atuação do outro, conferindo caráter totalmente coletivo à produção dramática.

Observou-se que novamente a solução dos problemas foi colocada fora da Unidade, externa ao âmbito institucional. Os participantes não se consideraram governo, e este encontrava-se distanciado dos outros atores indicando não se tratar dos gestores locais. Parecia ser um poder abstrato, alheio aos interesses e necessidades daqueles trabalhadores, como se os abandonasse à própria sorte, e, a alusão verbal da viagem na última mensagem, sugere que este governo estava identificado com o federal, já que na ocasião, no primeiro

semestre de 1996, as múltiplas viagens do Presidente da República ao exterior eram tratadas pela mídia com este tipo de expressão.

É interessante também ressaltar que nas entrevistas individuais, o assistente social aparece como aquele profissional que é facilitador do trabalho coletivo na Unidade, além de que, por ocasião deste estudo, a administradora desenvolvia também funções de serviço social. Na especificidade do papel, o objeto desta prática é mais facilmente identificado como social, embora se reconheça que tradicionalmente nos serviços de saúde, em especial nos hospitais, na maioria das vezes estes profissionais acabavam por desempenhar funções de caráter mais assistencialista e individualizante, no sentido da viabilização de recursos materiais de subsistência.

O enfoque do manejo de técnicas de valorização das relações sociais dos sujeitos e a abordagem mais politizada para desenvolvimento da cidadania de grupos marginalizados, parece estar associada à implantação das ações programáticas. Acrescente-se que esta reflexão crítica sobre o objeto da prática do serviço social também foi abordada nas entrevistas individuais.

Comentários

A Diretora agradeceu a participação de todos, convidando-os para compartilhar a vivência, encerrando a dramatização e retornando para o contexto grupal.

Os participantes colocaram inicialmente que foi uma experiência nova, pois a maioria nunca havia participado antes de nenhum tipo de atividade semelhante, mas que mesmo assim havia sido uma *experiência legal*. Posteriormente foi lembrada a falta de outras pessoas cuja presença foi considerada importante, porque, para eles eram os

planejadores aqueles que faziam os programas e estabeleciam as metas a serem cumpridas. Alguém alertou que a situação refletia a realidade institucional onde sempre falta alguém, seja por licença, doença ou simplesmente falta ao serviço.

Neste ponto se pôde reiterar o quanto estes trabalhadores se colocavam como aliados do processo de planejamento e gestão, bem como não se davam conta de que a falta tão sentida e denunciada neste sociodrama foi sua própria alienação, em todos os aspectos significativos do seu trabalho no cotidiano institucional. A consciência das dificuldades não foi capaz de instrumentalizá-los para seu enfrentamento, e a isto sobreveio a dor e o sofrimento, a solidão, a frustração e a impotência, todos estes sentimentos claramente evidenciados no encerramento da dramatização.

Os participantes assinalaram ainda que mesmo com a precariedade de recursos existentes, os usuários continuavam procurando o serviço por falta de opção. Para eles os usuários não saiam do trem, eles têm sido *saidos do trem*, seja por falta de vagas, ou porque não conseguem atendimento quando o *trem sai da linha*. Para o grupo isto ocorre porque *o governo está de costas para o problema*. O serviço representado pelo trem, existia em função dos usuários *seus passageiros*, e mesmo precariamente, ele estava caminhando.

Neste momento dos comentários, pode-se observar que os participantes hiperaquecidos no clímax da dramatização ainda permaneciam parcialmente ligados ao contexto dramático, o que se evidencia por se referirem aos personagens da última cena, o que também demonstra a propriedade da técnica, facilitando a expressão de conteúdos temidos e indesejados, mesmo no contexto grupal. É como se os atores necessitassem ainda

dos elementos dramáticos intermediando seu discurso com uma forma de proteção contra o sofrimento que a vivência desta realidade acrescentar-lhes-ia.¹

Um dos membros do grupo indagou de quem seria a responsabilidade por aquela situação, se dos usuários ou do governo. Alguns se colocaram também como usuários e referiram sentir-se muito mal com a falta de direção deste *movimento do trem que não tem linha*. Outros lembraram que também eram responsáveis enquanto trabalhadores para dar um sentido, uma direção ao serviço, *para colocar os trilhos para o trem*.

Este momento de conscientização somente se viabilizou após o término do processo sociodramático, demonstrando o poder de intervenção do método na realidade institucional. Embora esta particularidade não seja objetivo de análise neste estudo, visto não se tratar de pesquisa-ação, considero necessário abordá-la, não como elemento de transformação grupal mas no próprio âmbito metodológico para pesquisa de representações grupais, já que permite a explicitação dos elementos constituintes intersubjetivos.

Conforme a teoria psicodramática, estes aspectos são pertinentes ao *co-inconsciente grupal*, onde as vivências compartilhadas do cotidiano existencial criam nexos subjetivos entre as pessoas, que acabam por serem trazidos ao campo da consciência em situações de profunda comunicação télica grupal (MENEGAZZO et al: 1995, p.56). Provavelmente, a parte final da dramatização estabeleceu entre os atores esta proximidade

¹ No meu entender o recurso dramático da montagem do trem, funcionou como tática de interpolação de resistência isto é "introdução de um estímulo seguindo uma hipótese do terapeuta, que busca corroborar algo que não está sendo percebido" (MENEGAZZO et al: 1995, p.110). Da mesma forma, o sentido de intermediação, é uma alusão à técnica de ROJAS-BERMÚDEZ (1980) sobre objeto intermediário como instrumento dramático que tem a função de ser um elemento que possibilite aos atores viverem situações conflitivas e ameaçadoras sem a presença de reação de alarme portanto sem estratégias defensivas, onde possam se identificar na situação do *como se* psicodramático com o real.

comunicativa e conseqüentemente a emergência do não-dito conforme equivalente na teoria da Análise Institucional.¹

Em seguida outros trabalhadores lembraram ainda que os recursos existiam, mas que estes muitas vezes eram mal aplicados, em razão especialmente de ser priorizado o enfoque curativo em detrimento das ações preventivas e promocionais. Eles referiram que nesta priorização, os trabalhadores em saúde se tornavam muito limitados, já que no desempenho de seu papel na Unidade pouco têm por fazer em relação às condições de vida, aos aspectos sociais e econômicos, às ações de saneamento, ao acesso à moradia e à alimentação adequadas. Para eles, o funcionário só via a doença, e mesmo que fosse considerado o paciente como um todo, ainda lhes fugiam as *causas determinantes do processo*. Em função disto dever-se-ia *desenvolver grupos de trabalho para atuar em prevenção* evitando-se os altos custos com a atenção curativa.

Ao colocar esta questão, os trabalhadores estavam apresentando as duas racionalidades habituais do modelo preventivista, por um lado o reconhecimento do conceito ampliado de saúde enquanto resultante de condições coletivas de existência, por outro o critério economicista de redução de custos da assistência médica individual. Porém, mais do que isto, estavam novamente professando sua exclusão do processo decisório sobre a determinação das áreas de investimento dos recursos existentes, e conseqüentemente sua subordinação institucional.

¹ Estes pontos já foram abordados no marco teórico de modo mais aprofundado, somente estão sendo retomados aqui pela extrema pertinência da colocação.

Para eles, os demais trabalhadores eram bem intencionados e demonstravam boa vontade contribuindo muito para a realização do serviço, mesmo tendo que buscar alternativas informais através de pessoas influentes e de troca de favores, pois aqueles que decidem não tem vontade política necessária para colocar o serviço em pleno funcionamento. Observa-se neste contexto, aquilo que já foi apresentado na discussão das entrevistas, que quando estão fechados os canais de participação intrainstitucionais, os trabalhadores acabam por encontrar outros encaminhamentos para influenciar a gestão, favorecendo soluções clientelistas e personalizadas, indesejáveis do ponto de vista do compromisso ético público, porque mesmo que não venham a favorecer interesses particulares, trabalham contra o desenvolvimento da consciência política tanto para eles próprios como para os usuários.

Não havendo mais nenhum comentário, para encerrar os trabalhos, a Diretora retomou os agradecimentos pela colaboração e interesse de todos, apontando que o sociodrama revelou a realidade heróica que todos estão enfrentado no seu cotidiano de trabalho, e que a estratégia de enfrentamento utilizada no cotidiano institucional, não tem sido a melhor, porque ora os atores estão escolhendo a *inércia*, *a fuga dos problemas*, ora estão *procurando culpados*. Lembrou aos presentes que não há como trabalhar se não houver *trilhos* para se ter uma *direção*, e que nesta situação, os *valores são perdidos*, quando o profissional não busca a solução para os problemas do dia a dia, de acordo com a sua realidade. Salientou também que as pessoas que compareceram ali para o Sociodrama, eram aquelas que, de alguma forma, mesmo que não se dessem conta disto facilmente, estavam tentando melhorar o serviço de sua Unidade e procurando oferecer melhor tratamento aos usuários.

Os diretores também se colocaram à disposição, caso o grupo desejasse algum acompanhamento institucional, para qualquer proposta de intervenção em conjunto que julgassem necessário como continuidade ao levantado pelo Sociodrama, ou mesmo por outras demandas que viessem a ser caracterizadas futuramente.

A autora/pesquisadora agradeceu ao grupo, emocionada pela *receptividade, interesse e colaboração*, congratulando-os pelo *talento, pelo compromisso e o desejo de trabalhar bem*, mas alertou que também os percebe *solitários e pouco participantes* da gestão interna da Unidade. Colocou ainda que de seu ponto de vista, eles teriam novas possibilidades se buscassem caminhar como um corpo coletivo, visto que, foi assim que o *trem pôde andar, mesmo com o governo de costas*.

PORTAS

Içami Tiba

Se você encontrar uma porta à sua frente,
você pode abri-la, ou não.

Se você abrir a porta, você pode ou não
entrar em uma nova sala.

Para entrar, você vai ter que vencer a dúvida,
o titubeio ou o medo.

Se você venceu, você dá um grande passo:
nesta sala vive-se.

*A vida não é rigorosa: ela propicia
erros e acertos.*

Os erros podem ser transformados em acertos quando
com eles se aprende.

*Não existe a segurança do acerto eterno. Mas a vida pode ser
também dura e severa:*

Se você não ultrapassar a porta, você terá sempre
a mesma porta pela frente.

*Evolução é a seqüência natural das
portas abertas.*

7 - CONCLUSÕES

A partir deste estudo, pode-se concluir que até o presente momento na realidade investigada, a implantação do SUS não significou grande avanço no sentido do desenvolvimento dos trabalhadores de saúde enquanto atores sociais. As oportunidades de mudanças institucionais apresentaram-se como situações de conflito que se perpetuaram cronicamente, à medida que as principais contradições na composição das equipes como os diferentes vínculos trabalhistas, as diversidades de salários e carreiras, além de agravados pelos limitados recursos físicos e materiais, não foram contemplados em uma adequada política de Recursos Humanos.

Ao mesmo tempo, a ausência de gestão como processo estratégico formal, a incapacidade de se operacionalizar o cotidiano institucional através de planejamento sistemático e o baixo envolvimento dos trabalhadores no diagnóstico, priorização e tomada de decisões internas na Unidade, aliados à inexistência de instrumentos de supervisão e controle bem como de normatizações tanto técnicas como administrativas, favoreceram a indefinição do modelo assistencial.

O reconhecimento dos avanços sociais alcançados com o início da efetivação do processo, especialmente quanto à acessibilidade dos usuários ao serviço e a tentativa de organização da assistência através da hierarquização e racionalização dos recursos, assim como a formalização de canais de participação popular, não lograram prosseguir no desenvolvimento institucional necessário ao amadurecimento da Reforma Sanitária no âmbito local, como se o processo houvesse esbarrado em progressivas dificuldades políticas

que o inviabilizaram, restringindo-o a permanecer limitado às suas bases organizacionais incipientes.

Observou-se que a cultura institucional se conservou em valores éticos e técnicos de caráter individualizantes, tanto na definição das necessidades a serem atendidas, como na organização tática dos trabalhadores. Na cultura conservada, os papéis profissionais são desempenhados sem a concorrência do potencial espontâneo-criativo e a dinâmica institucional passa a reproduzir o instituído em detrimento das possibilidades de dispositivos instituintes que são carreados na vigência de mudanças organizacionais.

O isolamento dos atores, em decorrência da incapacidade de se constituírem como equipe de trabalho em sujeitos coletivos, inviabiliza que no confronto destas práticas os papéis possam ser reestruturados e reestruturantes da realidade institucional. Na tensão que se estabelece entre a autonomia e a heteronomia, mais que a disputa de poder institucional, mais que a contradição entre a especificidade dos saberes e dos papéis e as esferas de atribuições e competências comuns, o que está em jogo é o tipo de interesses que estes atores estão atendendo: se os próprios objetivos particulares ou os de cooperação e solidariedade; se os corporativos, vinculados ao ideário neoliberal ou o compromisso com a mudança visando a democratização e reestruturação do modelo assistencial.

Estes interesses coexistem também em contradição, não havendo espaço institucional onde possam ser compatibilizados em um único projeto de desenvolvimento integral, tanto dos próprios trabalhadores em seu papel profissional, como da qualidade das ações desenvolvidas na Unidade, através do confronto ético entre o público e o privado, onde investimentos em atualização e aperfeiçoamento técnicos daqueles pudessem reverter também em uma assistência mais digna e adequada aos usuários .

Recursos tecnológicos e organizacionais escassos convivendo com desconsideração aos mínimos direitos de salários equânimes e justos, impossibilidades de progressão em carreira e deficiência de mecanismos gerenciais, resultam em extremas restrições ao desempenho profissional, favorecem a falta de clareza sobre deveres e responsabilidades limitando o compromisso dos trabalhadores em seu caráter ético e social

Na espera do reconhecimento, na busca, muitas vezes, até não intencional da cidadania estes trabalhadores têm suas próprias estratégias, projetos solitários de resistência e persistência, raras oportunidades de incentivo e motivação, caminhos alternativos de crescimento e realização e poucas alianças com seus pares ou com a população.

A autonomia destes trabalhadores investigados perante a instituição foi praticamente unânime, propiciando uma considerável margem de mobilidade de ação. Observou-se porém que este espaço não está sendo ocupado pelos atores para desenvolverem-se como sujeitos coletivos que efetivam práticas para outros sujeitos coletivos. Neste sentido, esta autonomia não tem servido à construção da cidadania dos trabalhadores e muito menos dos usuários que permanecem com pouca influência na gestão municipal, mesmo com tradição histórica de participação representativa por meio de Conselho de Saúde. Por um lado, beneficiam-se os interesses corporativos e soluções personalizadas e de outro as práticas clientelísticas.

O estudo revelou entretanto, várias condições de possibilidade que podem ser desenvolvidas a partir do momento em que se disponha de práticas gerenciais democráticas que tragam estes atores para atuarem na arena política das decisões institucionais, que se favoreçam projetos inovadores onde as práticas de saúde sejam objeto de reformulação, onde o compromisso ético e social possam ser priorizados para a construção do novo

modelo assistencial e de uma nova consciência sanitária tanto para trabalhadores como para os usuários.

Se tomarmos as representações dos trabalhadores do modo como foram expressadas nas entrevistas e no sociodrama, respeitadas as especificidades metodológicas, observaremos que este, embora por meio de um recorte temático, acabou por demonstrar muitas das situações mais relevantes evidenciadas nos depoimentos anteriores. Por outro lado, contribuiu para enriquecer o estudo explicitando mais os conteúdos afetivos menos evidentes nas entrevistas, porém até certo ponto anunciados, conforme se pode verificar pela análise do envolvimento dos indivíduos com as mesmas.

No sociodrama especialmente se evidenciou a alienação do desejo, que não tem conseguido se reproduzir em práticas transformadoras. Abortado em si mesmo no isolamento dos atores, minado por componentes afetivos de caráter predominantemente depressivo, frutos da perda do sentido de valor do próprio trabalho. A desmotivação e o desgaste influenciam a identidade e a auto-imagem dos trabalhadores com a marca da impotência, subordinando-os às condições adversas institucionais. A espontaneidade e a criatividade estão cerceadas e os atores atuam com uma sobrecarga emocional elevada, em campo tenso, de modo que não conseguem efetivar as mudanças desejadas.

- Se a gestão não for capaz de se constituir como processo instituinte, facilitador da liberação deste desejo, propiciando a re-significação do valor do trabalho através tanto de medidas de ordem prática, quanto as condições materiais, técnicas e éticas de trabalho, como organizacionais, criando espaços para discussão também dos aspectos relacionais das equipes de trabalho e estabelecendo objetivos e estratégias comuns, não se poderá romper com esta alienação. Sem isto os atores permanecem assujeitados e a cultura

institucional continua reproduzindo as condições de alienação. Onde não for possível a transformação da consciência também não se logrará a transformação das práticas e do modelo assistencial.

Drama

E ao fim de cada ato

Limpo num pano de prato

As mãos sujas do sangue das canções

Caetano Veloso

ANEXO 1

O roteiro para entrevista

IDENTIFICAÇÃO: (apenas iniciais) _____

Idade _____ Sexo _____ Profissão _____ Ocupação _____

Vínculo
Federal Estadual
Municipal

Tempo de Trabalho na Unidade _____

FALE LIVREMENTE SOBRE SEU TRABALHO NESTA UNIDADE

Aspectos de interesse:

A) Relação ao processo saúde-doença:

- 1) O que é saúde para você? E a doença?
- 2) Qual a relação do seu trabalho com este processo?
- 3) O que é importante para se ter saúde?
- 4) Como você vê sua relação com os usuários do Serviço? Dificuldades e facilidades.
- 5) Como você vê a participação deles no próprio tratamento?
- 6) Quais são as principais necessidades da população usuária? Qual a relação com a demanda pelo serviço?

B) Com relação ao papel:

- 1) Tipo de Função/Trabalho (Assistencial ou Saúde Pública ou ambos)
- 2) Atribuições que compõem a função (conhecidas, esperadas, executadas)
- 3) O que é mais importante das ações que desempenha

4) O que proporciona mais prazer, satisfação e realização

5) O que é desagradável? Por quê?

6) Com o que não concorda?

7) O que mudaria?

8) Dificuldades e facilidades

C) Com relação ao trabalho coletivo:

1) Quais os outros profissionais que estão envolvidos na mesma atividade (equipe de saúde)?

2) No que auxiliam e no que dificultam seu trabalho?

3) Quais os profissionais que são mais relevantes? Quais são menos? Por quê?

4) O que facilita, e o que dificulta o trabalho em equipe?

5) Qual sua relação com os outros trabalhadores da mesma categoria funcional, com os outros trabalhadores, e com a organização político institucional?

D) Com relação ao modelo de atenção à saúde:

1) Qual a principal função da Unidade ou atendimento à população?

2) Qual o papel desta Unidade no Sistema de Saúde SUS?

3) O que deveria ser mudado?

4) Qual a importância do seu trabalho para o funcionamento da unidade?

5) Houve mudança deste modelo, desde que você trabalha neste serviço (Quais)?

6) Qual a relação das mudanças com o seu trabalho?

7) Você acha que seu trabalho responde às necessidades da população?

8) Como você acha que a população deva ser atendida?

E) Com relação a gestão e administração do Serviço:

1) Quem desempenha esta função (estrutura administrativa)?

- 2) Existem reuniões regulares técnicas ou administrativas?
- 3) Qual o seu poder de influência nas decisões sobre o serviço?
- 4) Há participação popular? Se não, seria útil?
- 5) Segue normas e orientações técnicas ou administrativas formalmente definidas?
- 6) Qual é sua liberdade para definir ou alterar sua rotina de trabalho?
- 7) Como são as ações de supervisão e controle sobre seu trabalho? Exerce em relação a outros trabalhadores?
- 8) Quais são seus principais direitos e deveres perante a instituição?
- 9) Relação com as diretrizes do SUS (Descentralização, Integração, Integralidade, Hierarquização, Regionalização, etc.)

E) Expectativas profissionais:

- 1) O que acha importante para sua realização profissional? Qual a participação deste trabalho para isto (quando tiver outras ocupações)?
- 2) Como procura se realizar neste serviço?
- 3) O que acha importante para seu desenvolvimento profissional?
- 4) O que pode realizar por isto, neste serviço? (ou) O que o serviço oferece para isto (condições)?
- 5) Em relação à organização da Unidade e de seu próprio trabalho o que poderia facilitar o seu crescimento profissional?

F) Ética e Cidadania:

- 1) Como você definiria ética e cidadania?
- 2) Como seria trabalhar eticamente?
- 3) Como seria ter cidadania no trabalho?
- 4) Para você, todo cliente é cidadão? Por quê?

ANEXO 2

Pindamonhangaba, de de 1996.

Senhor (a) funcionário (a)

Voce foi selecionado(a) para participar de uma pesquisa científica sobre recursos humanos em saúde, onde foram considerados os seguintes critérios:

- 1º- sorteio inicial da área de trabalho,
- 2º- tipo de ocupação e/ou profissão e
- 3º- tempo de serviço.

Sua participação será de fundamental importância para garantir a qualidade da amostra, visto a inviabilidade de tempo para se abordar o total de servidores da Unidade. Porém, sua adesão à esta proposta deve ser voluntária, sendo que sua recusa não implicará em nenhum prejuízo funcional ou qualquer outro tipo de sanção profissional.

Por outro lado, a sua colaboração será salvaguardada por todos os princípios éticos, mantendo-se em sigilo seu depoimento e evitando-se no texto qualquer referência que possa mesmo indiretamente, identificá-lo (a) ou à sua Unidade de trabalho.

O processo de entrevista dar-se-á em dois momentos distintos, inicialmente individual e posteriormente grupal, com todos os selecionados.

Esta pesquisa faz parte da conclusão de Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Campinas, e será realizada no primeiro semestre de 1996, sob responsabilidade de Maria Elisa Moreira. Os resultados estarão sempre à sua disposição sendo que a pesquisadora poderá ser encontrada no Departamento de Ciências Médicas da Universidade de Taubaté.

Contando com seu apoio e interesse agradeço sua contribuição e me comprometo a tomar todas as precauções no sentido de incomodá-lo (a) o mínimo possível, apenas o suficiente e indispensável ao bom andamento da pesquisa.

Para finalizar, solicito a gentileza de sua anuência formal neste documento.

Nome: _____ R.G. _____

ANEXO 3

Senhor (a) Funcionário (a) Entrevistado (a)

Mais uma vez venho a sua presença para solicitar sua colaboração na complementação da pesquisa científica que vimos realizando.

Conforme informamos por ocasião das entrevistas, a partir da análise inicial do conteúdo das mesmas, teríamos uma segunda etapa que constaria de um momento coletivo com todos os servidores selecionados para amostra.

Quero me desculpar pelo fato de que problemas pessoais (caso de doença grave na família), o volume expressivo do conteúdo das entrevistas (350 páginas digitadas), bem como a profundidade dos relatos e experiências individuais, retardaram bastante a 1ª fase da pesquisa, já que era minha intenção inicial estarmos nos encontrando no início do mês de Junho.

Superadas estas dificuldades, venho convidá-lo e pedir seu máximo empenho em comparecer a nossa reunião no dia 03/07/96 às 9:30 hs no Auditório do antigo Centro de Saúde atual Unidade Materno-Infantil onde estaremos completando a pesquisa e encerrando o levantamento de informações.

Sua presença é imprescindível e sua contribuição será tão valiosa e essencial quanto na 1ª fase, sem a qual estaria qualitativamente comprometido o resultado deste estudo.

Reconhecendo as inconveniências e transtornos que posso estar acarretando, espero não mais precisar incomodá-los e reitero meu compromisso inicial de dar retorno a todos os envolvidos, do resultado desta pesquisa assim que concluída.

Conto com sua participação.

Obrigada

Maria Elisa Moreira

SUMMARY

This is a qualitative research about human resources management at a Health Unit achieved in a county of Vale do Paraiba region, São Paulo state (Brazil). The principal objectives were to know the health worker's social representations about the assistance model of the organization, management and correspondent participation at inside decisions of the Health Unit, the forming work group and relations between professional and, finally, the ethical aspects and citizenship, like autonomy, rights and duties and professional fulfilment.

The theoretical bases are the social representations theory, the institutional analysis, the psychodrama and the strategic situational planning. The methodology consist in case study, using an intentional sample with half-frame interviews and sociodrama, as documental analysis and informal remark.

The results of the interviews were analised in seven main categories: *management and administration, the colletive working, the assistance model, changes on service organization, in process of work and at forming work groups, work and citizenship, citizen participation, customer's citizenship and social control and, worker's relation with the interview.* The sociodrama was analysed from description of several stage of its achievement and it dealed about *duty, ideal* and the *possible* with regard to institutional working.

The main conclusion were that there had not the correspondent human research development from SUS implantation at this Health Unit, becomes chronic the contradiction and the diversity of general working condition, lack of inside democracy, absence of management and systematical planning and occurrence of a dual assistencial model between assistencial and programatic action, non integration of the group while a colective worker and incapacitate to fulfil the citizenship through work. The desire of an entire professional fulfilment nevertheless, is alienated, causing impotence to change institutional reality, and stay on pulverized in several isolated projects. In spite of, the actor proved believe in a necessity of a great gearing while colective worker and a whole participation on managent, to the effect of his political articulation and ransom of his work in institutional ambit.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBUQUERQUE, J.A.G. & RIBEIRO, A.E. - **Da Assistência à disciplina: O programa de saúde comunitária de São Paulo.** São Paulo, Dep. de Ciências Sociais. LCH/USP. Mimeo, 1979. 129 p.
- ALBUQUERQUE, J.A.G. - **Instituição e Poder: a análise concreta das relações de poder nas instituições.** 2ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986. 163p.
- ALONSO, L.K. - **Movimentos Sociais e cidadania: a contribuição da psicologia social.** In: SPINK, M.J.P.(org) - **A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar.** São Paulo, Cortez, 1994. p.75-92.
- BARBIER, R. - **A pesquisa-ação na instituição educativa.** Rio de Janeiro, Zahar, 1985. 280p.
- BAREMBLITT, G.F. - **Panorama atual do Movimento Institucionalista.** In. _____ (org) - **Inconsciente Institucional.** Petrópolis (RJ), Vozes, 1984.
- BAREMBLITT, G.F. - **Compêndio de Análise Institucional e outras correntes: teoria e prática.** Rio de Janeiro, Rosa dos Tempos, 1992. 204p.
- BAREMBLITT, G.F. - **Apresentação.** In. LANCETTI, A. (org) - **Saúde e Loucura. Grupos e Coletivos.** São Paulo, Hucitec, 1993. p.3-19.
- BARROS, R.D.B. - **Grupo e produção.** In. LANCETTI, A. (org.) **Saúde e Loucura: Grupos e Coletivos.** São Paulo, Hucitec, 1993. p.145-54.
- BARRIOS T. J. - **Os recursos humanos nas Conferências Nacionais de Saúde: um olhar retrospectivo.** II CNRHS. **Boletim Informativo: Recursos humanos para o SUS.** Ano 2, v. III, n: 2. Brasília (DF), MS, 1993.
- BAUER, M. - **A popularização da ciência como “imunização cultural”: a função da resistência das representações sociais.** In. JOVCHELOVITCH, S. & GUARESCHI, P. (orgs.) - **Textos em Representações Sociais,** Petrópolis (RJ), Vozes, 1994. p.229-57.
- BERGER, P.L. & BERGER, B. - **O que é uma instituição social.** In. FORACHI, M.A.M. & MARTINS, J.S. - **Sociologia e Sociedade.** Rio de Janeiro, Livros Técnicos e Científicos, 1977. p.193-9.

- BERGER, P.L. & BERGER, B. - Socialização: como ser um membro da sociedade? In. FORACHI, M.A.M. & MARTINS, J. S. - **Sociologia e Sociedade**. Rio de Janeiro Livros Técnicos e Científicos. 1977. p.200-14.
- BERGER, P.L. & LUCKMANN, T. - **A construção social da realidade**. (Trad. Floriano de Souza Fernandez). 6ª ed. Petrópolis (RJ), Vozes, 1985. (Antropologia, 5). 247p.
- BIRMAN, J. - **Enfermidade e loucura: sobre a medicina das inter-relações**. Rio de Janeiro, Campus, 1980. 186p.
- BIRMAN, J. - Apresentação. **Physis.1(2):7-22**. 1991.
- BÓGUS, C.M. - Percepção dos trabalhadores de saúde quanto às mudanças ocorridas no serviço a partir da implantação do SUS: a prática na teoria. **Saúde e Sociedade, 1(2): 29-40**, 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde - II Conferência Nacional de Recursos Humanos para a Saúde. Recursos Humanos e o SUS: desafios éticos. **Relatório Final**. Brasília (DF), set. 1993.
- BRASIL. Ministério da Saúde. - X Conferência Nacional de Saúde. **Relatório Preliminar**. Brasília (DF), 1996.
- BRUYNE, P.; HERMAN, J. & SCHOUTHETTE, M. - **Dinâmica da Pesquisa em Ciências Sociais: os polos da prática metodológica**. (Prefácio de Jean Ladrière. Trad. Ruth Joffly). Rio de Janeiro, F. Alves, 1977. 251p.
- CAMPOS, G.W.S. - A reforma sanitária necessária. In. BERLINGUER, G.; TEIXEIRA, S. M. F.; _____ **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo, Hucitec/Cebes, 1988. p.179-94.
- CAMPOS, G.W. S. - Modelos de atenção em saúde pública: um modo mutante de fazer saúde. **Saúde em debate, 37: 16-9**. 1992a.
- CAMPOS, G.W. S. - Sobre a peleja dos sujeitos da Reforma, ou da reforma dos sujeitos em peleja. **Saúde e Sociedade, 1 (2): 79-95**, 1992b.
- CAMPOS, G.W.S. - A gestão enquanto componente estratégico para implantação de um sistema público de saúde. In. **Cadernos da nona: descentralizando e democratizando conhecimento**. v.2. Brasília (DF), MS, 1992c. p.109-17.

- CAMPOS, G.W.S. - **Reforma da Reforma: Repensando a Saúde**. São Paulo, Hucitec, 1992d. 220p.
- CAMPOS, G.W.S. - Considerações sobre o processo de administração e gerência de serviços de saúde. In ————; MERHY, E.E. & NUNES, E.D. - **Planejamento sem normas**. 2ª ed. São Paulo, Hucitec, 1994a. p.9-31
- CAMPOS, G.W.S. - **A Saúde Pública e a Defesa da Vida**. 2ª ed. São Paulo, Hucitec, 1994b. 175p.
- CAMPOS, G.W.S. - Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In. CECILIO, L.C.O. (org) - **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994c. p.29-87.
- CAMPOS, G.W.S.; CHAKOUR, M. & SANTOS, R. C. - Análise crítica sobre especialidades médicas e estratégias para integrá-las ao Sistema Único de Saúde-SUS. **Cad. Saúde Públ.** 1997. [No prelo]
- CANESQUI, A.M. - Notas sobre a produção acadêmica de antropologia e saúde na década de 80. In. ALVES, P.C. & MINAYO, M.C.S. (orgs) - **Saúde e doença: um olhar antropológico**. Rio de Janeiro, FIOCRUZ. 1994. p.14-32.
- CASTILHO, S. M. & FORMIGLI, V.L.A - Revisão de algumas propostas de diagnóstico de saúde: limites e possibilidades para uma abordagem estratégica em Planejamento. In. GIOVANELLA, L. (org) - **Planejamento estratégico, programação e orçamentação em saúde: textos de apoio de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, ENSP, 1992. p.38-59.
- COHN, A. & MARSIGLIA, R.G. - Processo e Organização do trabalho. In. BUSCHINELLI, T.J.; ROCHA, L.E. & RIGOTTO, RM. - **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. São Paulo, Vozes, 1993. p.56-75.
- DÂMASO, R - Saber e praxis na reforma sanitária: avaliação da prática científica no movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S.F. (org.) - **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo/Rio de Janeiro, Cortez/ABRASCO, 1989. p.61-90.
- DEJOURS, C. - Que sofrimento? In: _____ **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho** (trad. Ana Isabel Paraguay e Lucia Lecil Ferreira) 3ª ed. São Paulo, Cortez-Oboré, 1988. p.48-62.
- DEMO, P. - **Ciência, ideologia e poder: uma sátira às Ciências Sociais**. São Paulo, Atlas, 1988.
- DEMO, P. - **Metodologia científica em Ciências Sociais**. 3ª ed. São Paulo, Atlas, 1981.

- DICHTCHENKENIAN, M.F.S.F.B. & REHFELD, A. - Fenomenologia do conhecimento científico. In: MARTINS, J. & DICHTCHENKENIAN, M.F.S.F.B. (orgs) - **Temas fundamentais de fenomenologia**. São Paulo, Moraes, 1984. p.89-94
- DICHTCHENKENIAN, M.F.S.F.B. - Fenomenologia e existência. In: MARTINS, J. & _____ (orgs) - **Temas fundamentais de fenomenologia**. São Paulo, Moraes, 1984. p.95-8
- DONNANGELO, M.C.F. - Profissão médica e mercado de trabalho. Ideologias ocupacionais. In: _____ - **Medicina e sociedade: O médico e seu mercado de trabalho**. São Paulo, Pioneira, 1975. p.125-48.
- DRIVEEN, G. - Crianças enquanto atores sociais em desenvolvimento. In: JOVCHELOVITCH, S. & GUARESCHI, P. (orgs) - **Textos em Representações sociais**. Petrópolis (RJ), Vozes, 1994. p.261-93.
- FARR, RM. - Representações Sociais: a teoria e sua história. In: JOVCHELOVITCH, S. & GUARESCHI, P.(orgs) - **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis (RJ), Vozes, 1994. p.31-59.
- FONSECA FILHO, J. S. - **Psicodrama da Loucura: correlações entre Buber e Moreno**. 3ª ed. São Paulo, Agora, 1980.139p.
- GALLO, E. & NASCIMENTO, P.C. - Hegemonia, bloco histórico e movimento sanitário. In: TEIXEIRA, S.F.(org.) - **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo/Rio de Janeiro, Cortez/ABRASCO, 1989. p.91-118.
- GARRAFA, V. - Desafios éticos na política de RH frente as necessidades de saúde. Comunicação de abertura. In: II CNRHS. Brasília (DF), MS, 1993.
- GARRAFA V. - Ética e Subjetividade no Trabalho em Saúde. **Divulgação em saúde para debate**, 12:36-8. 1996.
- GERSCHMAN, S. - Sobre a formulação de Políticas Sociais. In: TEIXEIRA, S.F. (org.) - **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo/Rio de Janeiro, Cortez/ABRASCO, 1989. p.119-38.
- GIOVANELLA, L.- Apresentação. In. _____ (org) - **Planejamento Estratégico; programação e orçamentação em saúde: textos de apoio de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, ENSP, 1992a. p.6.
- GIOVANELLA, L. - A proposta de Mário Testa para o planejamento em saúde. In. _____ (org) - **Planejamento Estratégico, programação e orçamentação em saúde: textos de apoio de Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, ENSP, 1992b. p.14-37.

- GOODE, W.J. & HATT, P.K - **Método em Pesquisa Social**. (Trad. Carolina M. Bori). 7ª ed. São Paulo, Nacional, 1979. (Biblioteca Universitária. Série. 2. Ciências Sociais; v. 3.).
- GOMES, R. - A Análise de Dados em Pesquisa Qualitativa. In: MINAYO, M.C.S.(org) - **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis (RJ), Vozes, 1994. p.67-80.
- GONÇALVES, C.S.; WOLFF, I.R. & ALMEIDA, W.C. - **Lições de psicodrama: Introdução ao pensamento de J. L. Moreno**. São Paulo, Ágora, 1988. 110p.
- GONÇALVES, R.B.M. - **Relatório Final**. Seminário de Investigação em Recursos Humanos em Saúde (1992). Brasília (DF), MS, 1993. p.11-42.
- GONÇALVES, R.B.M. - **Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde: Características Tecnológicas do Processo de Trabalho na Rede Estadual de Centros de Saúde de São Paulo**. São Paulo, Hucitec/ABRASCO, 1994. 278p.
- GUARESCHI, P. - "Sem dinheiro não há salvação": ancorando o bem e o mal entre os neopentecostais. In: JOVCHELOVITCH, S. & _____ (orgs) - **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis (RJ), Vozes, 1994. p.191-225.
- GUATARI, F. - Práticas Analíticas e Práticas Sociais. In: _____ - **Caosmose: um novo paradigma estético**. Rio de Janeiro, Editora 34, 1992. p.183-203.
- GUIMARÃES, L.M.C. - A autonomia, a ciência e o social. In: GARCIA, C. (org) - **Um novo paradigma em Ciências Humanas, Físicas e Biológicas**. Belo Horizonte, UFMG/PROED, 1987. p.95-101.
- HERZLICH, C. - A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. (Trad. Marilena Cordeiro Dias Villela Correia). **Physis,1(2)**: 23-36. 1991.
- JOVCHELOVITCH, S. & GUARESCHI, P. - Introdução. In: _____ (orgs) - **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis (RJ), Vozes, 1994. p.17-25.
- JOVCHELOVITCH, S. - Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: _____ & GUARESCHI, P. (orgs) - **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis (RJ), Vozes, 1994. p.63-85.
- JUNQUEIRA, L.A.P. - A gestão de RH e a municipalização na Saúde. **Boletim Informativo: Recursos Humanos para o SUS**. ano 2, v.III, nº 2 Brasília (DF), MS, 1993 .
- KAUFFMAN, A. - **Teatro pedagógico: bastidores da iniciação médica**. São Paulo, Ágora, 1992.143p.

- KISIL, M. - Uma estratégia para a Reforma Sanitária: a iniciativa UNI. **Divulgação em saúde para debate**,12: 5-14. 1996.
- KUHN, T.S. - **A estrutura das revoluções científicas**. 3ª ed. São Paulo, Perspectiva. 1991. 257p.
- L'ABBATE, S.; SMEKE, E.L.M. & OSHIRO, J.H. - A educação em saúde como exercício de cidadania. **Saúde em Debate** (37): 81-5. 1992.
- L'ABBATE, S. - Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Cad. Saúde Públ.** 10(4): 481-90, Rio de Janeiro out/dez, 1994.
- L'ABBATE, S. - Agentes de trabalho/sujeitos? Repensando a capacitação de Recursos Humanos em Saúde Coletiva. In: CANESQUI, A.M.(org.) - **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1995. p.151-61.
- LOURAU, R - Apud BAREMBLITT, G.F. - **Inconsciente Institucional**. Petrópolis (RJ), Vozes, 1984.
- LUZ, M.T. - **As instituições médicas no Brasil: Instituições e estratégias de hegemonia**. 2ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- LUZ, M.T. - **Natural, racional, social; razão médica e racionalidade científica moderna**. Rio de Janeiro, Campus, 1988.153p.
- MACHADO, M.H. - As profissões e o SUS: arenas conflitivas. **Divulgação em saúde para debate**, 14:44-7. 1996.
- MACHADO, M.H. & BELISÁRIO, S.A.- O político e o técnico: as encruzilhadas do planejamento. In. GIOVANELLA, L. (org) - **Planejamento Estratégico, programação e orçamentação em saúde**. (Textos de apoio de Saúde Coletiva.) Rio de Janeiro, ENSP, 1992. p.7-13.
- MALIK, A.M. & VECINA NETO, G. - Desenhando um caminho alternativo para a gerência dos Serviços de Saúde. IN. **Cadernos da Nona: democratizando e descentralizando o conhecimento**. v.2. Brasília (DF), MS, 1992. p.141-7.
- MANZINI-COVRE, M.L. - Cidadania, cultura e sujeitos. In. SPINK, M.J.(org) - **A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar**. São Paulo, Cortez, 1994. p.123-45
- MARTINS, E.G. - **MORENO, J.L.: Psicologia do encontro**. São Paulo, Duas Cidades, 1984. 274p.

- MATOS, A.G. - Alienação no Serviço Público. *Psicologia: ciência e profissão. Rev. do Conselho Federal de Psicologia*, 14 (1, 2 e 3): 28-33, 1994.
- MATUS, C. - Carlos Matus e o planejamento estratégico-situacional. In. URIBE, F.J.R.; TESTA, M. & _____ **Planejamento e programação em saúde: um enfoque estratégico**. São Paulo, Cortez, 1989. p.107-49.
- MENEGAZZO, C.M.; TOMASINI, M.A. & ZURETTI, M.M. - **Dicionário de Psicodrama e Sociodrama**. [trad. Magda Lopes, Maria Cargajal, Vera Caputo]. São Paulo, Ágora, 1995.232p.
- MERHY, E.E. - **A saúde pública como política: um estudo de formuladores de políticas**. São Paulo, Hucitec, 1992. 221p.
- MERHY, E.E. - Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In. CECÍLIO, L.C.O. (org) - **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo, Hucitec, 1994. p.117-60.
- MINAYO, M.C.S.- **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 2ª ed. São Paulo/Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1993. 269p.
- MINAYO, M.C.S.- O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In. JOVCHELOVITCH, S. & GUARESCHI, P. (orgs) - **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis (RJ), Vozes, 1994. p.89-111.
- MORENO, J.L. - **Fundamentos de la sociometria**. 2ª ed. Buenos Aires, Paidós, 1972. 443p.
- MORENO, J.L. - **O teatro da espontaneidade**. 2ª ed. São Paulo, Summus, 1984. 150p.
- MORENO, J.L. - **Psicodrama**. 9. ed. São Paulo, Cultrix, 1993. 492p.
- MOSCOVICI, S. - Prefácio. In. JOVCHELOVITCH, S. & GUARESCHI, P (orgs.) - **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis (RJ), Vozes, 1994. p.7-16.
- NAFFAH NETO, A. - **Psicodrama: descolonizando o imaginário**. São Paulo, Brasiliense, 1979. 271p.
- NAFFAH NETO, A. - **Psicodramatizar: ensaios**. São Paulo, Ágora, 1980. 90p.
- NUNES, E.D. - A questão da interdisciplinaridade no estudo de Saúde Coletiva e o papel das Ciências Sociais. In CANESQUI, A.M. - **Dilemas e Desafios das Ciências Sociais na Saúde Coletiva**. São Paulo-Rio de Janeiro, Hucitec/ABRASCO, 1995. p.95-113.

- ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. - **La crisis de la salud pública: Reflexiones para el debate.** Washington, D.C.: OPS, 1992. 280p. (Publicación Científica, 540).
- PIÉRON, H. - **Dicionário de psicologia.** [trad. Dora de Barros Cullignan]. 10. ed. São Paulo, Globo, 1996. 656p.
- RICHARDSON, R.J. - **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** São Paulo, Atlas, 1985. 287p.
- RIGOTTO, R.M. - O homem e o trabalho. In. BUSCHINELLI, J.T.P. & ROCHA, L.E.; (orgs) - **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil.** Petrópolis (RJ), Vozes, 1993. p.25-32.
- ROJAS-BERMÚDEZ, J.G. - O "objeto intermediário". In: _____ - **Introdução ao Psicodrama.** [trad. José Manuel D'Alessandro]. 3. ed. São Paulo, Mestre Jou, 1980. p.93-101.
- ROLNIK, S. - Cidadania e alteridade: o psicólogo, o homem da ética e a reinvenção da democracia. In. SPINK, M.J. (org) - **A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar.** São Paulo, Cortez, 1994. p.157-76.
- SANDOVAL, S.A.M. - Algumas reflexões sobre cidadania e formação de consciência política no Brasil. In. SPINK, M.J. (org) - **A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar.** São Paulo, Cortez, 1994. p.59-74.
- SANTANA, J.P. - Gestão do trabalho no serviço público de saúde. **Saúde em Debate**, 37: 66-9. 1992.
- SANTANA, J.P. - Gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: elementos para uma proposta. **Relatório Final.** In: II CNRH - Recursos humanos e o SUS: desafios éticos. Brasília (DF), MS, set. 1993.
- DA SANTOS, A.G. - De que se trata mesmo? In: PETRILLI, S.R.A. (coord) - **Rosa dos Ventos a Teoria do Psicodrama.** São Paulo, Ágora, 1994. p.35-49.
- SANTOS, N.R. - A IX CNS; o SUS e "este" Estado. **Saúde em Debate**, 35: 25-9. 1992.
- SAWAIA, B.B. - Cidadania, diversidade e comunidade: uma reflexão psicossocial. In. SPINK, M.J. (org) - **A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar.** São Paulo, Cortez, 1994. p.147-56.
- SCHRAIBER, L.B. & PEDUZZI, M. - Tendências e possibilidades da investigação em Recursos Humanos em saúde no Brasil. **Educ. Med. Salud**, vol. 27, nº 3 (1993) p.295-313.

- SCHRAIBER, L.B. Programação hoje: a força do debate. In. _____ (org) - **Programação em saúde hoje**. 2ª ed. São Paulo, Hucitec, 1993. p.11-35.
- SCHRAIBER, L.B. Políticas públicas e planejamento nas práticas de saúde. **Saúde em Debate**, 47: 28-35. 1995.
- SCHRAIBER, L.B. - Ética e Subjetividade no Trabalho em Saúde. **Divulgação em saúde para debate**,12: 45-50. 1996.
- SCHÜTZENBERGER, A.A. - **O teatro da vida: psicodrama**. São Paulo, Duas Cidades, 1970. 238p.
- SILVA, E.M.P. - Do simples ao complexo: o itinerário da inversibilidade. In. GARCIA, C. (org) - **Um novo paradigma em Ciências Humanas, Físicas e Biológicas**. Belo Horizonte, UFMG/PROED, 1987. p.50-6
- SILVA, J.A. & REIS, F.A.M. - Apresentação. **Relatório Final**. In: **Seminário de Investigação em Recursos Humanos em Saúde (1992)**. Brasília (DF), MS, 1993. p.3-6
- SOUZA, A.M.A - Recursos Humanos no SUS. II CNRHS. **Boletim Informativo: Recursos Humanos para o SUS**. Ano 2, v.III, n: 2. Brasília (DF), MS, 1993.
- SPINK, M.J. - A construção social do saber sobre saúde e doença: uma perspectiva psicossocial. **Saúde e Sociedade**, 1(2): 125-39. 1992.
- SPINK, M.J. - Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia da análise das representações sociais. In. JOVCHELOVITCH, S. & GUARESCHI, P.(orgs) - **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis (RJ), Vozes, 1994a. p.117-47.
- SPINK, M.J. - A medicina e o poder de legitimação das construções sociais de igualdade e diferença: uma reflexão sobre cidadania e gênero. In _____ (org) - **A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar**. São Paul Cortez, 1994b. p.93-103.
- SPINK, P. - Cidadania na organização e cidadania da organização: notas para a desconstrução de "recursos humanos". In. SPINK, M.J. (org) - **A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar**. São Paulo, Ed. Cortez. 1994. p.105-21.
- TAVEIRA, M. - Planejamento e programação, aproximações diferenciadas ao problema: elementos para discussão. In. GIOVANELLA, L. (org) - **Planejamento Estratégico, programação e orçamentação em saúde (Textos de apoio de Saúde Coletiva)**. Rio de Janeiro, ENSP, 1992. p.60-6.
- TEIXEIRA, C..F. - Políticas de saúde no Brasil: situação atual e desafios estratégicos. **Saúde em Debate**, 35: 4-10. 1992.

- TEIXEIRA, S.M.F. - Reflexões teóricas sobre democracia e reforma sanitária. In. _____ (org) - **Reforma Sanitária: em busca de uma teoria**. São Paulo/Riode Janeiro, Cortez/ABRASCO, 1989. p.17-46. (Col. Pensamento Social e Saúde; 3).
- TEIXEIRA, S.M.F. - Dilema da Reforma Sanitária brasileira. In. BERLINGUER, G.; CAMPOS, G.W.S.; _____ - **Reforma Sanitária: Itália e Brasil**. São Paulo, Hucitec/Cebes, 1988. p.145-207.
- TRAGTENBERG, M. - Max Weber, vida e obra. In: **Weber, M., 1864 -1920. Textos selecionados; seleção de Maurício Tragtenberg**. (Trad. M. Tragtenberg et al.) 2ª ed. São Paulo, Abril Cultural, 1980. (Col. Os Pensadores). p.VII-XVII.
- VIANNA, S.M. - A descentralização tutelada. **Saúde em Debate**, 35: 35-8. 1992.
- VILAÇA, E.M. - **O planejamento em saúde no Brasil: origens, evolução, análise crítica e perspectivas**. OPS. Brasília (DF), 1988. (Série de desenvolvimento de serviços de saúde, 8).
- WAGNER, W. - Descrição, explicação e método na pesquisa das representações sociais. In. JOVCHELOVITCH, S. & GUARESCHI, P. - **Textos em Representações Sociais**. Petrópolis (RJ), Vozes, 1994. p.149-86.
- WEBER, M. - **Economia y Sociedad: esbozo de sociologia comprensiva**. Parte I cap. I. México-Buenos Aires, Fondo de Cultura Econômica, 1964.