

Cinira Magali Fortuna¹
Sílvia Matumoto²
Maria José Bistafa Pereira³
Silvana Martins Mishima⁴

Alguns aspectos do trabalho em saúde: os trabalhadores e os processos de gestão

Some aspects of work in health: workers and processes of management

Recebido em 09/11/01
Reencaminhado em 05/04/02
Aprovado em 20/04/02

¹ Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SP), doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo

Rua Professor Teothônio Monteiro de Barros Filho, 1.084
CEP 14093-390 – Ribeirão Preto – SP
e-mail: cinirafortuna@yahoo.com.br

² Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (SP), doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo

Rua Patrocínio, 2.201
CEP 14085-530 – Ribeirão Preto – SP
e-mail: smatumoto@uol.com.br

³ Professora do Departamento Materno-infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo

Av. Bandeirantes, 3.900
CEP 14040-902 – Ribeirão Preto – SP
e-mail: zezebis@glete.eerp.usp.br

⁴ Professora do Departamento Materno-infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo

Av. Bandeirantes, 3.900
CEP 14040-902 – Ribeirão Preto – SP
e-mail: smishima@glete.eerp.usp.br

RESUMO

O presente texto tem por objetivo abordar alguns aspectos sobre o trabalho em saúde e a relação gestor/trabalhador que vem se conformando nos municípios brasileiros. A fragmentação do trabalho, a gestão pouco democrática, a divisão entre os que pensam e os que executam têm favorecido a desresponsabilização, o descompromisso e os acordos velados entre trabalhadores, gestores/trabalhadores e trabalhadores e usuários. Parece que essa problemática tem sido evitada ou tratada apenas em suas dimensões burocráticas. Diversos autores, como Campos (1994a, 1994b e 1997) e Merhy (1994 e 1997) vêm assinalando a necessidade de se desencadear processos que retomem com os trabalhadores as citadas questões do processo de trabalho.

DESCRITORES: *Participação nas Decisões; Organização e Administração; Capacidade Organizacional.*

ABSTRACT

The present paper aims to raise a few issues regarding the process of work in health and the manager/worker relation arising in Municipal districts. The fragmentation of work, a non-democratic management, and a division between those who think and those who do has favoured unresponsibility, uncommitment and hidden agreements among workers, managers and workers and workers and users. It seems that this matter has been avoided or treated only bureaucratically. Several authors, such as Campos (1994a, 1994b and 1999) and Merhy (1994 and 1997) have been signaling the need to set off processes which recuperate with the workers the matters of the work process mentioned above.

DESCRIPTORS: *Management Quality Circles; Organization and Administration; Management Capacity.*

INTRODUÇÃO

Procuraremos trazer algumas reflexões referentes aos recursos humanos no Sistema Único de Saúde (SUS), revisitando a relação entre trabalhadores, gerentes e gestores, articulando alguns aspectos do processo de trabalho em saúde na atenção básica.

Segundo Nogueira (2001), os recursos humanos no SUS são centrais nos discursos dos dirigentes como possibilidades de mudanças da atual forma de organização do trabalho em saúde, constituindo-se num desafio para os gestores de saúde em diversas instâncias. No entanto, a forma como tem sido tratado e praticado o assunto tem conduzido a problemas que pretendemos discutir.

Propomos, aqui, nos distanciarmos da expressão 'recursos humanos', pois, em concordância com Campos (1994a), consideramos que os trabalhadores de saúde são sujeitos sociais em processo de relação (relações atuais, passadas, históricas, sociais, culturais, de poder) no qual produzem as práticas de saúde, não sendo, assim, mais um dentre os muitos recursos necessários, como os materiais e físicos.

Buscaremos exemplos vividos nos serviços para expor em linguagem acessível alguns conceitos que têm sido trabalhados por Campos (1994b, 1997), Merhy (1994, 1997)

e Mendes Gonçalves (1992), dentre outros autores. Tais conceitos – como espaço intercessor, trabalho vivo, trabalho morto, autogoverno, responsabilização – compõem importante aporte teórico sobre o trabalho em saúde e sobre os processos de gestão. Mesmo com os riscos de apresentarmos conceitos complexos de um modo simplista, arriscamos uma possível tradução.

Vamos começar nossa conversa pela seguinte pergunta:

PROPOMOS NOS DISTANCIARMOS
DA EXPRESSÃO 'RECURSOS HUMANOS'
POIS CONSIDERAMOS QUE OS
TRABALHADORES DE SAÚDE SÃO
SUJEITOS SOCIAIS E NÃO MAIS UM
DENTRE OS RECURSOS NECESSÁRIOS

QUE TRABALHADOR É ESSE DOS
SERVIÇOS DE SAÚDE?

Referimo-nos genericamente a um trabalhador de saúde para fins didáticos e para situar a problemática que pretendemos abordar. Paradoxalmente, partimos de uma abordagem genérica para dizer da subjetividade dos envolvidos no processo.

Esse trabalhador é alguém que trabalha para viver ou sobreviver e, muitas vezes, se submete a dois ou

a três turnos de trabalho. Viver e sobreviver, aqui, dizem respeito à possibilidade de tão-somente garantir aspectos mínimos para a sobrevivência, ou a possibilidade de realizar escolhas, constituir projetos.

O trabalhador em saúde é alguém que se preparou em escolas que, em sua maioria, priorizam a excelência técnica ou o uso de instrumental sofisticado. Anterior à formação acadêmica, os alunos, futuros trabalhadores, já trazem como produto do imaginário social a necessidade de conquista de espaço ou a noção de supremacia de uma profissão em detrimento de outra.

As escolas formam separadamente cada uma das categorias profissionais, reproduzindo ou reforçando a necessidade de conquista de espaço e reconhecimento, desenhando de forma precoce certa impossibilidade ou dificuldade de troca entre trabalhadores e os diversos campos de conhecimento.

Muitas vezes, o trabalhador é alguém que não teve uma formação específica para a área da saúde, havendo passado apenas por escolas de primeiro ou segundo grau – os vigias, os escriturários, os atendentes e os agentes de saúde são alguns exemplos.

Esse trabalhador manifesta e desenvolve no trabalho a sua história, aquilo que pensava e pensa sobre o trabalho, a saúde, a relação com os outros, a morte, o prazer, a

dor, a vida, enfim... O trabalhador de saúde pode atualizar e rever sua história e sua concepção de mundo no trabalho.

É um sujeito inserido no modo de produção que Antunes (1995) denomina 'capitalismo tardio'. Neste momento, a globalização e o neoliberalismo estão interferindo na produção em saúde. Essa interferência se faz presente na vida do trabalhador e no trabalho através da perda dos direitos trabalhistas, da flexibilização e da importação indiscriminada de conhecimentos que estão presentes em nosso trabalho.

O trabalhador de saúde também lida cotidianamente com o adoecimento, com a miséria, com o desemprego, a violência; enfim, com a produção social da doença a partir da inclusão/exclusão social que se conforma nesse modo de produção e nesse contexto sócio-histórico.

Na Saúde não se trabalha sozinho. A prática é, necessariamente, coletiva, e nela muitos outros estão direta ou indiretamente envolvidos. Desta forma, terá um enfermeiro de unidade de saúde, que vai visitar uma criança recém-nascida, consciência de que há outros trabalhadores envolvidos em sua atividade?

É mais provável que encontremos tal consciência em outros trabalhadores, como o motorista que levará o enfermeiro. Mas, antes: trabalhadores que estudaram e definiram os critérios de risco, que organizaram um fluxo de encaminhamento para

essas crianças, que trabalharam no pré-natal, que fizeram exames diagnósticos, os que trabalharam no parto, os que fizeram a vigilância nas maternidades, identificando e comunicando os nascimentos, os que receberam essas informações. Além disso, vale lembrar que o conhecimento necessário para esta visita foi por ele sendo aprendido e apreendido na sua vivência, na sua relação com familiares, usuários, trabalhadores e professores, entre outros.

NA SAÚDE A PRÁTICA É, NECESSARIAMENTE,
COLETIVA. MESMO NA RELAÇÃO
TRABALHADOR/ USUÁRIO NUMA PRÁTICA
CLÍNICA, ESTÃO PRESENTES INÚMEROS
TRABALHOS QUE O ANTECEDERAM
E QUE O SUCEDERÃO

Quando falamos desses trabalhos anteriores, estamos nos referindo a trabalho morto, que se materializa em técnicas, conhecimentos, insumos. No exemplo citado, quando acontece o encontro do enfermeiro com a família em questão, podemos ter a produção em ato do trabalho em saúde, trabalho vivo em ato, conforme Merhy (1997).

Então, não há trabalho em saúde sem a participação de outros, mesmo em momentos que identificamos

como mais 'individuais', como na relação trabalhador/usuário numa prática clínica que tem ali a presença de inúmeros trabalhos que o antecederam e que o sucederão.

AS NECESSIDADES DE SAÚDE

O trabalho que se desenvolve na saúde atende a necessidades e cria outras, histórica e socialmente constituídas, e para compreender esse caráter histórico e social das necessidades de saúde vamos pensar juntos: o que os usuários demandavam dos serviços de saúde no estado de São Paulo na década de 1970 é diferente do que demandam hoje? E o que os trabalhadores ofereciam e oferecem agora como atenção (cardápio de ações) é o mesmo?

Vamos citar, por exemplo, as mulheres no climatério: elas identificavam o período do climatério como uma necessidade de saúde? Que tipo de indagações faziam? "*Fiz 40 anos, preciso da reposição hormonal?*" Ou, "*De quanto em quanto tempo tenho que fazer a 'revisão'?*"

A organização dos serviços não muda linearmente, mas em processos que envolvem disputas, com avanços e retrocessos, disputas de mercado, de interesses, de posições ideológicas nas quais subjaz uma certa concepção de trabalho, de necessidades, de história.

No Brasil, o movimento de reforma sanitária foi e tem sido um mo-

vimento de conquistas e contradições. A luta pela saúde como direito e dever do Estado se contrapõe à saúde como um bem de mercado. O projeto SUS terá de fazer frente a propostas que viabilizam as cestas básicas de saúde (o mínimo para viver, quem pode mais, compra mais...). Há ainda as políticas econômica e de comércio definindo os serviços pela lógica de mercado, privilegiando os exames de alta complexidade, a medicalização crescente, a indústria de alta tecnologia hospitalar e diagnóstica, os serviços privados disputando financiamento público, etc.

Nesse cenário de disputas de interesses criam-se necessidades tanto dos trabalhadores como dos usuários. Trata-se de um embate entre projetos que vai caracterizando os serviços de saúde. Referimo-nos ao modelo assistencial que, segundo Merhy e Nogueira Filho (1991) é tecnopolítico, pois traduz nas ações tecnológicas uma direção política.

Mas quem está todo dia nos postos de saúde ou nos ambulatórios, ocupando ou não cargos de gerência e gestão, tem clareza dessas questões? Nem sempre. E por quê? Um dos motivos é que nosso trabalho é todo desenvolvido em partes.

O TRABALHO PARCELAR NA SAÚDE

Na atual organização do trabalho, temos o gestor que planeja ou uma equipe técnica que planeja, pen-

sa, prevê e avalia, e os trabalhadores, em geral na linha de frente das unidades básicas de saúde, que executam. Executam mesmo o que foi pensado, decidido ou planejado?

Nem sempre, pois é fácil dissociar a ação do objetivo. Ou então, de acordo com o projeto, essa dissociação é fundamental para a manutenção do aspecto político do mesmo.

Quando se decide construir uma unidade de saúde, muitas vezes isto é fruto de um projeto que pode ter

QUEM ESTÁ NAS UNIDADES DE SAÚDE
NEM SEMPRE TEM CLAREZA DO EMBATE
ENTRE PROJETOS QUE CONSIDERAM A SAÚDE
COMO DIREITO OU COMO BEM DE MERCADO
PORQUE O TRABALHO EM SAÚDE É TODO
DESENVOLVIDO EM PARTES

surgido, por exemplo, de uma plataforma de campanha. Também pode ter surgido como resultado de reivindicações da comunidade organizada, ou ainda da análise de um grupo de técnicos com base em critérios demográficos e/ou epidemiológicos.

A partir daí, continuam as decisões em separado. O engenheiro, ou alguém do planejamento, faz a planta física. O departamento de enfermagem decide sobre os auxiliares, técnicos e enfermeiros; o departa-

mento odontológico define os dentistas e os auxiliares de consultório dentário, enquanto o administrativo se encarrega de definir sobre o pessoal da limpeza, recepção, motoristas, vigias e outros. A definição dos médicos fica sob a responsabilidade do departamento médico, e assim por diante. Quase sempre, no caso de cidades de pequeno porte, o coordenador de saúde e seu assessor definem as categorias e a quantidade de trabalhadores conforme o recurso financeiro disponível. Não podemos nos esquecer que quaisquer decisões estarão diretamente articuladas a um certo projeto tecnopolítico.

O processo seletivo na maior parte das vezes é delegado a uma outra secretaria ou departamento da prefeitura. Em geral, utiliza-se uma prova de múltipla escolha sem considerar o perfil do profissional para atender às especificidades do trabalho a ser desenvolvido, ou seja, a mesma prova pode ser aplicada para quem vai trabalhar no hospital, no ambulatório de saúde mental ou na unidade básica de saúde.

Apesar de a Constituição brasileira prever a realização de concursos públicos, temos no Brasil inúmeras formas de seleção e contratação. O Ministério da Saúde (BRASIL, 1997) vem incentivando a contratação de equipes para o Programa Saúde da Família através de organizações não governamentais. A terceirização com contratação através

de cooperativas tem sido outra prática adotada (NOGUEIRA, 2001).

Estes são exemplos da materialização dos aspectos neoliberais e da flexibilização do trabalho no setor saúde. Os direitos trabalhistas como férias e aposentadoria nem sempre estão assegurados nessas formas de contratação.

Voltando à nossa unidade de saúde, seu gerente, com raras exceções, é indicado por outras instâncias ou setores da prefeitura, e não pela própria unidade. Com que critérios? O número de cargos prometidos nas eleições? A categoria profissional que se quer destacar? O grupo ideológico/religioso que sustenta politicamente os detentores do poder instituído? A disponibilidade do candidato a gerente? Esses critérios atendem a que tipo de ação gerencial? A que tipo de projeto?

Num processo de implantação e organização de uma unidade de saúde como esse, instala-se, desde o início, certa concepção de saúde-doença, objetivos de trabalho, modo de se trabalhar (parcelar, fragmentado), enfim, vai se reproduzindo o modelo assistencial hegemônico, centrado no atendimento médico, na tríade sintoma-medicamento-conduta.

Esses trabalhadores (médico, enfermeiro, dentista, auxiliares, escriturários, serventes, entre outros) terão, a partir da inauguração da unidade de saúde, a tarefa de trabalhar em conjunto. Fazendo o quê? A despeito das parcelas de traba-

lho que competem a cada um, cada trabalhador vai tentar definir e moldar esse fazer.

Assim, a unidade se abre para o atendimento. Melhor dizendo, aguarda que a população procure pelo atendimento. Cada trabalhador assume a sua posição no processo de trabalho. O vigia, representando a vigilância e a ordem, pode ou não abordar o usuário quando este chega. A recepcionista que recebe o usuário e lida com a agenda assinalando se há

NO PROCESSO DE IMPLANTAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DE UMA UNIDADE DE SAÚDE INSTALA-SE CERTA CONCEPÇÃO DE SAÚDE-DOENÇA E DO MODO DE SE TRABALHAR QUE REPRODUZ O MODELO ASSISTENCIAL CENTRADO NA TRIÁDE SINTOMA-MEDICAMENTO-CONDUTA

ou não vaga para a consulta médica ou outra consulta/atendimento (curativo, teste de gravidez etc.), é responsável também pela montagem e guarda do prontuário. Em alguns serviços, a agenda da odontologia fica com a auxiliar odontológica e não na recepção, reforçando a fragmentação e a conformação de uma outra unidade dentro da unidade de saúde – a unidade odontológica.

Após a recepção, o auxiliar de enfermagem realiza a pré-consulta,

que se constitui em outra etapa desse processo de trabalho. Nela se levantam as queixas, procede-se à pesagem e, em alguns casos, à mensuração da estatura, da temperatura e pressão arterial.

A consulta médica limita-se, quase sempre, ao usuário expor sua queixa principal e ao médico prescrever uma conduta. Na pós-consulta, o trabalhador reforça as orientações médicas e os encaminhamentos, direcionando o usuário para as próximas etapas de atendimento.

Outros trabalhadores realizam sua parcela de trabalho nas salas de vacina, curativo, inalação, terapia de reidratação oral (TRO), expurgo e esterilização de material e limpeza da unidade.

O parcelamento acima descrito pode continuar se reproduzindo mesmo quando contamos com trabalhadores de outras especialidades como fonoaudiologia, psicologia e serviço social, que geralmente recebem solicitação ou encaminhamento dos demais trabalhadores quando estes identificam problemas ou necessidades que julgam ser para este ou para aquele outro trabalhador.

O enfermeiro se insere nessa produção com fazeres técnicos (atendimentos específicos) e burocráticos (escalas, pedidos de materiais etc.). Trabalha muitas vezes para viabilizar os outros trabalhos, sobretudo o do médico (ALMEIDA, 1991).

O gerente, como representante do nível central da Secretaria de Saú-

de, se encarrega de fazer cumprir normas e rotinas, elaborar escalas, fazer o controle das faltas e intermediar os atritos entre trabalhadores e destes com a população.

Essa aparente simplicidade de um trabalho encadeado oculta as contradições do processo de trabalho, as desigualdades de saber e poder, as diferenças sociais e de acesso. Mas, principalmente, conforma a manutenção da alienação do trabalhador em relação à sua inserção nesse processo de produção. Como disse Campos (1997): haja criatividade que resista a tanta repetição, ou aparente repetição.

Esse dia-a-dia manifesta uma certa 'lógica' em que alguém manda e os outros apenas obedecem; contudo, cada trabalhador vai desenvolvendo o trabalho conforme seu grau e conquista de autonomia e autogoverno.

E o que é autogoverno? Esse termo é desenvolvido por Merhy (1997) e se refere ao poder que todo trabalhador exerce na tomada de decisões no cotidiano, ou seja, coloca seu trabalho na direção que lhe parece mais apropriada.

Assim, quando a auxiliar de enfermagem orienta aquele que então seria o décimo sétimo paciente, dentre as dezesseis vagas de consulta, para aguardar, e descreve o quadro clínico para o médico acentuando aspectos e queixas, sabendo que esse as valoriza, está usando seu autogoverno para fazer com que esse

usuário seja atendido. Noutros casos em que decide dispensar o paciente, falando ou não com o médico, também o utiliza, o que demonstra que nem sempre o autogoverno dos trabalhadores se volta para atender às necessidades da população ou na direção da responsabilização.

Em concordância com Figueiredo Júnior (2001) estamos definindo como 'responsabilização' o comprometimento mútuo trabalhador/usuário, que se estabelece a

O TRABALHO DE EQUIPE EM SAÚDE É UMA EFERVESCÊNCIA DE INTERESSES, CONFLITOS, ACORDOS E DESACORDOS, É UMA REDE DE RELAÇÕES COMPLEXAS

partir de vínculos e da direção dada a essa responsabilização que se distancia da tutela e da submissão; o outro, o usuário, é tomado como direção do trabalho e não um de seus sintomas, partes, queixas.

O modo de trabalhar que sucintamente descrevemos das e nas organizações de saúde parece não favorecer a responsabilização e sim o descompromisso, a massificação, a fragmentação. Constitui-se a necessidade de o trabalhador se afastar do

trabalho, do contato, do compromisso (FORTUNA, 1999; PEREIRA, 2001).

Aqueles trabalhadores que foram contratados ou designados para a unidade recém-inaugurada, vão produzindo com seus fazeres o trabalho em saúde, vão também produzindo e atendendo necessidades e acabam se fazendo nesse trabalho.

Como isso se traduz no trabalho? Cada um fazendo uma parte mas perdendo a dimensão do todo; na sua parte, cada um brigando e conquistando por autonomia e autogoverno. Nesse parcelamento, os trabalhadores vão-se fazendo responsáveis por partes, por parcelas, ao mesmo tempo que se produzem enquanto homens fragmentados.

Assim, perde-se a finalidade do trabalho e o próprio sentido de existência da unidade dentro do sistema local de saúde.

Os trabalhadores vão construindo estratégias que, por um lado, os defendem da população, que passa a ser homogeneizada da pior maneira possível, ou seja, sendo tachada de imunda e ignorante. Por outro lado, essas estratégias permitem certos acordos entre trabalhadores e destes com os usuários.

O trabalho de equipe em saúde, que normalmente se entende como algo harmônico, tranquilo, é na verdade uma efervescência de interesses, conflitos, acordos e desacordos. É uma rede de relações complexas, na qual poucos gestores investem para que essas con-

tradições ganhem visibilidade e sentido para os envolvidos.

Qual a perspectiva de futuro desses trabalhadores?

Muitos precisam trabalhar por um período que vai de 30 a 35 anos para se aposentar na mesma atividade. Alguns de nível universitário podem ascender à gerência, outros podem ser transferidos para os setores de planejamento, usualmente na sede da secretaria municipal de saúde. Os auxiliares, serventes, etc., quando possível, vão mudando de unidade em unidade de saúde, alguns sonham com escalas fixas, tanto de horário quanto de atividades, ou sonham com atividades consideradas mais dignas como o trabalho da recepção para serventes ou de auxiliar de farmácia.

Nesse processo, outros agentes vão entrando e saindo desse trabalho pelos mais diversos motivos: morte, aposentadoria, troca de gerente nas trocas de governo; outros por terem sido contratados para suprir demandas, outros por terem sido inseridos nesse processo de trabalho como atualmente os agentes comunitários de saúde.

Os trabalhadores que pensam e planejam o trabalho, os do nível central, que muitas vezes se encontram noutra prédio, noutra espaço-tempo, com acesso às informações produzidas no âmbito local, passam a ser considerados como opositores pelos trabalhadores das unidades.

As propostas e soluções encontradas por uns (das unidades) ou por

outros (do nível central) amiúde não coincidem, criando-se mútuas representações não construtivas: para os trabalhadores das unidades, os do nível central são burocratas e acomodados, e para esses últimos os primeiros são preguiçosos e não trabalham porque não querem.

E os gestores nessa história toda?

Talvez esses aspectos abordados sejam motivos para certos dizeres, comuns entre gerentes e gestores: *'Recursos Humanos? Não tenho*

PARA OS TRABALHADORES
DAS UNIDADES, OS DO NÍVEL
CENTRAL SÃO BUROCRATAS E
ACOMODADOS, E PARA ESSES ÚLTIMOS
OS PRIMEIROS SÃO PREGUIÇOSOS
E NÃO TRABALHAM PORQUE
NÃO QUEREM

tempo para me preocupar com isso. É muito complicado, afinal tenho muito trabalho, prazos, relatórios, reuniões da Bipartite, planos plurianuais, financiamento e repasse de recursos.'

Outra possível e aparente saída que vem sendo adotada é a de treinamento de pessoal, em que se convocam alguns trabalhadores, raramente o médico, e se buscam 'reformas' de suas cabeças, ou o repasse de algumas técnicas e informações.

Depois, eles são devolvidos para as Unidades de Saúde, com a incumbência de promoverem mudanças.

Outros optam pela qualidade total, que 'valoriza' e inclui o trabalhador na perspectiva de sua adesão para o aumento de lucro e transportam as idéias empresariais para o setor público da saúde, como se a mesma lógica produção/capital/lucro pudesse ser deslocada para esse trabalho. Essa lógica até pode ser transposta para o setor saúde mas não na direção da saúde considerada como um bem inerente à vida e como direito das pessoas.

O que se observa é que os temas essenciais, como o processo de gestão centralizadora, o trabalho parcelar, a construção conjunta da finalidade, a negociação dos projetos individuais e a construção de projetos coletivos, normalmente não são tocados.

Como vimos, o trabalhador de saúde é alguém que vive, sonha, trabalha junto, sofre, sobrevive, disputa, se estranha ou se desconhece nessa produção. Alguém que lida com outras pessoas que vivem dos mais diferentes modos e que, naquele momento, estão com algo que percebem afetar seu prosseguir nessa vida.

Aqui, retomamos a idéia de como se produz o trabalho em saúde.

ESPECIFICIDADES DO TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho em saúde se produz no encontro, no ato de contato entre

trabalhador e usuário, entendendo inclusive que esse momento é permeado pela história de vida de ambos, de trabalho anterior e posterior, e que se dá naquele ato contínuo, sendo já consumido na hora da produção. Diferente de uma fábrica não é mesmo?

A produção em saúde não é algo que podemos pegar, algo concreto; é alguma coisa da natureza do simbólico, e que inclusive se modifica, como vimos, com a história, cultura, contexto.

É um certo equívoco acharmos que o que produzimos são n consultas, y exames, z atendimentos. Esses são os meios possíveis de produção de saúde passíveis de qualificação.

Podemos dizer, com Merhy (1997), que o trabalho em saúde se dá no encontro de pessoas, nos espaços intercessores. Se ocorre no encontro de humanos, então por que ouvimos e dizemos da necessidade da humanização no trabalho em saúde?

Talvez porque esse aspecto do trabalho em ato tenha se perdido. As ações que seriam o meio, tais como os exames, o levantamento da queixa, a prescrição, a consulta, o encaminhamento, a orientação etc., passam a ser um fim em si mesmos. O trabalhador não se reconhece como autor do seu próprio trabalho, que ganha proporções de fardo, em virtude da repetição, da desvalorização e da falta de reconhecimento.

O resgate de aspectos como a recomposição ou análise do trabalho

com os trabalhadores, a valorização da escuta do que o usuário representa como problema de saúde, do estabelecimento de espaços que favoreçam a vinculação e a responsabilização, a negociação em espaços coletivos de interesses dos trabalhadores, dos usuários, dos gerentes, dos gestores são algumas apostas que estão sendo estudadas e que alguns municípios estão procurando colocar em prática.

Temos nessa direção as propostas da criação das equipes de referência, do processo de co-gestão com a criação dos espaços coletivos (CAMPOS, 2000), do acolhimento (FRANCO; BUENO; MERHY, 1998; MALTA *et al.*, 1998; MATUMOTO, 1998), que podem ser arranjos ou dispositivos para reordenar, organizar o processo de trabalho em saúde, o processo de gestão, e, quem sabe?, irmos construindo outros modelos tecno-assistenciais em saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

E então, os trabalhadores de saúde são problema ou possibilidade de reestruturação do modo de fazer saúde?

Os trabalhadores têm sido, paradoxalmente, apontados como potenciais sujeitos de mudança e de reformulação das atuais práticas de saúde, e muitas vezes são considerados como um fardo, um 'problema' a ser resolvido com medidas burocráticas, ou são le-

vados em conta apenas nos aspectos formais do número, da categoria, do horário, enfim como mais um dos recursos de que os gestores precisam e sequer dispõem a não ser dentro das contingências administrativas.

Finalizamos com as seguintes perguntas: Vamos continuar a enxergar essas questões como problemas a se evitar ou a se considerar? Vamos continuar nos desviando das questões aqui apresentadas e tentando normatizá-las, como se pudessemos resolvê-las pelos mecanismos de controle, com decretos, normas ou treinamentos? Tais procedimentos têm apresentado quais resultados? Esta atitude tem direcionado os serviços de saúde às diretrizes do movimento de reforma sanitária? Ou, como propõe Campos (1991) em defesa da vida, no direito inerente ao viver?

São questões que se colocam para todos nós trabalhadores, pois nossa principal finalidade com este texto era provocar perguntas e inquietações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Maria Cecília Puntel de. *O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva: rede básica de saúde em Ribeirão Preto*. 297f. Monografia (Livre-Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1991.

ANTUNES, Ricardo. *Adeus ao trabalho?* Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo: Cortez, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Programa de agentes comunitários de saúde – PACS*. Comunidade Solidária. Brasil em Ação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 1997. p. 16.

CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa. *A saúde pública em defesa da vida*. São Paulo: HUCITEC, 1991. p. 175.

_____. Recursos humanos na saúde: fator de produção e sujeitos sociais no processo de reforma sanitária no Brasil. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; MERHY, Emerson Elias; NUNES, Everardo Duarte. *Planejamento sem normas*. 2. ed. São Paulo: HUCITEC, 1994a. p. 45-51.

_____. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECILIO, Luís Carlos de Oliveira (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994b. p. 29-88.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 229-266.

_____. *Um método para análise e co-gestão de coletivos*: a constituição do sujeito, a produção de

valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: HUCITEC, 2000. p. 236.

FIGUEIREDO JÚNIOR, Merval Marques. Quando se vai um que estava sob nosso cuidado. *Interface – comunicação, saúde, educação*, Botucatu, SP, ago. 2001. n. 9, p. 183-188.

FORTUNA, Cinira Magali. *O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde*: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades. Em busca do desejo, do devir e de singularidades. 1999. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1999.

FRANCO, Túlio Batista; BUENO, Wanderley Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim (MG). [Conferência Nacional de Saúde On-line]. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/>>. Acesso em: 05 maio 1998.

MALTA, Debora Cristina; FERREIRA, L. M.; REIS, A. T.; MERHY, Emerson Elias. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: REIS, A. T. (Org.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte*: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. p. 121-142.

MATUMOTO, Silvia. *O acolhimento*: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. 225f. Dissertação (Mestrado)

– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.

MENDES GONÇALVES, Ricardo Bruno. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. *Cadernos CEFOR*. São Paulo, n. 1, 1992. (Série textos).

MERHY, Emerson Elias. 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: CECILIO, Luis Carlos de Oliveira (Org.). *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 117-160.

MERHY, Emerson Elias. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: HUCITEC, 1997. p. 71-112.

MERHY, Emerson Elias; CECILIO, Luis Carlos de Oliveira; NOGUEIRA FILHO, R. C. Por um modelo tecno-assistencial da política de saúde em defesa da vida: contribuição para as conferências de saúde. *Saúde em Debate*, Londrina, n. 33, 1991. p. 83-89.

NOGUEIRA, Roberto Passos. Os recursos humanos e as políticas de gestão do Estado. In: NÚCLEO DE ESTUDOS DE SAÚDE PÚBLICA – NESP/CEAM/UNB.

Programa de Políticas de Recursos Humanos de Saúde. Disponível em: <<http://www.pessoalsus.inf.br/Temas/osrheaspolitsdegestado2.htm>>. Acesso em: 25 out. 2001.

PEREIRA, Maria José Bistafa. *O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para reconstrução da prática de saúde*. 2001. 256f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

Elementos para análise da política de saúde na década de 1990: os assistentes sociais como atores na construção do espaço público

Elements for analyzing health policies in the 1990's: social workers as actors for building public space

Luciana Patrícia Zucco¹

Ludmila Fontenele Cavalcanti²

Recebido em: 10/11/01

Reencaminhado em: 24/02/02

Aprovado em: 20/03/02

¹ Assistente social, mestre em serviço social pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-RJ), professora da Escola de Serviço Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), coordenadora do Núcleo de Estudos e Ações em Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino, consultora da área de políticas públicas

Rua General Góis Monteiro, 156/206
CEP 22290-080 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: lpzucco@uol.com.br

² Assistente social, mestre em serviço social pela PUC-RJ, doutoranda em saúde da mulher e da criança do Instituto Fernandes Figueira/Fiocruz, professora da Escola de Serviço Social da UFRJ, coordenadora do Núcleo de Estudos e Ações em Saúde Reprodutiva e Trabalho Feminino, consultora da área de políticas públicas

Rua Gustavo Sampaio, 208/1.201
CEP 22010-010 – Rio de Janeiro – RJ
e-mail: ludmario@osite.com.br

RESUMO

Este artigo tem como objetivo apresentar algumas reflexões oriundas das comemorações do Dia do Assistente Social, realizadas nas unidades de saúde das diferentes instâncias de governo, da rede pública de saúde na cidade do Rio de Janeiro. O debate teve como ponto de partida o Sistema Único de Saúde (SUS), sua operacionalização na década de 1990, seus avanços e obstáculos, e o papel da inserção do assistente social na área da saúde. As discussões apontaram a importância e contribuição do desempenho profissional para a efetivação e ampliação dos direitos advindos da Constituição de 1988 e das Leis Orgânicas da Saúde.

DESCRITORES: *Política de Saúde; SUS(BR); Serviço Social.*

ABSTRACT

This article aims to present reflections arisen from the passing of Social Work Day, celebrated in health services of different government levels within Rio de Janeiro's public health system. The debate had, as a starting point, the National Health System, its development in the 1990's, its progress and setbacks, and aimed to determine the social workers' insertion in the health field. The discussions highlighted the importance and contribution of professional performance to materialize and increase the rights provided by the 1988 Constitution and Health Organic Laws.

DESCRIPTORS: *Health Policy; SUS(BR); Social Work.*