

O processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e a humanização: dilemas e desafios

The work process in the Family Health Strategy and the humanization: dilemmas and challenges

Rosana Lúcia Alves de Vilar¹, José Willington Germano², Raimunda de Medeiros Germano³

¹ Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN) – Natal (RN), Brasil. Professora Associada da UFRN – Natal (RN), Brasil. rosanaalves@supercabo.com.br

² Doutor em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Professor Titular da UFRN – Natal (RN), Brasil. wgermano@digicom.br

³ Doutora em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) – Campinas (SP), Brasil. Professora Associada da UFRN – Natal (RN), Brasil. rgermano@natal.digi.com.br

RESUMO Este artigo aborda o tema do processo de trabalho e humanização em saúde que envolve o conjunto de políticas implementadas pelo Ministério da Saúde no Brasil. A suposição é que a Estratégia Saúde da Família tem produzido experiências locais com potencialidades que não deve ser desperdiçadas, apesar das dificuldades e discrepâncias entre o modelo real e proposto. A pesquisa está ancorada fortemente nos aportes teóricos de Boaventura de Sousa Santos acerca da sociologia das ausências e das emergências, bem como do trabalho de tradução.

PALAVRAS-CHAVE: Humanização da Assistência; Saúde da Família; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT This article approaches the topic of work process and humanization in health that involves the set of policies implemented by the Ministry of Health in Brazil. The assumption is that the Family Health Strategy has produced local experiences with potentialities that must not be wasted, in which there are difficulties and discrepancies between the real and proposed model. The research is anchored strongly in the theoretical concepts of Boaventura de Sousa Santos about the sociology of privations and emergencies, as well as of the work of translating.

KEYWORDS: Humanization of Assistance; Family Health; Primary Health Care.

Introdução

Os marcos teóricos e políticos norteadores da Política Nacional de Humanização (PNH), preconizada pelo Ministério da Saúde do Brasil, evidenciam que essa política surge para contribuir com mudanças, na direção de um sistema de saúde inclusivo, acolhedor, solidário e democrático.

As intenções referenciadas nos documentos institucionais sobre a Estratégia Saúde da Família, também sinalizam para mudanças no modelo da atenção que se diferencia do modelo tradicional.

A PNH também conhecida como HumanizaSUS, foi instituída pelo Ministério da Saúde no ano de 2003, na primeira gestão do governo Lula (2003-2006), formulada inicialmente por um grupo de técnicos da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde (MS), então coordenada pelo professor Gastão Wagner de Sousa Campos, a partir de discussões e sistematização de experiências acumuladas e exitosas do chamado 'SUS que dá certo' (BRASIL, 2006a).

Tem como propósito maior efetivar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários, para a produção de saúde e a formação de sujeitos.

O documento base que a instituiu, justificando a sua necessidade, considera a persistência de problemas relacionados ao acesso dos serviços de saúde; à desvalorização dos trabalhadores de saúde; ao baixo investimento em processos educativos, tendo em vista a forma de gestão centralizada dos serviços e o frágil vínculo com os usuários como fortes determinantes da desumanização.

Diferente das iniciativas anteriores, que se limitavam a programas, a novidade é que a humanização passa a ser tratada como uma política de caráter público e amplo, abrangendo a atenção e a gestão nos serviços de saúde, recolocando na pauta um conjunto de problemas e desafios presentes no cotidiano do SUS, na perspectiva de humanizar o cuidado e dignificar o trabalho.

Em relação ao marco teórico/político e arcabouço organizativo, articula princípios, método, diretrizes e dispositivos como norteadores, com base em

experiências imbuídas de modos de cuidar e gerir, que apostam em inovações.

Os princípios, compreendidos como proposições diretoras ou elementos predominantes na constituição da política, são: a transversalidade; a indissociabilidade entre práticas de gestão e de atenção à saúde, e o protagonismo dos sujeitos e dos coletivos.

A transversalidade se reporta à intenção de que a política seja horizontalizada, perpassando as diferentes ações e instâncias gestoras do SUS, ou seja, refletindo-se em todas as demais políticas no campo da saúde, ampliando assim o seu espectro de atuação na perspectiva da capilarização.

O segundo princípio concebe os modos de gestão e de cuidar como indissociáveis, ou seja, a organização do trabalho como inseparável da atenção à saúde, ou ainda, com relação de codeterminação, com ações interdependentes e complementares que se influenciam mutuamente.

O protagonismo dos sujeitos e coletivos pressupõe um novo modo de fazer que requer a inclusão¹ de sujeitos envolvidos na gestão e na atenção, tanto em sua expressão singular como coletiva. Esse princípio está relacionado ao anterior e parte da premissa de que os profissionais de saúde e gestores são sujeitos que trabalham com e para os usuários, que, por sua vez, são copartícipes.

A concepção da política defende a tese de que o protagonismo contribui para a coconstrução de sujeitos reflexivos e com certa autonomia em relação ao processo de trabalho que desenvolvem.

O referencial sobre o conceito de autonomia tem como base a discussão feita por Campos (2006) que a considera como a capacidade de compreender e de agir sobre si mesmo e sobre o contexto, conforme desejos, interesses e valores. Essa autonomia tem um caráter relativo e possibilita a existência de compromissos e contratos.

As diretrizes da política traduzem um conjunto de orientações importantes para colocar os princípios em prática, e se revestem de um eixo discursivo que abrange múltiplas intenções: acolhimento, ampliação da clínica, gestão participativa, valorização do trabalho, e defesa dos direitos dos usuários.

¹ Nesse sentido, os documentos destacam que o método da política é da tríplice inclusão de pessoas (trabalhadores, gestores e usuários); de movimentos/coletivos e redes; e do reconhecimento do outro e sua alteridade, lidando com as diferenças e as subjetividades, para construção da corresponsabilidade.

Em relação à Estratégia Saúde da Família (ESF), antes conhecida apenas como Programa de Saúde da Família (PSF) seu o primeiro documento oficial, data de setembro de 1994, explicitando a sua concepção como um instrumento de reorganização da atenção básica no SUS. E no seu início, a implantação foi definida para ocorrer em áreas de risco social e epidemiológico; só posteriormente foi sendo proposto para outras áreas, passando a ser considerado como uma estratégia estruturante dos sistemas municipais de saúde e não um programa, provocando um movimento para reordenação do modelo de assistência na atenção básica.

Como estamos nos referindo ao nível da atenção básica, esta é compreendida na política de saúde brasileira, conforme a Portaria nº 648, de 28 de março de 2006, como um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde (BRASIL, 2006b).

Essa definição já expressa a amplitude desse tipo de atenção, que para dar conta da sua responsabilidade, incluindo ações de natureza diversificada, precisa incorporar a integralidade como eixo intercomunicante.

A mesma portaria estabelece, como princípios gerais da atenção básica, que a mesma deve ser desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária. Para tanto, deve ser considerada a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, a utilização de tecnologias de alta complexidade e baixa densidade, para resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância do território, devendo ser o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Ainda, recomenda que a atenção básica deve estar orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. E, finalizando, acrescenta que a ESF deve ser prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS.

Essas definições apontam para o caráter complexo da sua organização, já delineando uma mudança para o modelo de atenção, no qual a ESF é proposta como eixo estruturante.

Vale salientar que as duas propostas políticas buscam romper com um paradigma hegemônico/reducionista e fragmentado, na perspectiva da incorporação de saberes e práticas, direcionados a uma nova racionalidade.

Santos (2005a, 2007, 2010) discute esse novo paradigma, que chama de emergente, no qual considera que todo conhecimento é social; todo conhecimento é local e global; todo conhecimento é autoconhecimento, e todo conhecimento científico visa constituir-se em senso comum.

O referido autor partindo da crítica ao pensamento hegemônico da racionalidade científica, que chama 'razão indolente', propõe outra forma de conceber a razão. Essa outra forma, contrapõe-se a monocultura do saber, sendo concebida como ecologia dos saberes que se fundamenta na premissa de que não há nem conhecimentos puros, nem completos, há constelações de conhecimentos, que se cruzam e necessitam de uma articulação sistêmica, dinâmica e horizontal.

A ESF como política de reestruturação da atenção básica, e a PNH como uma política transversal a todas as políticas do SUS, têm uma identidade com esse paradigma discutido por Boaventura dos Santos. Ambas apostam em mudanças na perspectiva da diversidade, da integralidade e da solidariedade.

Entretanto, sabemos que as mudanças dependem, em grande medida, das relações cotidianas estabelecidas nos processos de trabalho e de gestão, portanto dos sujeitos partícipes das situações concretas desenvolvidas nos serviços de saúde (MERHY, 2006).

Nessa linha de argumentação, esse mesmo autor, ainda ressalta que, se não houver alteração do modo como os trabalhadores de saúde se relacionam com o seu principal objeto de trabalho: 'a vida e o sofrimento dos indivíduos, famílias e coletividade', não basta corrigir procedimentos organizacionais e financeiros das instituições, pois o grande desafio é a busca de outro modo de operar o trabalho em saúde, construindo uma relação mais solidária.

Acerca do processo de trabalho desenvolvido na ESF, vale salientar que apresenta características específicas e comuns a outros processos de trabalho em saúde.

É importante assinalar que o trabalho em saúde é um serviço que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos; dá-se sobre pessoas, numa intercessão partilhada entre o usuário e o profissional, com a presença de histórias, saberes e sofrimentos que compõem as subjetividades presentes.

As contribuições de Offe (1984), sobre as peculiaridades do trabalho que produz serviço, apontam o seu caráter reflexivo e complexo. No caso da saúde, essa complexidade se evidencia pelo fato de envolver a pessoa humana como principal protagonista, e lidar com a vida e com a morte.

Donnangelo (1975); Gonçalves (1979); Schraiber (1993); Pires (1996); Nogueira (1999); Merhy (2006) e Campos (2006), com base nos escritos de Marx, abordaram diferentes aspectos, ressaltando o trabalho como um processo que se constitui na mediação entre homem e natureza, operando transformações requeridas por necessidades humanas, no caso da saúde, necessidades de saúde.

Nogueira (2000) identifica algumas especificidades do processo de trabalho em saúde que reforçam os argumentos quanto à sua complexidade, tais como: o fato de ser um serviço dependente do laço interpessoal para eficácia do seu ato; a não universalidade do valor de uso, visto que o cuidado produzido é restrito a cada indivíduo; e a coletivização com fragmentação dos atos se contrapondo ao princípio da integralidade.

Sobre a fragmentação, trata-se de uma forte influência dos princípios tayloristas na organização desse trabalho, que induziram a uma divisão técnica muito fracionada. Na verdade, no processo de trabalho em saúde existe uma variedade de profissionais com diferentes formações que atuam gerando um parcelamento nas atividades, muitas vezes de forma agrupada, mas não articulada ou integrada. Em função dessas questões, na ESF propõe-se a constituição de equipes multiprofissionais para uma atuação conjunta, na tentativa de internalizar a integralidade nas ações desenvolvidas.

Pinheiro *et al.* (2005) acrescentam que, mesmo diante da polifonia presente no processo e trabalho em saúde decorrente da diversidade de vozes e discursos dos diferentes saberes, é fundamental a harmonia, não como ausência de discordância ou como homogeneidade, mas

como um arranjo de elementos diferentes reunidos por uma relação de pertinência. E faz uma analogia com o concerto de uma orquestra:

[...] o agir dos profissionais de saúde de uma equipe, tal como o dos músicos de uma boa orquestra que trabalham em harmonia, deve agir em concerto. (PINHEIRO et al., 2005, p. 107).

Nessa concepção, reconhece-se a diversidade de conhecimentos e habilidades dos componentes da equipe, enfatizando-se a importância da complementaridade e do compartilhamento de objetivos comuns.

Entretanto, diante da forma como o trabalho em saúde vem sendo realizado, considerando muitas vezes o usuário como objeto, não como sujeito, como parte e não como um todo, excluído do seu contexto social; reforçando a fragmentação do conhecimento e a superespecialização; valorizando excessivamente a tecnificação conduzida para os interesses de um mercado lucrativo, surge o debate sobre a desumanização como consequência desse cenário e como desafio a ser enfrentado no trabalho desenvolvido no SUS.

O grande desafio de tornar as práticas de saúde mais eficazes, requer um posicionamento crítico frente aos obstáculos inerentes à própria racionalidade que limita a prática clínica,

e, com efeito, o processo de trabalho desenvolvido (NOGUEIRA, 2010, p. 102)

Este artigo aborda resultados de uma pesquisa sobre o tema do processo de trabalho e da humanização na saúde, tendo como foco a estratégia saúde da família. O pressuposto é que, apesar do contexto social e político apresentar-se com muitas contradições e desafios, o modelo de atenção dessa estratégia, mesmo com dilemas e discrepâncias entre o real e o proposto, vem produzindo experiências locais com desafios e potencialidades que não devem ser desperdiçadas.

Para fundamentar seus argumentos, recorre a marcos antiutilitaristas, ancorando-se mais fortemente nos aportes teóricos de Boaventura de Sousa Santos, acerca da sociologia das ausências e das emergências e do trabalho de tradução.

Metodologia

A pesquisa teve como campo de investigação empírica a ESF desenvolvida na atenção primária à saúde do município de Natal (RN), utilizando uma abordagem predominantemente qualitativa.

As abordagens qualitativas, conforme ressalta Minayo (2004), são capazes de incorporar os significados e as intencionalidades, como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, permitindo uma melhor compreensão em estudos com essa natureza.

A operacionalização do estudo utilizou procedimentos variados: a pesquisa bibliográfica; a pesquisa documental (documentos institucionais de âmbito nacional²) e o trabalho de campo, onde foram realizadas entrevistas e observação direta.

A interpretação das informações coletadas foi fundamentada na análise documental e na abordagem sociológica apresentada por Santos (2005b), denominada de cartografia simbólica das representações sociais, que tem como matriz de referência a construção e a representação do espaço para análises dessas representações.

Objetivando justificar a utilização desse procedimento de análise, Santos (2005) ressalta que a cartografia, em termos epistemológicos, é uma ciência muito complexa, por combinar características das ciências naturais e das ciências sociais. Acerca dos mapas, destaca que esses são feitos para ser vistos ou lidos e expressam representações/distorções reguladas da realidade, ressaltando que as distorções são “organizadas e criadoras de ilusões credíveis de correspondência”. (SANTOS, 2005, p. 198). Dito de outra maneira, os mapas distorcem a realidade para instituir a orientação, e, para serem práticos e úteis, não podem coincidir com a realidade exata; por essa razão a distorce, mas não de forma arbitrária, mas de forma conhecida e controlada, através de três mecanismos: a escala, a projeção e a simbolização.

A escala indica a relação das dimensões ou distâncias marcadas sobre um plano com as dimensões ou distâncias reais, expressa o grau de pormenorização da representação. Dessa forma, os mapas podem ser considerados de grande escala, quando cobrem uma área menor (local), apresentando assim um maior grau de

pormenorização. E de pequena ou média escala, quando cobre áreas maiores (nacional, global), apresentando um menor grau de pormenorização. E pelo fato de mediar a intenção e a ação, o mecanismo de escala pode ser aplicado à ação social. Os argumentos discursivos e normativos reguladores das políticas referenciadas, no âmbito nacional e municipal, e, as Unidades de Saúde da Família (USF) integrantes da pesquisa, configuram as escalas do mapa analisado.

Sobre a projeção, entendida enquanto a representação da realidade em um plano, ocorre uma distorção, mas não caoticamente. Cada tipo de projeção cria um campo de representação no qual as formas e os graus de distorção têm regras claras e precisas. Sendo assim, a projeção realça distorções ou aspectos no mapa que indicam compromissos condicionados por fatores técnicos e políticos. Para efeito da análise pormenorizada do processo de trabalho, foi feito um desenho cartográfico das atividades que o compõe, seguindo os fluxos percorridos pelo usuário na unidade de saúde (da entrada à saída).

O terceiro mecanismo de representação/distorção da realidade, a simbolização, se refere aos símbolos usados para assinalar os elementos mais significativos e as características mais relevantes a serem destacadas acerca da realidade espacial estudada. Essa foi visualizada através das vocalizações dos entrevistados (profissionais e usuários) que expressaram suas visões e relataram suas vivências como face visível da realidade.

Resultados

As evidências cartografadas apontaram como principais dilemas:

- Posturas dos profissionais/usuários acolhedoras e não acolhedoras, sendo identificado como ponto crítico o setor do arquivo. Foi unânime o entendimento sobre o acolhimento como diretriz clínica, que expressa a ideia da atitude acolhedora para com o usuário em todos os espaços da unidade de saúde, do que como dispositivo clínico referente a medidas organizativas para facilitar ou remarcar o

² Documento Base da PNH - Ministério da Saúde; Textos Básicos sobre os dispositivos da PNH - Ministério da Saúde.

acesso a determinados tipos de atendimento. Mas, na prática, as ações se reportam com mais evidência ao acolhimento como dispositivo clínico;

- Deficiências na ambiência, interferindo no acolhimento dos usuários e nas ações desenvolvidas. Pelos depoimentos cartografados, é possível afirmar que os problemas relacionados à ambiência interferem no processo de trabalho, comprometendo sua qualidade, gerando desconforto aos usuários e desmotivações nos trabalhadores e gestores locais, que muitas vezes investem recursos próprios em alguma providência para agilizar uma solução paliativa de alguns problemas;
- Inexistência do profissional médico em algumas equipes da ESF, devido a inúmeros fatores que não foram objetos de análise desta pesquisa, comprometendo a resolutividade de alguns problemas e ocasionando insatisfações de outros profissionais da equipe e de usuários;
- Demanda reprimida, comprometendo o acesso a outros níveis de atenção;
- Uma forma de gestão, que apesar de começar a abrir espaço para discussões coletivas no processo de trabalho, ainda não se configura como uma gestão efetivamente participativa. Nas seis unidades pesquisadas, apenas uma não tem conselho gestor; no entanto, dos cinco existentes, três não funcionam regularmente e dois não estão se reunindo. O mapa aponta que os conselhos gestores locais ainda não conseguiram se constituir como espaços coletivos, fazendo acontecer o sistema de co-gestão, e não se inserem efetivamente como parte constitutiva da gestão das unidades de saúde. Essa situação revela que a criação de espaços coletivos para o exercício da democracia e da cidadania é fundamental, mas não suficiente. As dificuldades observadas, na prática, impõem a necessidade de comportamentos que internalizem uma cultura democrática.

Dentre os desafios, além das questões de ordem estrutural do sistema de saúde como um todo que vêm afetando as condições de trabalho e a oferta dos serviços, que precisam ser resolvidas, foram identificados quatro grandes desafios:

- A internalização de um referencial fundamentado na ecologia dos saberes - o desafio da internalização de um referencial fundado na ecologia dos saberes não desqualifica o saber científico moderno, mas critica seriamente pela fragmentação, especialização excessiva, e o pressuposto de considerá-lo como única verdade. Assim, aposta na articulação entre esses saberes e na integração com as práticas, na agregação de outros saberes e na superação de um conhecimento de regulação para um conhecimento de emancipação;
- A instituição de subjetividades rebeldes: busca intensificar a vontade de fazer algo para mudança, se contrapondo às subjetividades conformistas que mantêm permanentemente o *status quo*. O protagonismo dos sujeitos e coletivos possibilita condições para o exercício de subjetividades rebeldes, recuperando valores sociais/éticos e políticos, criando contextos favoráveis a mudanças;
- A instituição de uma democracia de alta intensidade. Essa depende, não apenas da instalação de instituições democráticas, mas principalmente da prática cotidiana dos atores sociais e suas relações;
- A capilarização da política de humanização nos espaços institucionais: é outro desafio a ser enfrentado que tem uma forte relação de dependência dos desafios anteriores. São vários os caminhos que podem ser trilhados para a efetivação da política nos microespaços, destacando-se a formação de redes interativas, produtoras de movimentos de socialização de informações e trocas;
- A ampliação das experiências positivas, que também tem uma interface com o desafio da capilarização, supõe o reconhecimento dessas experiências como possibilidades emergentes a serem estimuladas e disseminadas.

Conclusões

Apesar das evidências cartografadas terem mostrado uma situação reveladora de um processo de trabalho produtor de uma atenção ainda em condições desumanizadora com vários dilemas e desafios, também foram evidenciadas algumas potencialidades, através de movimentos de

mudanças no processo de trabalho, que vêm fortalecendo o vínculo, ampliando as ações desenvolvidas, incorporando novos sentidos e experiências inovadoras.

Essas experiências articulam a cultura, a arte, o lazer e as práticas de novos estilos de vida, trazendo assim, para o modelo de atenção à saúde, outras formas de racionalidade para lidar com o processo saúde-doença. Como também, refletem práticas que têm uma forte articulação com a política de humanização, uma vez que, todas buscam construir relações mais humanas e horizontais, estimulando a participação e o protagonismo dos sujeitos para melhoria da sua saúde no âmbito individual e coletivo. E nesse sentido, fortalecem o vínculo e a solidariedade, favorecendo uma maior aproximação entre os participantes, criando um espaço de diálogo entre saberes, como também um espaço de circulação de bens simbólicos.

Grande parte dessas práticas situa-se no campo da promoção da saúde e da prevenção de agravos e, apesar de extremamente positivas, têm uma baixa visibilidade na mídia e baixo reconhecimento institucional. Dependem em grande parte de iniciativas dos profissionais em criá-las e mantê-las.

Retomando Boaventura Santos (2006), ele instiga a necessidade do reconhecimento de alternativas novas, que a princípio podem até ser desacreditadas, propondo, como caminho para torná-las visíveis e credíveis, três procedimentos metasociológicos: a sociologia das ausências, a sociologia das emergências e o trabalho de tradução.

Na sociologia das ausências, iniciativas locais bem sucedidas produzem novos sentidos e significados até então não explicados por uma teoria geral. Sendo importante a sua credibilidade e reconhecimento, o que vai possibilitar que a sua ausência ou invisibilidade, se transforme em presença ou visibilidade, permitindo assim uma visão ampla e completa do presente.

A sociologia das emergências move-se no campo das expectativas sociais, e consiste na identificação de saberes e práticas emergentes a serem fortalecidas, a partir de sinais e pistas da realidade, de modo a prever tendências futuristas, para maximizar probabilidades de esperança. Dentro desse enfoque aposta em avanços, mesmo diante das dificuldades do cotidiano.

O trabalho de tradução é considerado como complementar as sociologias das ausências e das emergências, esclarecendo o que se encontra na realidade. Como diz Santos (2006, p. 135) “cria as condições para mudanças a partir de uma imaginação democrática”, em outras palavras, interpreta de forma diversificada e fundamentada, as novas realidades que se conformam em contextos mais ampliados.

Nas unidades de saúde pesquisadas, foram encontradas várias dessas experiências, possibilitando o diálogo entre os saberes técnico e popular destacando-se: rodas de conversa; peças teatrais; grupos de danças; grupos de terapia comunitária; prática de exercícios físicos e biodança; atividades de lazer como passeios para praias, cinemas, outros pontos culturais; atividades de artesanatos para confecção de produtos variados com organização de feiras de exposição, entre outras.

Podemos dizer que são experiências pouco conhecidas³ e pontuais, pois não existem em todas as unidades de saúde, e onde existem, têm um envolvimento limitado de usuários quando comparado às demandas das equipes, podendo ser consideradas de pouca visibilidade. Nas palavras de Santos (2007, p. 23):

O mais preocupante no mundo de hoje é que tanta experiência fique desperdiçada, porque ocorrem em lugares remotos. Experiências muito locais, não muito conhecidas, nem legitimadas pelas ciências hegemônicas, são hostilizadas pelos meios de comunicação, e por isso têm permanecido invisíveis.

Com essa preocupação, Santos (2006) instiga a necessidade da abertura dos olhos para alternativas novas, que a princípio são ‘inexistentes ou desacreditadas’; entretanto, às vezes estão próximas, porém distantes. E a proposta da sociologia das ausências busca exatamente colocar lentes para visualizá-las superando as monoculturas galgando ecologias. Assim sendo, a sociologia das ausências e das emergências deve assentar-se, segundo Santos (2008), em procedimentos epistemológicos que credibilizem a busca de alternativas em condições de elevada incerteza. E, nessa perspectiva, propõe o distanciamento das teorias e

³Apesar de já existir um movimento para divulgação das mesmas em relatos e apresentações em eventos variados, são experiências mais vinculadas às iniciativas de profissionais que não se caracterizam ainda como ‘institucionais’.

disciplinas construídas pelo pensamento científico e a razão indolente, pelo fato de terem esses contribuído para a discrepância entre perguntas fortes e respostas fracas, que caracterizam o mundo contemporâneo.

Sobre a discrepância mencionada, acrescenta que essa se traduz nas incertezas das quais destaca como principais: a incapacidade de captar a inesgotável diversidade da experiência humana e o temor que com isso se desperdice experiências que poderiam ser de grande valor na resolução de alguns problemas do cotidiano;

e a incerteza da aspiração de um mundo melhor, mais justo e humano, sem que se disponha de uma teoria da história que indique que seja possível.

Concluindo à luz do referencial utilizado, podemos reafirmar a valorização dos sujeitos como agentes da história (profissionais e usuários); a identificação de pistas, mesmo diante dos dilemas; o reconhecimento de avanços, mesmo diante dos limites, e a reascensão de utopias em direção a mudanças, apesar de contextos não favoráveis. ■

Referências

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *HumanizaSUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006a. (Série B, Textos Básicos de Saúde).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Portaria nº. 648, de 28 de março de 2006. Brasília, DF: Senado Federal, 2006b.
- CAMPOS, G.W.S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paideia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G.W.S. et al. *Tratado de Saúde Coletiva*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.
- DONNANGELO, M.C.F. *Medicina e sociedade: o médico e seu mercado de trabalho*. São Paulo: Pioneira, 1975.
- GONÇALVES, R.B.M. *Medicina e história: raízes do trabalho médico*. 1979. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.
- MERHY, E.E. *O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. São Paulo: Hucitec, 2006.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.
- NOGUEIRA, R.P. O trabalho em serviços de saúde. In: SANTANA, J.P. (Org.). *Organização do cuidado a partir de problemas: uma alternativa metodológica para atuação da ESF*. Brasília, DF: OPAS, 2000.
- _____. Trabalho e qualidade em serviços de saúde. In: SANTANA, J.P.; CASTRO, J.L. (Org.). *Capacitação em desenvolvimento de recursos humanos de saúde – CADRHU*. Natal, RN: UFRN, 1999.
- NOGUEIRA, M.I. Racionalidades médicas e formação em saúde: um caminho para integralidade. In: PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A.G. (Orgs.). *Por uma sociedade cuidadora*. Rio de Janeiro: CEPESC-IMS/UERJ-ABRASCO, 2010.
- OFFE, C. *Trabalho e sociedade: problemas estruturais e perspectivas para o futuro da sociedade do trabalho*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1984.
- PINHEIRO, R. et al. A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: MATTOS, R.A.; PINHEIRO, R. (Org.). *Construção social da demanda*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ-ABRASCO, 2005.
- PIRES, D. *Processo de trabalho em saúde no Brasil, no contexto das transformações atuais na esfera do trabalho: estudo em instituições escolhidas*. 1996. Tese (Doutorado em Sociologia) - Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 1996.
- SANTOS B.S. *Um discurso sobre as ciências*. São Paulo: Cortez, 2005a.
- _____. *A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência*. São Paulo: Cortez, 2005b.
- _____. *A gramática do tempo: para uma nova cultura política*. São Paulo: Cortez, 2006.
- _____. *Renovar a teoria crítica e reinventar a emancipação social*. São Paulo: Boitempo, 2007.
- _____. A filosofia à venda, a douda ignorância e a aposta de Pascal. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Coimbra, n. 80, 2008, p. 11-43.
- _____. Para além do pensamento abissal: das linhas globais a uma ecologia de saberes. In: SANTOS, B.S.; MENEZES M.P. (Orgs.). *Epistemologias do Sul*. São Paulo: Cortez, 2010. p. 31-83.
- SCHRAIBER, L.B. *O médico e seu trabalho: limites da liberdade*. São Paulo: Hucitec, 1993.

Recebido para publicação em Junho/2011
Versão definitiva em Outubro/2011
Suporte financeiro: Não houve
Conflito de interesse: Inexistente