

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ
ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO
MESTRADO EM EDUCAÇÃO PROFISSIONAL EM SAÚDE

Georgina Duarte de Souza Pinto

HUMANIZAÇÃO DO SUS:
Desvelando a fragilidade dos vínculos de trabalho em Saúde

Rio de Janeiro

2011

Georgina Duarte de Souza Pinto

HUMANIZAÇÃO DO SUS:

Desvelando a fragilidade dos vínculos de trabalho em Saúde

Dissertação apresentada à Escola Politécnica Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Dr^a Monica Vieira

Rio de Janeiro

2011

P659h Pinto, Georgina Duarte de Souza.
Humanização do SUS: desvelando a fragilidade
dos vínculos de trabalho em Saúde. / Georgina
Duarte de Souza Pinto. - 2011.
84 f.

Orientador: Monica Vieira

Dissertação (Mestrado Profissional em Educação
Profissional em Saúde) - Escola Politécnica de
Saúde Joaquim Venâncio - Fundação Oswaldo Cruz,
Rio de Janeiro, 2011.

1. Políticas de Saúde. 2. Cuidados em Saúde. 3.
Educação permanente em saúde. 4. Humanização. 5.
Sistema Único de Saúde. I. Vieira, Monica. II.
Titulo

CDD 362.1

Georgina Duarte de Souza Pinto

HUMANIZAÇÃO DO SUS:

Desvelando a fragilidade dos vínculos de trabalho em Saúde

Dissertação apresentada à Escola Politécnica Joaquim Venâncio como requisito parcial para obtenção de título de mestre em Educação Profissional em Saúde.

Orientadora: Dr^a. Monica Vieira

Aprovado em 14/12/2011

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Monica Vieira (FIOCRUZ / EPSJV)

Prof^a. Dr^a. Francini Lube Guizardi (FIOCRUZ / EPSJV)

Prof^a. Dr^a. Maria Inês C. Martins (FIOCRUZ / EPSJV)

Prof^a. Dr^a. Filippina Chinelli (FIOCRUZ / EPSJV)

AGRADECIMENTOS

“Há pessoas que nos falam e nem as escutamos, há pessoas que nos ferem e nem cicatrizes deixam, mas há pessoas que simplesmente aparecem em nossas vidas e nos marcam para sempre”.

(Cecília Meireles)

Ao meu marido-companheiro-de-vida Jorge Ivo e aos meus filhos queridos Carlos Felipe e Luiz Guilherme pela cumplicidade e incentivo para que eu pudesse superar meus limites.

A Prof^ª. Monica Vieira que me orientou de maneira firme sem jamais perder a delicadeza, não permitindo que me perdesse de mim mesma no emaranhado de tantas descobertas e a Prof^ª. Simone Cristina por aceitar me orientar nos meus primeiros passos ainda incertos lá atrás no projeto de pós-graduação.

A todos os professores e aos colegas de mestrado, principalmente os da área da saúde que em seus debates em sala de aula me desvelaram o SUS e todos os seus desafios.

Ao corpo de trabalhadores do Hospital Estadual Rocha Faria, em especial a enfermeira-chefe Jamili, ao enfermeiro Raul e aos técnicos de enfermagem que participaram das entrevistas e gentilmente possibilitaram que este trabalho pudesse ser realizado num espaço concreto.

Eu não poderia deixar de dizer um agradecimento especial à amizade juvenil de Nayla Cristine pelos momentos de troca e de cumplicidade acontecidos em nossos trajetos de volta para casa, no “piratão”, neste último ano.

Muito obrigada!

Dedico este trabalho as minhas irmãs Leila e Lúcia Helena que se transmutam dia-a-dia no trabalho-cuidado em saúde.

*Nas palmas de tuas mãos leio as
linhas da minha vida.
Linhas cruzadas, sinuosas,
interferindo no teu destino...*
(Cora Coralina)

RESUMO

Nessa dissertação buscou-se compreender como o trabalhador da saúde percebe as propostas relacionadas a humanização do SUS. Procurou-se discorrer sobre as características do trabalho em saúde, buscando compreender a produção do cuidado e as noções de escuta, vínculo e comprometimento na prestação de serviços públicos de saúde.

A partir de uma recuperação histórica do processo de instituição do SUS chegou-se a análise das políticas de humanização do SUS e da educação permanente em saúde, das suas orientações gerais e suas relações com as possibilidades de transformação das práticas de trabalho no SUS.

Foram realizadas entrevistas com os trabalhadores técnicos e auxiliares de enfermagem de um hospital público da esfera estadual no Rio de Janeiro, que permitiram a identificação de limites para construção de vínculos entre o trabalhador e seu trabalho nos serviços públicos de saúde. Estes limites de forma geral estão associados à flexibilização das relações de trabalho no SUS.

Palavras-chave: Cuidado em Saúde. Educação Permanente em Saúde. Hospital. Humanização. Trabalho em Saúde. SUS.

RESUMEN

En este trabajo hemos tratado de comprender como el trabajador de salud se da cuenta de las propuestas relacionadas con la humanización del SUS. Hemos tratado de analizar las características del trabajo en salud, tratando de entender la producción de la atención y las nociones de escuchar, el apego y el compromiso de proporcionar servicios de salud pública.

A partir de una recuperación histórica del proceso de establecimiento del SUS llegó a un análisis de las políticas de humanización del sistema sanitario y la educación permanente en salud, sus directrices y sus relaciones con las posibilidades de transformación de las prácticas de trabajo en el SUS.

Se realizaron entrevistas con el personal técnico y auxiliar de enfermería en un hospital público en el ámbito estatal en Río de Janeiro, lo que permitió la identificación de los límites de la creación de vínculos entre el trabajador y su trabajo en la salud pública. Estos límites están generalmente asociados con el relajamiento de las relaciones laborales en el SUS.

Palabras clave: Salud. Educación en Salud. Hospital. Humanización. Trabajo de Salud. SUS.

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
INTRODUÇÃO	11
1 TRABALHO EM SAÚDE, A QUESTÃO DO CUIDADO E A ENFERMAGEM ..	14
1.1 TRABALHO: UMA CATEGORIA CENTRAL	14
1.2 TRABALHO NO MUNDO CONTEMPORÂNEO.....	15
1.2.1 Precarização do Trabalho: sujeição de sujeitos flexibilizados	17
1.3 O TRABALHO EM SAÚDE	20
1.4 A QUESTÃO DO CUIDADO	24
1.5 A ENFERMAGEM COMO PRÁTICA PROFISSIONAL	26
1.6 O TRABALHO NO ESPAÇO HOSPITALAR	28
2 CAMINHOS E DESCAMINHOS DO SUS: EM BUSCA DA HUMANIZAÇÃO ...	30
2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL	30
2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA?	36
2.3 A HUMANIZAÇÃO DO SUS E SUAS APOSTAS PARA A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS	39
2.4 QUADRO COMPARATIVO DOS PRINCÍPIOS NORTEADORES DAS POLÍTICAS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E HUMANIZAÇÃO DO SUS.....	43
3 METODOLOGIA	44
3.1 A ABORDAGEM DO ESTUDO	44
3.2 A GEOGRAFIA DO LUGAR: DESVELANDO O CAMPO	46
3.3 O HOSPITAL ROCHA FARIA	49
3.4 O TRABALHO DE CAMPO	50
3.5 A APROXIMAÇÃO AOS ENTREVISTADOS	52
3.5.1 Os Entrevistados: trajetórias e expectativas	53
4 ANÁLISE DO ENCONTRADO	56
4.1 IMPRESSÕES DO ESPAÇO, TERRITÓRIO	56
4.2 A IMPLANTAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO	58
4.3 AMBIÊNCIA COMO MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO?.....	59
4.4 A FRAGILIDADE DOS VÍNCULOS TRABALHISTAS PARA PERPETUAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO	63

4.5 QUADRO DEMONSTRATIVO DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL ESTADUAL ROCHA FARIA	65
4.6 EDUCAÇÃO PERMANENTE; HUMANIZAÇÃO: TEMAS TÃO PRÓXIMOS E TÃO DISTANTES DOS TRABALHADORES	66
4.7 EXPECTATIVAS, PERSPECTIVAS	69
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	74
REFERÊNCIAS	78
ANEXO 1 - ESBOÇO DOS ROTEIROS DOS QUESTIONÁRIOS E ENTREVISTAS	83

APRESENTAÇÃO

O processo de construção do objeto de estudo dessa dissertação encontra-se associado a minha trajetória de trabalho. Dos meus 30 anos de vida profissional, 25 foram passados dentro dos muros de uma fábrica multinacional francesa do ramo de pneus e foi dentro desta fábrica, entre os anos 1980 – 1990, que percebi uma mudança no perfil do trabalhador exigido nas novas contratações. Uma grande transformação na gestão e na metodologia do trabalho, principalmente na produção e na contratação de trabalhadores terceirizados para áreas antes vistas como “mão-de-obra qualificada”.

A cada momento novos sistemas de produção eram inseridos nos processos de trabalho e, aplicados em conjunto, possibilitavam uma melhor administração dos recursos como a matéria-prima, tempo de execução e mão-de-obra.

A busca frenética por certificações como a ISO 9000¹, ISO 14000² e a OHSAS 18000³ buscava ampliar a qualidade do produto, minimizar os riscos ambientais e reduzir os acidentes e doenças do trabalho e conseqüentemente os custos com o trabalhador.

No início dos anos 2000, foi a vez da formação de grupos preocupados com eventos oferecidos aos trabalhadores e familiares voltados para a Qualidade de Vida e a Responsabilidade Social. Foram mudanças construídas/alicerçadas com o apoio de grande parte dos trabalhadores que viam nestas iniciativas uma forma de recompensa, um prêmio oferecido por seu empregador na troca por mais e mais produção.

Apesar da graduação em 2005 em Ciências Sociais, as questões ligadas às áreas de trabalho, educação e saúde e seus desafios para a construção do Sistema Único de Saúde – SUS, ainda não haviam sido percebidas como temática de reflexão mais profunda.

Quando cheguei a Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio em 2007 para fazer a Especialização em Educação Profissional em Saúde sofri um grande impacto ao descobrir o que se escondia por trás das mudanças vivenciadas na indústria, e o grau de alienação quase que consentida em que vivia.

¹ Qualidade do Produto

² Gestão ambiental

³ Uma espécie de guia para implementação de sistemas de gestão de segurança e higiene ocupacional na indústria.

Neste mesmo ano, ao começar a desenvolver meu projeto de fim de curso, as questões ligadas à saúde e educação vistas nas disciplinas do curso ainda estavam em processo de construção. Iniciei meu projeto tentando fazer uma análise que relacionasse a Política de Humanização e a Política de Educação Permanente em Saúde. Meu objetivo era entender até que ponto estas políticas poderiam minimizar as condições precárias de trabalho e a formação aligeirada do trabalhador provocada pelo modelo econômico hegemônico instituído no mundo contemporâneo.

O processo para a estruturação desta dissertação foi árduo, tendo em vista que na primeira etapa, ainda do projeto de 2007, ela estava atravessada por conceitos e ideias que ainda não representavam o que, centralmente, buscava compreender.

Ao chegar ao mestrado em 2009, com as leituras e o amadurecimento apreendido nos debates, fui definindo um novo olhar sobre o meu objeto. Nesse processo, a qualificação do projeto possibilitou o desenvolvimento da dissertação, buscando-se compreender as concepções dos trabalhadores da enfermagem de uma unidade hospitalar sobre o trabalho e a humanização do SUS.

Essa dissertação foi organizada em quatro capítulos, além da introdução e das considerações finais. Na introdução buscamos apresentar a temática do estudo, os objetivos, a justificativa e as concepções que nortearam a realização do estudo.

No primeiro capítulo abordamos **O Trabalho em Saúde, a Questão do Cuidado e os Trabalhadores da Enfermagem** – discorrendo sobre as características desse trabalho e sobre os encontros de subjetividades no hospital e entre profissionais e usuários. Nesses encontros se produz o cuidado e as noções de escuta, vínculo, responsabilização e comprometimento ganham relevância.

O segundo capítulo trata da **Educação Permanente em Saúde e a Humanização do SUS** – a partir de uma recuperação histórica do processo de instituição do SUS até chegarmos às políticas propriamente ditas e as suas orientações gerais, assim como suas relações com o mundo do trabalho contemporâneo.

No terceiro capítulo – **A Metodologia** – apresentamos o caminho percorrido para embasar o trabalho de campo e tratamos da construção do roteiro de entrevistas. Buscamos, ainda, incorporar a questão da construção dos significados sobre o trabalho em saúde, tentando apreender as concepções dos trabalhadores sobre a Humanização do SUS.

No quarto capítulo – **O Trabalho de Campo** – a análise do encontrado - apresentamos os resultados da pesquisa com os trabalhadores técnicos e auxiliares de enfermagem do Hospital Estadual Rocha Faria. Neste capítulo os achados do trabalho de campo foram relacionados com as concepções discutidas a partir da revisão da literatura da área.

Nas considerações finais apresentamos uma síntese do que foi realizado no estudo, mas também as lacunas e necessidades de desdobramentos. Foi possível identificar alguns limites e possibilidades para a construção de vínculos entre o trabalhador e seu trabalho nos serviços públicos de saúde.

INTRODUÇÃO

As políticas de Humanização do SUS e da Educação Permanente em Saúde foram formuladas na primeira metade dos anos 2000 e quase dez anos depois, são poucos os estudos que buscam compreender as relações entre as duas políticas. Essa dissertação está entre os estudos que buscam desvendar o ponto de vista do trabalhador do SUS acerca das possíveis repercussões dessas políticas na sua prática profissional.

Esse estudo considera as práticas profissionais como um construto histórico-dialético, sendo a relação do homem com o trabalho multideterminada, construída no processo social, dinâmico e em permanente transformação.

Desde a década de 1980, mas de forma acentuada nos anos de 1990, com o aprofundamento de políticas neoliberais, os serviços públicos de saúde vêm passando por um processo impactante de desqualificação, precarização do trabalho e desvalorização do trabalhador em detrimento do fortalecimento das redes privadas ligadas à saúde. O Hospital, como relevante espaço de cuidado e atenção, transforma-se em espaço de *não-sujeitos*, onde trabalhadores e usuários se encontram, mas não se vêem. Transformado em *não-lugar* – fenômeno provocado pela *supermodernidade*⁴, que define, os *não-lugares*, como lugares sem identidade, transitórios, sem vínculo, são espaços do invisível.

Nesse contexto as políticas aqui analisadas são criadas e os documentos elaborados acerca da humanização do SUS e da educação permanente em saúde salientam a necessidade de considerar os desejos e interesses dos diferentes sujeitos do campo da saúde e enfatizam a necessidade de transformação das práticas no interior do SUS. Ambas apostam na potencialidade de interferir nesses espaços de trabalho em saúde e levantar e discutir questões como aprendizagem, reflexão sobre o trabalho, resolutividade da clínica, fortalecimento de vínculos trabalhador-trabalhador e trabalhador-usuário e promoção da saúde coletiva.

Neste sentido foi necessário, inicialmente, recuperar as orientações que serviram como pano de fundo e que repercutiram na formulação das políticas que foram analisadas neste estudo. Coube-nos, ainda, uma análise sobre a formulação das políticas

⁴ Augé utiliza este termo para representar a era tecnológica, onde os contatos passam do pessoal, direto para a impessoalidade dos cartões magnéticos.

de Humanização e de Educação Permanente em Saúde, buscando identificar seus princípios norteadores.

Esse estudo buscou descortinar em que medida essas políticas pretendiam e permitiam o enfrentamento de alguns desafios contemporâneos que tem levado a fragmentação, rotatividade e alienação dos trabalhadores do SUS, considerando os múltiplos vínculos e a precariedade das relações de trabalho experimentada por grande parte dos trabalhadores do SUS.

Passos (2005) destaca que no período 1999 e 2002, o Ministério da Saúde já vinha propondo ações e programas voltados para a busca da qualidade na atenção ao usuário, o que de certa forma pode-se considerar como um discurso embrionário da questão da humanização, mesmo que a palavra *Humanização* não estivesse colocada formalmente na grafia dos programas. São eles: (i) a instauração do procedimento de Carta ao Usuário (1999); (ii) Programa Nacional de Avaliação dos Serviços Hospitalares – PNASH (1999); (iii) Programa de Acreditação Hospitalar (2001); (iv) Programa Centros Colaboradores para a Qualidade e Assistência Hospitalar (2000); (v) Programa de Modernização Gerencial dos Grandes Estabelecimentos de Saúde (1999); (vi) Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (2000); (vii) Norma de Atenção Humanizada de Recém-Nascido de Baixo Peso – Método Canguru (2000), dentre outros.

De acordo com Ceccim (2004) o setor saúde vinha, historicamente, desenvolvendo suas políticas de forma fragmentada com projetos, programas e ações individualizadas, isoladas e desconectadas do sentido de integralidade como norteadora do SUS. Para esse autor, a fragmentação de políticas no setor saúde vinha concentrando múltiplos saberes em diferentes espaços do cuidado. Nesse sentido, a separação entre saúde coletiva e clínica, qualidade da clínica e qualidade da gestão, gestão e atenção, atenção e vigilância termina por impactar a socialização de novos saberes aos profissionais. Essa lógica parece desconsiderar que a troca de experiências e saberes compartilhados a cada profissional em diferentes áreas de atuação dará sustentação e base para integralidade do sistema.

A partir do exposto, entende-se que a relevância deste estudo está em compreender o trabalho dos profissionais de nível médio da enfermagem. Percebe-se que esse é um grupo ocupacional majoritário e relevante do setor saúde e que se depara de forma bastante central com a questão do cuidado especialmente no espaço hospitalar.

O hospital está sendo considerado um importante pólo na prestação de serviços da saúde e de absorção de mão-de-obra nos setores público e privado. Considerando que a atuação desse trabalhador perpassa as diversas áreas de atenção e todos os setores hospitalares a escolha por esse profissional justifica-se pelo seu papel na produção do cuidado em saúde, em seus diferentes níveis de complexidade.

De forma mais específica buscou-se compreender em que medida as concepções de educação permanente em saúde e de humanização do SUS se incluem na visão desses trabalhadores como possibilidades de construção de alternativas de enfrentamento e transformação do trabalho.

A relevância desse trabalhador justifica sua inclusão como objeto de estudos que busquem compreender seu papel na construção de possibilidades de transformação de espaços de cuidado e atenção, pautados pela Humanização.

Assim, essa dissertação buscou compreender as concepções dos trabalhadores de nível médio da área de enfermagem⁵ acerca da humanização visando analisar a possibilidade da humanização se desenvolver como parte de um projeto institucional. Procurou-se identificar a percepção desses trabalhadores acerca dos limites e possibilidades de se realizar, a partir da humanização, mudanças no cotidiano de trabalho e na construção dos laços entre trabalhador, instituição e usuário no espaço hospitalar.

⁵ Segundo o relatório final da pesquisa sobre os trabalhadores técnicos em saúde realizada pelo Observatório dos Técnicos em Saúde no período 2002-2003, dos 205.995 empregos de enfermagem no setor público (62,2%) e dos 183.375 empregos do setor privado (91,4%) se encontrava nos hospitais, provavelmente por conta da hegemonia do modelo clínico-hospitalar na atenção à saúde da população e por ser na área da saúde o setor da maior oferta de empregos (EPSJV, 2003)

1 TRABALHO EM SAÚDE, A QUESTÃO DO CUIDADO E A ENFERMAGEM

A força de trabalho do homem é a força única que cria valores, e as mercadorias só são consideradas valores porque contêm trabalho humano (MARX, 2005).

1.1 TRABALHO: UMA CATEGORIA CENTRAL

Para compreender o Trabalho em Saúde é necessário que busquemos antes entender a categoria Trabalho em sua forma histórica e ontocriativa. Esse caminho de aproximação pode ser realizado com o apoio de alguns autores que, através de múltiplos enfoques (Gaudêncio, 2007; Ramos, 2007, Antunes, 2004, entre outros) se debruçam sobre a questão.

Estes autores consideram, a partir de Marx, que:

O trabalho é um processo entre o homem e a natureza, um processo em que o homem, por sua própria ação, medeia, regula e controla seu metabolismo com a Natureza [...], a fim de se apropriar da matéria natural numa forma útil à sua própria vida. (ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO, 2009).

Gaudêncio (2007) nos aponta que ao nos diferenciarmos do reino animal através da transformação da natureza em qualquer tempo histórico, pela ação consciente do trabalho, criamos novas possibilidades de sobrevivência mesmo sob a égide das relações sociais capitalistas.

Essa produção humana na ideologia capitalista foi transformada em mercadoria. Sendo esta mercadoria um objeto produzido pelo trabalho humano e trocado por quem o produz (produtor) ao invés de ser por ele consumido.

A capacidade de criar e recriar de forma consciente constitui a especificidade humana, ou seja, a capacidade de transformar e criar alternativas com o uso de sua energia física e mental tem duplo caráter: trabalho concreto e trabalho abstrato,

categorias analisadas por Marx ao desenvolver sua teoria sobre o capital. O trabalho abstrato só “ aparece ” no momento de sua troca.

Como categoria abstrata, o trabalho pode ser entendido, estritamente, como esforço físico ou mecânico, como energia despendida por seres humanos, animais, máquinas ou mesmo objetos movidos por força da inércia (RAMOS, 2007, P.29).

Marx (2005) ao dar corpo as suas reflexões sobre a origem do capital argumentava que a mercadoria ao ser produzida traz em sua essência um valor de uso que adquire um valor de troca quando quem a produz a produz em troca de dinheiro para prover a sua própria sobrevivência, fazendo assim uma permuta.

Mercadorização que nos aponta Antunes (2010) como resultado da intensificação das diferentes formas de extração de trabalho precarizado, onde se ampliam as terceirizações e se metamorfoseia a matriz do capital produzir mercadorias, sejam elas, materiais ou imateriais, corpóreas ou simbólicas.

1.2 TRABALHO NO MUNDO CONTEMPORÂNEO

A estrutura produtiva no século XX foi marcada pelo binômio taylorismo-fordismo, que objetivava a ampliação do consumo através da mecanização que predominou em seu processo de dominação até o início da crise estrutural produtiva na década de 1970, num ciclo que se prolonga até os dias atuais (Antunes, 2010).

É possível afirmar que já em meados dos anos 60 evidenciavam-se os problemas com o taylorismo-fordismo, que podem ser sintetizados pela rigidez no que se refere aos investimentos em sistemas de produção em massa que previam um crescimento estável do mercado consumidor. Aponta-se para uma transição do “modo de regulação fordista” para o modelo conhecido como “regime de acumulação flexível”, marcado por uma produção *enxuta, integrada e flexível* (TARTUCE, 2002, p.25).

Segundo Harvey (1996), as décadas de 70 e 80 expressaram tanto um momento de reestruturação econômica como de reajustamento político e social. Esse momento pode ser caracterizado pelo surgimento de novos setores de produção e mercados,

envolvendo mudanças nos padrões de desenvolvimento e a ampliação do emprego no setor de serviços.

Tal contexto gerou a segmentação dos empregos e a expansão dos serviços, o que suscitou uma individualização dos comportamentos no trabalho (CASTEL, 1998). A constatação das crescentes diferenciações internas do trabalho assalariado levou a uma ruptura da unidade de interesse dos trabalhadores e ao desaparecimento da consciência de classe.

No Brasil, esse processo foi agudizado na década de 1990. Reis (2011 p.1) aponta em seu artigo sobre a terceirização dos serviços públicos, as artimanhas do governo Fernando Collor de Mello em 1990, para abrir caminho em prol de futuras privatizações.

Segundo a autora, a reforma administrativa iniciada no governo Collor de Mello dá o pontapé inicial para criar as condições legais e objetivas para a implantação do processo de terceirização no serviço público brasileiro destacando a reforma e a redefinição do papel do Estado. Uma das medidas adotadas, neste sentido, foi a extinção de órgãos com a disponibilização e demissão de funcionários públicos federais.

Com o *impeachment* de Collor o processo de desmonte da máquina pública ficou paralisado só retornando em 1995, com o governo de Fernando Henrique Cardoso e as reformas estruturais: a reforma administrativa no serviço público, a reforma previdenciária, a reforma política que garantia a reeleição para o setor executivo e a Lei de Responsabilidade Fiscal, cujo principal objetivo era dar limites aos gastos com pessoal⁶. Na interpretação de Reis (2011) estas reformas no governo FHC se apresentavam como a única saída para o Brasil.

Era preciso aproximar o Brasil do mundo, por meio da inovação tecnológica, política, social e filosófica. Houve uma intensificação da abertura do país para o mundo, como forma de superação do atraso e das desigualdades sociais (REIS, 2011, p. 03)

⁶ Para realizar as ações do processo de reforma, foi criado o Ministério da Administração e Reforma do Estado - MARE, que teve por incumbência dar continuidade ao processo de reforma do Estado brasileiro (Reis, 2011).

Em seu processo de reestruturação, o capital buscou diferentes alternativas de reengenharia de dominação em escala global, que Antunes (2010) chamou de engenharia de *liofilização no microcosmo da produção*, que podemos entender como empresa enxuta, que amplia seu maquinário tecnológico aumentando sua produtividade reduzindo o trabalho humano tendo como resultado final a precarização estrutural do trabalho. Neste sentido pode-se observar o paradoxo do discurso de superação das desigualdades sociais expresso na citação acima, diante do conjunto dos trabalhadores que se viram atingidos pela reforma do Estado. A desregulamentação dos vínculos das relações formais entre o trabalhador e o trabalho criou um ambiente favorável para o desenvolvimento perverso do contrato temporário de trabalho.

1.2.1 Precarização do Trabalho: sujeição de sujeitos flexibilizados

A reengenharia provocada por esse novo modelo de produção vem desencadeando a busca por um novo perfil de trabalhador, polivalente e multifuncional tanto na indústria quanto na prestação de serviços. Essa busca pode ser percebida tanto na iniciativa privada quanto na esfera pública da saúde e da educação como nos vem apontando estudiosos como Ciavatta (2009), Frigotto (2006) e Ramos (2010) dentre outros, que tecem críticas a esse processo.

O trabalho estável se (re) configura na era da flexibilização, tornando-se terceirizado, cooperativado, temporário, informal, subcontratado. Rompendo os vínculos entre trabalho-trabalhador, que Antunes (2010) aponta como (des) socialização contemporânea no mundo do capital mundializado e financeirizado. Esse processo, que racionaliza seu *modus operandi* através da competência, da gestão do conhecimento e das metas, intensifica o nível de degradação do trabalho e em consequência, do trabalhador.

Desta forma aumenta-se a subordinação e a sujeição dos trabalhadores e exige-se cada vez mais sua cooperação e envolvimento na esfera subjetiva e social. Conforme as análises de Antunes (2010) apenas os trabalhadores que se encontravam fora do mercado formal de trabalho enfrentavam a informalidade no Brasil. Atualmente, no cenário do trabalho flexibilizado, sem carteira assinada, desprovidos de direitos, um grande percentual de trabalhadores enfrenta a dura realidade da desqualificação de sua mão de obra.

Hoje mais de 50% dela se encontra nessa condição [...], desprovida de direitos, fora da rede de proteção social e sem carteira de trabalho. Desemprego ampliado, precarização exacerbada, rebaixamento salarial acentuado, perda crescente de direitos: esse é o desenho mais frequente da classe trabalhadora. (ANTUNES, 2010, p.17).

A necessidade e/ou dificuldade de ser inserido no mercado formal tem levado cada vez mais homens e mulheres a buscar qualquer trabalho, sob qualquer circunstância, por todo o mundo. Movimento que acentua em escala global a precarização e a exploração do trabalho e o crescimento do desemprego estrutural.

Bauman (2001) nos aponta que a partir da metade do século XX o mundo do trabalho vem passando por transformações que vem suscitando reflexões e debates, principalmente sobre as questões que elencam a precarização e a flexibilização do trabalho contemporâneo e o fim da estabilidade de vínculos empregatícios, identitários e de relações sociais do trabalhador.

O Banco Mundial a partir dos anos de 1975 passa a redefinir seu projeto neoliberal para as políticas de saúde públicas para os países periféricos. Como se observou nos governos Collor e FHC os serviços públicos de maneira geral (saúde, educação, transporte) passaram por um processo de reestruturação que afetou diretamente os seus trabalhadores. Reestruturação que subordina cada vez mais estes setores públicos a mercadorização, como nos aponta Antunes (2010, p.14), transformando-as de certa forma em empresas privadas geradoras de valor.

Segundo Antunes (2010) o trabalho estável está se tornando quase virtual desde o final do século XX, quando vem sendo substituído pela terceirização e flexibilização neste início de século XXI, e suas diferentes formas de trabalho *part time*, seja pelo empreendedorismo, cooperativismo, trabalho voluntário, terceiro setor – trabalhos que cada vez mais nos distanciam do trabalho formal.

Para este autor o exemplo das cooperativas talvez seja o mais representativo, uma vez que em sua origem, elas tenham surgido como um instrumento de luta operária contra o desemprego. As cooperativas empresariais surgem na contramão do projeto original das cooperativas de trabalhadores destruindo direitos e aumentando cada vez mais as condições de precarização dos trabalhadores.

Hoje, contrariamente, os capitais vem criando falsas cooperativas, como forma de precarizar ainda mais os direitos do trabalho. (...) uma vez que são verdadeiros empreendimentos patronais para destruir direitos e aumentar ainda mais as condições de precarização da classe trabalhadora (ANTUNES, 2010, p.14-15)

É neste cenário de precarização do trabalho estrutural, a nível global, que vem se desenhando o desmonte da legislação social protetora do trabalho, que como nos aponta Antunes, traz como consequência um aumento nos mecanismos de extração de sobretrabalho que ampliam as formas de precarização e destroem direitos sociais arduamente conquistados pela classe trabalhadora, ainda nos idos da década de 1930.

A complexidade do trabalho antes verificado no capitalismo industrial de modelo fordista-taylorista relacionado à constante necessidade de aumento da produtividade bateu as portas do conjunto da sociedade e vem sendo sentido por extensão no trabalho em saúde.

Fato que nos aponta Pires (2009) ao analisar o trabalho, seu cenário político-institucional, seu processo e a organização dos trabalhadores da saúde no contexto capitalista. As transformações/mutações percebidas nas duas últimas décadas do século XX na área industrial se estenderam e continuam estendendo seus malefícios ao setor de serviços e ao setor saúde delimitando as condições de melhorias na qualidade trabalho e dos serviços oferecidos a população.

Os cenários políticos-institucionais e o paradigma hegemônico de ciência delimitam as condições de trabalho, as possibilidades do exercício da autonomia e de aproximação do cuidar de seres humanos considerando sua individualidade, complexidade e possibilidades concretas de viver saudável (PIRES, 2009, p. 743-744).

1.3 O TRABALHO EM SAÚDE

O trabalho humano efetiva-se, concretiza-se em coisas, objetos forma, gestos, palavras, cores sons, em realizações materiais e espirituais (RAMOS, 2007, p.33).

Merhy (2009) ao analisar a categoria Trabalho em Saúde, nos remete a Constituição de 1988, onde se entende que o mesmo deve pautar-se pelo ato de cuidar da vida, em geral, e do outro, ou seja, tomar como seu objeto central o mundo das necessidades de saúde dos usuários individuais e coletivos, visando à produção social da vida.

No Título VIII – da Ordem Social - Capítulo II – Seção II – Saúde; podemos encontrar no art. 200 as competências além de outras atribuições do sistema único de saúdes - SUS, na qual Merhy se referendou, onde podemos destacar: o controle e fiscalização dos procedimentos, dos produtos e substâncias de interesse para a saúde; as ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador; a formação de recursos humanos na área da saúde; a formulação da política e a execução das ações de saneamento básico; o desenvolvimento científico e tecnológico; a fiscalização e inspeção alimentar, compreendido o controle de seu teor nutricional, bem como bebidas e águas para consumo humano; a participação do controle e fiscalização da produção, transporte, guarda e utilização de substâncias e produtos psicoativos, tóxicos e radioativos e a colaboração na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho (Constituição de 1988).

Como podemos observar o trabalho em saúde é um trabalho essencial para a vida humana e faz parte do setor de serviços. Visto como um trabalho da esfera da produção não material⁷, assim como o cuidado, que se completa no ato de sua realização.

O trabalho em saúde, como analisa Pires (2004) não tem em sua essência, como resultado, um produto comercializável no mercado, independente do processo de

⁷ Que aqui podemos entender como psicossocial. As categorias trabalho abstrato, trabalho concreto e trabalho complexo, trabalho imaterial, trabalho simples que aparecem no texto estão mais amplamente conceituadas/trabalhadas nesses verbetes, disponíveis no Dicionário da Educação Profissional em Saúde da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio, 2009.

produção. Ou seja, o produto do trabalho em saúde é indissociável do processo que o produz; é a própria realização da atividade

Considerando toda esta multiplicidade de sentidos, diversos autores (Campos (2003), Ceccim (2004), Lima (2009), Mehry (2007), Pires (2004), entre outros apontam o trabalho em saúde como um trabalho complexo⁸, por ser atravessado tanto pelo trabalho concreto quanto pelo trabalho abstrato.

No entender de Lima (2009) as mudanças estruturais, técnicas e ético-políticas, ocorridas na organização do trabalho em saúde vem, com o desenvolvimento da urbanização, da industrialização e expansão dos serviços médicos hospitalares, nos indicando que o trabalho complexo na área da saúde está se reconfigurando. Sob a orquestração capitalista desde os anos 1920 do século passado, com o aumento da produtividade esse trabalho vem se realizando sob a condição de dominação e de exploração e extração de mais-valia, tornando-se cada vez mais especializado.

No capitalismo, o trabalho complexo tende a ser cada vez mais especializado à medida que a produção material e simbólica da existência se racionaliza pelo emprego diretamente produtivo da ciência no processo de trabalho, e, de modo mais abrangente, no processo de produção da vida (Lima et al, 2009: 416).

Ao analisar a categoria trabalho complexo, sob o prisma capitalista, Lima et al (2009) entendem que o trabalho complexo só pode ser considerado como múltiplo do trabalho simples quando visto a partir do trabalhador coletivo, ou seja, socialmente.

Merhy (2009) reforça este raciocínio apontando que o trabalho em saúde sempre será realizado por um trabalhador coletivo, pois não há trabalhador de saúde sozinho que dê conta de todas as necessidades de saúde:

Os trabalhadores universitários, técnicos e auxiliares são fundamentais para que o trabalho de um dê sentido ao do outro. Na direção da verdadeira finalidade do trabalho em saúde: cuidar do usuário, o portador efetivo das necessidades de saúde (MERHY, 2009, p. 431)

⁸ O trabalho complexo (ou trabalho qualificado), segundo Marx (2005) é apenas uma potência do trabalho simples. Que segundo entendimento de alguns estudiosos do tema, é o trabalho simples multiplicado, de modo que uma dada quantidade do trabalho complexo corresponderia a uma maior quantidade de trabalho simples.

Para esse autor, todo processo de trabalho, combina trabalho em ato ou como ele mesmo cunhou, trabalho vivo em ato, ou seja, o resultado da ação humana no exato momento em que é realizado e trabalho morto: o trabalho realizado anteriormente, as tecnologias em saúde.

Segundo Merhy (2009), o trabalho vivo em ato nos aponta duas dimensões: (i) a atividade como construtora de produtos e (ii) a relação do produtor (trabalhador) do ato com o seu ato produtivo, com os outros trabalhadores e com os possíveis usuários de seu produto.

Considera-se que é fundamental o entendimento desta dupla dimensão do trabalho para se entender o trabalho em saúde, pois o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato e expressa-se como processo de produção de *'relações intercessoras'* em uma de suas dimensões-chave, o seu encontro com o usuário.

Para entendermos o trabalho em saúde é importante avançarmos no que Peduzzi e Schraiber (2009: 321) nos apontam como processo de trabalho em saúde. As autoras conceituam processo de trabalho em saúde como uma dimensão microscópica do cotidiano deste trabalho, a prática dos trabalhadores de saúde no seu dia-a-dia.

Segundo Peduzzi et al (2009) o conceito de processo de trabalho em saúde foi desenvolvido inicialmente com base no trabalho médico no início dos anos 1980, passando a ser posteriormente utilizado para o estudo de processos de trabalho específicos de outras áreas profissionais em saúde, destacando a enfermagem que faz parte do nosso objeto de estudo.

O Processo de Trabalho em Saúde constitui-se em três (03) diferentes categorias de análise conforme nos apontam as autoras: (i) a atividade adequada a um fim, isto é, o próprio trabalho; (ii) o objeto do trabalho, ou seja, a matéria a que se aplica o trabalho e (iii) os instrumentos ou meios do trabalho.

Considerando que o trabalhador ou o agente no processo de trabalho em saúde, pode ser considerado tanto como instrumento do trabalho e também como sujeito da ação, pode-se considerá-lo um quarto (iv) elemento do processo de trabalho, na medida em que traz a ação, o agir para dentro desse processo.

No entender de Mehry os produtos da saúde estão centrados no trabalho vivo em ato, a semelhança do trabalho em educação, que efetivam a centralidade da dimensão da tecnologia leve do trabalho vivo em ato. Para Peduzzi (2009) essa dimensão expressa o processo de produção relacional, ou seja, o encontro com o usuário final. Esse, no

entender de Merhy (2009) é o sujeito que trará a baila as necessidades de saúde, e, portanto, quem pode, com seu interesse particular, tornar público as distintas intencionalidades dos vários outros agentes do trabalho em saúde.

A preocupação com as possibilidades de transformação do trabalho em saúde e com a formação e a relação intercessora destes sujeitos da saúde, é recorrente na literatura da área. Tais possibilidades vêm sendo analisadas por um grupo de autores⁹ envolvidos com a consolidação do projeto de reforma sanitária. Esses autores indagam sobre as alternativas atuais de recuperar a vontade dos indivíduos, grupos e coletividades de modo a tornar essa massa crítica apta a construir projetos novos, que cheguem na contramão dos discursos dominantes, como nos aponta Campos (1997).

Esse autor considera que as grandes transformações dependem do desejo de mudar o *status quo* e do domínio de certa ciência, ou seja, um elemento de dimensão subjetiva e um elemento racional, de um projeto conscientemente construído.

Ainda segundo Campos (2003), o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a dimensão subjetiva que embasa toda prática de saúde foi o que mais chamou a atenção na avaliação dos serviços prestados pela rede pública de saúde. Esse “despreparo” parece ter levado alguns autores como Ceccim (2004) a pensar uma concepção de formação em saúde que objetivasse a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho. Essa proposta de formação estruturase a partir da problematização do processo de trabalho em saúde enfatizando a capacidade do trabalhador em dar acolhimento e cuidado às várias dimensões e necessidades de saúde das pessoas (CECCIM, 2004).

Cecílio (1997) ao analisar a categoria *sujeito*, assim como outros autores que se debruçam sobre o tema, entende que há apenas um ponto consensual na análise – dependendo do olhar, ora esse sujeito pressupõe a soberania/autonomia do autor, logo adiante apresenta e sugere sua sujeição.

Ceccim (2004) reforça este pensamento, sinalizando a necessidade de um sistema de gestão que, concomitantemente, ofereça propostas de transformação das práticas profissionais balizadas em reflexões críticas sobre o trabalho em saúde.

A necessidade de “experimentação da alteridade” com os usuários, entendida como a subjetividade da relação com o outro, segundo o autor, é o que permite que na práxis, as relações, seja da organização da gestão setorial seja da estruturação do

⁹ CECÍLIO, Luiz Carlos, MERHY, Emerson, PIRES, Denise, CAMPOS, Gastão, entre outros.

cuidado, aglutinem ensino-aprendizagem, preparando, formando profissionais de saúde comprometidos com o SUS.

1.4 A QUESTÃO DO CUIDADO

Para Leonardo Boff (2003) o saber-cuidar é mais do que um ato, um agir, cuidar é uma atitude, pois representa uma atitude de responsabilização sobre o outro. É a subjetividade do ser sobre a concretude do agir.

O resgate do cuidado não se faz à custa do trabalho e sim mediante uma forma diferente de entender e de realizar o trabalho. Para isso o ser humano precisa voltar-se sobre si mesmo e descobrir seu modo-de-ser-cuidado (BOFF, 2003, p.34-99).

O autor ao explanar suas reflexões sobre o cuidado e como o cuidado entra na natureza e na constituição do ser humano destaca que um modo-de-ser não é um novo ser, mas uma maneira do próprio ser de se estruturar e de dar-se a conhecer, onde o modo-de-ser-cuidado resgata e revela a maneira concreta do que é ser humano.

Nesta mesma linha de pensamento, Pinheiro (2009) ao analisar o Cuidado em Saúde, aponta que o cuidado se caracteriza pela atenção, responsabilidade, zelo e desvelo pelo outro. É uma dimensão da vida social que se contextualiza no modo de agir se transformando em experiência humana e cotidiana.

Cuidar deriva do latim *cogitare* que significa entre outras coisas “tratar”, “aplicar” atenção, “refletir”, “prevenir” e “ter-se”. Cuidar é o cuidado em ato. [...] Desde a Grécia Antiga identifica-se que a prática do cuidar vem sendo exercida no interior das famílias, e sua realização demandava um saber prático adquirido no fazer cotidiano (PINHEIRO, 2009, p.111).

Hausmann e Peduzzi (2009) consideram o cuidado como marca e núcleo estruturante do processo de trabalho de enfermagem. Não descartando que as

concepções de cuidado integral (quando um trabalhador presta todos os cuidados de enfermagem a um paciente ou grupo de pacientes) e o cuidado ampliado (que agrega os procedimentos e a clínica à comunicação e interação com os clientes) são executados e abordados de formas distintas a cada momento e situação do cuidado.

O cuidado em saúde ou o cuidado integral de saúde, segundo Pinheiro (2009) significa mais que um “ procedimento técnico simplificado”, ele está imbuído de sentido, onde o ser cuidado e o ter cuidado perpassam as diferenças do sujeito (etnia, gênero e raça). Cuidar em saúde é atender o ser humano em seu sofrimento.

Silva Junior et al. (2006), ao buscarem sistematizar suas reflexões sobre projetos de formação dos profissionais de saúde em rede de serviços, aponta ser o cuidado o eixo constitutivo da integralidade na atenção à saúde. O cuidado seria o meio e o fim das ações desenvolvidas pelos profissionais de saúde, questionando alguns autores que teorizam sobre o cuidado como um agir exclusivo de determinada categoria de profissionais.

Para o autor (2006) mesmo sendo reconhecido como essencial, o cuidado é uma categoria de análise que vem sendo estudado desde a década de 1960 através de um corpo teórico e científico que busca desvelar o cuidado na enfermagem.

Apesar de reconhecer no cuidado um núcleo estruturante da enfermagem, autores como Henriques e Acioli (apud Silva Junior, 2006) entendem que o cuidado se transmuta e engendra situações que dificultam sua identificação e categorização quando exercidos no contexto do trabalho coletivo em saúde.

Como recorte na análise da complexidade do trabalho em saúde e os procedimentos técnicos citados acima, Mehry (2009) nos apresenta as reflexões de Pires (1996) sobre a reestruturação produtiva e o trabalho em saúde.

Evidencia-se nestas reflexões que apesar do trabalho em saúde não possuir as características típicas do modelo industrial, vem sofrendo no decorrer dos anos a influência das transformações tecnológicas e dos modos de organização dos processos de trabalho da atualidade.

Na busca por um melhor entendimento da relação entre o cuidado, o cuidado em saúde (ou cuidado integral em saúde), o cuidado ampliado, apontados por Pinheiro (2009), Hausmann e Peduzzi (2009) e os procedimentos técnicos em saúde, mencionados por Pinheiro (2009) e Pires (2009) nos reportamos à classificação

apresentada por Mehry (2009) sobre o assunto: o autor classifica as tecnologias como sendo leve; leve-dura e dura¹⁰.

Mehry ao apresentar os desdobramentos do trabalho vivo em ato e o que denomina de trabalho morto (as tecnologias dura e dura-leve) aponta para a centralidade das tecnologias leves – as relacionais, que produz o cuidado: a escuta, criando vínculo, responsabilização e comprometimento, ou seja, a concretude do saber-cuidar, apontado por Boff (2003).

Para Pires (2009) mais do que a tecnologia de produção de medicamentos, equipamentos médicos-hospitalares e diagnósticos precisos é necessário se produzir conhecimentos para se cuidar de seres humanos como individualidades complexas, buscando a superação do que chama de paradigma da biomedicina mencionando cinco categorias de cuidado: (i) cuidado como essência humana; (ii) como imperativo moral; (iii) como um efeito; (iv) como relação interpessoal e (v) como uma intervenção terapêutica.

Ninguém vive sem cuidado, ninguém é curado sem cuidado e ninguém é atendido em um serviço de média complexidade sem que a enfermagem tenha direta ou indiretamente influência no resultado da assistência recebida (PIRES, 2009 p. 742).

A autora ao analisar e classificar o cuidado em múltiplos sentidos reforça a idéia do trabalho coletivo, pois se entende que o trabalho desenvolvido pelos demais profissionais de saúde também é de cuidado, mas ressalta que é a enfermagem como profissão que coloca o cuidado como objeto epistemológico, dando estofa ao agir profissional em saúde.

1.5 A ENFERMAGEM COMO PRÁTICA PROFISSIONAL

¹⁰ A tecnologia leve-dura é o trabalho vivo em ato do profissional de saúde, ou seja, o trabalho humano no exato momento em que está sendo executado, mediado com o uso de materiais e equipamentos. As tecnologias duras são as que dizem respeito aos equipamentos tecnológicos, assim como as normas e as grandes estruturas organizacionais, já a tecnologia leve é a que está implicada com a produção das relações entre os sujeitos, só tendo materialidade no momento em ato (Mehry, 2007:94-95).

A enfermagem no Brasil surge no período colonial como uma simples prestação de cuidados aos doentes, realizada na sua maioria, por escravos, que nesta época trabalhavam nos domicílios. Em meados do século XIX a enfermagem passa a ser vista como profissão.

Na década de 1940, surgem as primeiras escolas para formação de auxiliares de enfermagem para atender a carência de profissionais frente à expansão da assistência hospitalar, curativa e individual, já configurando a divisão de trabalho que dá origem ao surgimento de novas modalidades de trabalho auxiliar no âmbito da saúde (técnico de enfermagem, auxiliar de enfermagem e atendente de enfermagem, entre outros).

Desde a década de 1950 o setor saúde apresenta uma progressiva e expressiva expansão do ensino na área de enfermagem em concomitância com a expansão dos serviços médicos hospitalares.

Pires (2009) ao analisar a enfermagem enquanto profissão da saúde nos aponta sua utilidade social e a inexistência de um consenso quanto à natureza do cuidado de enfermagem. Mesmo numa sociedade fortemente marcada, segundo a autora, por valores capitalistas que dificultam a valorização de práticas cuidadoras, existe consenso no que diz respeito à estreita relação entre o cuidado humano e o trabalho de enfermagem.

A enfermagem como profissão foi reconhecida na segunda metade do século XIX e foi através de Florence Nightingale que o cuidado à saúde ganha especificidade no conjunto da divisão do trabalho social e passa a ser visto como campo de atividades especializadas e úteis para a sociedade (PIRES, 2009).

No Brasil, a enfermagem é apontada como uma das 16 profissões de saúde regulamentada através da Lei 7.498/1986, representando cerca de 60% do conjunto dos profissionais de saúde, estando presente em todas as instituições assistenciais, principalmente na rede hospitalar.

O relatório do Observatório dos Técnicos em Saúde (2003 p. 25-58) informava que em 1999 havia cerca de 1.892.000¹¹ postos de trabalho sendo que deste universo 35,25% eram ocupados por profissionais com nível superior, 521.735 postos distribuídos entre técnicos e auxiliares e 9,9% por trabalhadores com formação elementar.

¹¹ Dados apresentados pela pesquisa Assistência Médico-Sanitária utilizados pelo Observatório.

Dos 521.735 postos apresentados, 74,6% (389.370) pertenciam a enfermagem e o restante distribuídos com os demais serviços (saúde bucal, vigilância sanitária, hematologia, entre outros).

Percebe-se nesta distribuição a predominância dos trabalhadores da enfermagem o que não isenta a importância dos demais trabalhadores no processo de produção da saúde tanto no setor público quanto no setor privado.

Tanto no setor público quanto no setor privado, a assistência profissional em saúde é realizada, cotidianamente, no âmbito hospitalar e ambulatorial por múltiplas profissões de saúde, dependendo do país e do período histórico. Múltiplos arranjos e requisitos de profissionalização e organização possíveis. [...] que são fundamentais para que a assistência institucional se realize, como o pessoal da limpeza, escriturários, segurança e outros (PIRES, 2009, p. 743).

Desta forma podemos perceber que a prática profissional dos trabalhadores de nível médio da área de enfermagem merece destaque, pois esse trabalho perpassa as diversas áreas de atuação profissional na produção do cuidado em saúde, em seus diferentes níveis de complexidade.

Cabe aqui reiterar que as mudanças contemporâneas tanto nas relações sociais quanto no mundo do trabalho, tem demandado pela atuação de homens e mulheres no ato de cuidar em saúde. Desmistificando a profissão como estritamente feminina, desde seu reconhecimento na segunda metade do século XIX.

A centralidade de sua atuação se dá tanto no processo de trabalho, ao integrar equipes compostas por outras categorias profissionais nas variadas especializações que compõem a rede hospitalar, quanto nos procedimentos do cuidado e atenção ao usuário.

São os trabalhadores de nível médio da enfermagem que majoritariamente assumem as ações do cuidado em saúde.

1.6 O TRABALHO NO ESPAÇO HOSPITALAR

Conforme destacado, a atenção à saúde promove no hospital, entendido como um importante espaço de cuidado, encontros de subjetividades entre profissionais e usuários. No caso da enfermagem essa importância ganha centralidade já que a inserção desses trabalhadores se dá fundamentalmente neste espaço de prestação de serviços de saúde. Segundo o relatório final da pesquisa sobre os trabalhadores técnicos em saúde realizada pelo Observatório dos Técnicos em Saúde no período 2002-2003, dos 205.995 empregos de enfermagem no setor público (62,2%) e dos 183.375 empregos do setor privado (91,4%) se encontravam nos hospitais. Esse percentual pode ser explicado em parte por conta da hegemonia do modelo clínico-hospitalar na atenção à saúde da população e por ser na área da saúde o setor da maior oferta de empregos (ESCOLA POLITECNICA DE SAUDE JOAQUIM VENANCIO, 2003).

Os dados reforçam o hospital como um importante pólo na prestação de serviços da saúde e de absorção de mão-de-obra nos setores público e privado e salientam ainda que a partir da década de 1970, tem aumentado o número de postos de trabalho da enfermagem nos estabelecimentos sem internação no setor público, devido à ampliação dos postos e centros de saúde.

Um lugar, um espaço, precisa ter identidade e ser um lugar relacional e histórico (Augé, 2004), onde os vínculos de trabalho e de acolhimento sejam vistos como parte integrante deste território. O território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por um ator em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreto ou abstrato, o ator territorializa o espaço¹².

Neste sentido, Cecílio (2006) entende que é na busca pela humanização destes espaços, qualidade e menores custos que começa a ser construído um novo lugar para o hospital dentro da atenção à saúde, com a produção de alternativas viáveis para uma série de procedimentos antes vistos como intra-hospitalares.

Sendo o hospital entendido e analisado como uma organização complexa, permeada por múltiplos interesses, lugar de construção de identidades profissionais e que simboliza o lugar do cuidado, com grande reconhecimento social.

Silva Junior (2006) reforça essa idéia, apontando que ainda que o cuidado seja a base para a construção dessa identidade profissional, as práticas privilegiam o estabelecimento de procedimentos técnicos, criando rituais de procedimentos complexos, em detrimento da valorização do sujeito na construção do cuidado integral.

¹² Raffestin (1993)

Sendo assim, justifica-se que o hospital faça parte dos estudos sobre a função que desempenha na educação permanente em saúde, seu papel na formação e as expectativas de transformação de seus espaços de cuidado e atenção, pautados pela Humanização.

2 CAMINHOS E DESCAMINHOS DO SUS: EM BUSCA DA HUMANIZAÇÃO

2.1 POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

A história das políticas de saúde no Brasil inicia com a vinda da família real em 1808 tendo como objetivo a manutenção de uma mão-de-obra saudável e capaz de manter os negócios promovidos pela realeza¹³.

Fato que proporciona a chegada de médicos, a preocupação com as condições de vida nas cidades, projeto da institucionalização do setor saúde no Brasil, regulação da prática médica profissional e a inauguração da primeira faculdade de medicina – a Escola Médico Cirúrgica – Bahia – em conformidade com os moldes europeus.

Durante o período do Brasil Colônia, tanto o interesse pela saúde quanto a regulamentação da prática profissional estiveram atrelados ao interesse político e econômico do Estado de garantir sua sustentabilidade e a produção da riqueza (Baptista, 2005).

Em 1852 foi inaugurado o Hospital D. Pedro II – primeiro hospital psiquiátrico no Rio de Janeiro.

¹³ Baptista, Tatiana (2005) e Matta, Gustavo (s/d).

Com a Proclamação da República (1889), a burguesia cafeeira brasileira torna-se cada vez mais dependente de uma mão-de-obra assalariada saudável para manutenção de suas lavouras, mas as condições de saneamento vividas pela classe trabalhadora à época muito contribuíam para o surgimento de epidemias que alastravam e era um dos fatores negativos para a economia do país.

A regulamentação do ensino e da prática médica (i) permitiu um maior controle das práticas populares (sangrias, a utilização de plantas, rezas e feitiços utilizados pelos negros e pajés); (ii) afastamento de religiosos da direção dos hospitais; (iii) a criação de hospitais públicos para atendimento de doenças consideradas infecciosas e nocivas à população; (iv) as primeiras ações de saúde pública para proteção e saneamento das cidades, dos ambientes, (v) e as primeiras pesquisas em busca do conhecimento para adoção de novas práticas para o controle das moléstias¹⁴.

A chegada de Rodrigues Alves na presidência da República, com a participação do prefeito Pereira Passos (1902), impulsiona um programa de obras públicas de organização e saneamento da cidade, projetado com ações específicas de combate a doenças epidêmicas da época. Neste mesmo período foi implementada uma reforma na saúde coordenada por Oswaldo Cruz ao assumir a Diretoria Geral de Saúde Pública.

Em 1904, Oswaldo Cruz propõe um código sanitário que constitui a desinfecção, inclusive domiciliar, o arrasamento de edificações consideradas nocivas à saúde pública, a notificação permanente de febre amarela, varíola e peste bubônica e a atuação da polícia sanitária, (...) a campanha de vacinação obrigatória. (BAPTISTA, 2005).

Em 1923, pressionados pelos movimentos sociais, o então chefe de polícia, Eloy Chaves, propõe uma lei que regulamenta a formação das Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's), uma espécie de seguro social, financiado pelos trabalhadores de grandes empresas sem a responsabilidade do Estado.

¹⁴ Vide Baptista, Tatiana (2005)

As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAP's) em 1923, que passam aos Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAP's) em 1933 não estendiam seus serviços à população excluídas do processo de trabalho formal.

As CAPs eram organizadas pelas empresas e administradas e financiadas por empresas e trabalhadores, em uma espécie de seguro social (...). O estado em nada contribuía financeiramente e muito menos tinha responsabilidade na administração dessas Caixas (BAPTISTA, 2005).

A crise econômica nos Estados Unidos com a queda da bolsa em 1929 repercute por todo mundo, inclusive no Brasil, atingindo a indústria cafeeira e provocando um grande êxodo rural para as cidades em busca de trabalho e sobrevivência.

Com o fim do sistema político da Velha República (1889 – 1930), a queda da oligarquia agrária e a chegada de Getúlio Vargas ao poder há um redesenho na sociedade e economia do país.

O Estado passa a investir num novo projeto econômico, priorizando a industrialização e absorvendo a mão-de-obra carente e expropriada do direito à cidadania, ou seja, passa a investir em saúde ainda que de forma tímida, para dar sustentação ao projeto de crescimento econômico do país.

Cidadania que o Estado passa a regular quando Getúlio Vargas, então presidente, inicia sua política de “proteção ao trabalhador” através da criação do Ministério do Trabalho passando a exigir a obrigatoriedade da Carteira Profissional para os trabalhadores urbanos e a dar “garantia do benefício” ao cuidado e atenção à saúde, através dos IAP's em 1933.

Quando a previdência social passa a ser de responsabilidade do Estado já podemos identificar os primeiros sinais de preocupação com a ampliação do acesso a população mais carente aos serviços de atendimento em saúde, pois até então a saúde estava restrita a uma parcela da população que contribuía para garantir o “seu direito”¹⁵ ao benefício.

¹⁵ A palavra garantia e direito foram colocadas entre aspas (“”) para ressaltar sua fragilidade, seu caráter ilusório, pois mesmo hoje, após o advento da Constituição de 1988, não se pode afirmar que as conquistas nela inscrita, representam verdadeiramente, garantias de direito e de cidadania.

Uma nova organização do Estado em 1964 (golpe militar) muda os rumos do sistema sanitário com ênfase na assistência médica; fortalecimento da assistência privada e unificação das IAP's e a criação do Instituto Nacional da Previdência Social (INPS).

A partir da década de 1970 novas categorias de trabalhadores, que contribuíam para o sistema previdenciário, passam a ter direito à assistência à saúde: trabalhadores rurais, empregadas domésticas e trabalhadores autônomos.

Mudanças políticas, econômicas e institucionais impulsionam o movimento sanitário brasileiro instigando a reflexão sobre a saúde como um direito de todos.

A reforma sanitária exigia do Estado a reconstrução e revisão das políticas de saúde, indicando propostas de expansão e melhoria para o setor saúde. Tais como, a universalização do acesso às ações e serviços de saúde, integralidade da atenção, descentralização, com direção única do sistema e participação popular – garantia constitucional é o arcabouço do SUS para a construção de um novo modelo de assistência, baseado nas especificidades de cada região¹⁶.

Na década de 1980 o país atravessa uma nova crise política e por um novo projeto de redemocratização. Ainda não havia um compromisso com a atenção integral à saúde.

A construção de políticas mais universalistas na área de saúde, que propunham a extensão da oferta de serviços básicos e que prometiam um fortalecimento para a tão esperada reforma do setor público de saúde, teve grande parte dos recursos financeiros direcionados a iniciativa privada propiciando um crescimento do setor médico-empresarial com o fortalecimento dos convênios com planos de saúde corporativos apoiados pela Previdência Social, recebendo do Estado 79,5% dos recursos destinados para a expansão hospitalar quando apenas 29,5% fora destinado ao setor público (BAPTISTA, 2005).

Na VII Conferência Nacional de Saúde foram elaborados vários programas com o intuito de minimizar as ranhuras provocadas pela ausência do Estado ao que concerne à assistência a saúde, entre eles o Programa das Ações Integradas de Saúde – Pais; Programação e Orçamento Integrada – POI; Programa de Racionalização Ambulatorial – PRA; Sistema de Assistência Médico-Hospitalar da Previdência Social – SAMHPS e a aprovação do Sistema único de Saúde – SUS.

¹⁶ Vide Lima e Baptista, 2003

Mais tarde, em 1986, a VIII Conferência Nacional de Saúde nos aponta a desigualdade no acesso ao sistema de saúde, a inadequação dos serviços às necessidades da demanda, a qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações. Através do trabalho e da pesquisa desenvolvidos pelo movimento sanitário orientou práticas e técnicas que serviram de base para a organização e aprovação do SUS - Sistema Único de Saúde, na Constituinte de 1988, e sua implementação na década de 1990.

No bojo destas discussões algumas ações foram implementadas como criação da Lei Orgânica de Saúde 8080/90 – LOA (Brasil, 1990) que determinava em seu artigo 9º, que a direção do SUS deveria ser única, de acordo com o inciso I do artigo 198 da Constituição Federal. Devendo ser exercida em cada esfera de governo, pelo Ministério da Saúde, Secretaria de Saúde ou órgãos equivalente, onde as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados pelo SUS, deveriam obedecer aos princípios organizativos e doutrinários.

Destacando o princípio da universalidade de acesso aos serviços de saúde que ressalta que todo cidadão deve ter acesso aos serviços de saúde públicos; o princípio da integralidade da atenção e de assistência à população de acordo com as suas necessidades; o princípio da descentralização, com direção única do sistema com o propósito de promover uma maior democratização do processo decisório na saúde e para enfrentamento das desigualdades regionais e sociais e o princípio da participação popular.

A Lei complementar 8142/90 surge na transição do governo Sarney para o governo Collor como um veto político para os aspectos relativos ao financiamento e a participação popular, conforme nos aponta Baptista (2005), considerando que ainda existem lacunas expressivas na Lei Orgânica de Saúde- LOS para a implementação efetiva da política de construção do SUS¹⁷.

Diante do exposto percebe-se que muitos são os desafios enfrentados pelo SUS para a perenização de direitos no setor saúde que garantam cidadania plena à população. A inadequação dos serviços às necessidades da demanda, a qualidade insatisfatória dos serviços e ausência de integralidade das ações, destaques na VIII Conferência Nacional de Saúde em 1986, até os dias atuais ainda são considerados entraves e desafios para o SUS.

¹⁷ Vide Vilaça, 2005 e o Conass sobre as ações e desafios do SUS

O Ministério da Saúde vem tentando minimizar esta problemática, principalmente no que tange ao acesso a atenção básica, através da implantação de políticas que ressignifiquem o SUS como um sistema de saúde universal, que atenda a demanda da população com qualidade.

A partir da década de 1980 a Organização Pan Americana de Saúde (OPAS) começa a discutir uma proposta de reorientação de formação para o pessoal da saúde e para a área de recursos humanos com diversos países da América Latina e paulatinamente o conceito de Educação Permanente vem tomando corpo e dando novo sentido a Educação Continuada.

O conceito de Educação Continuada na saúde foi se estruturando com a necessidade de uma formação em serviço que “desse conta” de formar uma mão de obra para atender as novas exigências do setor.

Com a chegada de novas tecnologias na área da saúde cresce a demanda por uma força de trabalho intermediária mais qualificada.

O conceito de educação permanente em saúde começa a ser estruturado pela OPS em meados da década de 1980 devido à necessidade de se usar um novo vocábulo para identificar as mudanças que o setor iria enfrentar com as transformações que vinham ocorrendo no capitalismo. Essas alterações se dão no momento em que o modelo neoliberal de desenvolvimento sofre ajuste com a agudização da miséria e o aumento da insatisfação social. (DURÃO, 2006, p.113).

Os formuladores da Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (PNEPS) a compreendem como alternativa complementar, estratégica possibilitando a transformação das práticas em saúde, discutida e implementada como garantia de melhoria na qualidade do desempenho profissional.

Para Ribeiro e Mota (1996), a proposta de educação permanente em saúde reflete um posicionamento frente a diferentes correntes de pensamento sobre a saúde, a educação de adulto e a educação profissional. Como pontos comuns em suas propostas metodológicas, buscam articular teoria e prática com conteúdos curriculares que abordem a problemática social e epidemiológica com o objetivo de incorporar e ampliar

a dimensão ética e política para além da informação técnico-científica como base do exercício profissional.

O debate sobre as políticas de trabalho e educação torna-se fundamental para todos que acreditam que há possibilidades de se instituir um sistema público capaz de prestar serviços de saúde eficiente e de qualidade a todos com integralidade nas ações, como manifesta o Ministério da Saúde ao implantar as políticas de Educação Permanente em Saúde e Humanização do SUS.

O projeto do Ministério da Saúde para os Pólos de Educação Permanente em Saúde, segundo os estudiosos do assunto, citados ao longo deste trabalho, vem se constituindo desde o governo Lula, como uma forma de construção necessária para se problematizar as mudanças desejadas no campo da educação em saúde.

Assim como a Política de Educação Permanente em Saúde a Política de Humanização também vem se apresentando como uma possibilidade de construção de novos pactos de convivência e práticas de saúde voltadas para a legitimação do SUS como política pública que garanta os direitos a saúde preconizados na Constituição de 1988.

2.2 EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE: APRENDIZAGEM SIGNIFICATIVA?

A Política de Educação Permanente em Saúde configurou-se em uma das iniciativas formuladas a partir da criação da SEGEST - Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde no Ministério da Saúde em 2003.

A agenda da área ganhou maior visibilidade com a formulação de políticas específicas numa tentativa de priorizar aspectos da relação trabalho-trabalhador¹⁸ em suas múltiplas dimensões.

A SEGEST (2009) considera a educação permanente como sendo a aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar devem se incorporar ao

¹⁸ Segundo o Relatório Final da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio (2006), só a partir da VI Conferência Nacional de Saúde (CNS), que o termo Educação Continuada passa a ser sistematicamente utilizado. Até então, tanto a formação do pessoal de nível médio quanto à necessidade de aprimoramento dos médicos em serviço estavam ligadas ao modelo hospitalar de saúde ampliada e a Teoria do Capital Humano que começavam a despontar no Brasil na década de 1960, atrelando educação e crescimento econômico.

cotidiano das organizações e ao trabalho, ou seja, uma aprendizagem que se realiza a partir do enfrentamento dos problemas diários no interior das organizações, sem deixar de considerar os conhecimentos prévios de cada trabalhador.

Para tanto a educação permanente deve ser baseada na aprendizagem significativa e buscar a transformação das práticas profissionais como algo possível.

Segundo o artigo 200 da Constituição Federal de 1988, inciso III, é competência do SUS ordenar a formação na área da saúde, portanto a Educação Permanente passa a ser considerada uma das suas atribuições finalísticas. Para a sua elaboração foram consideradas as referências sobre a educação na saúde dispostas na Lei Orgânica da Saúde e na NOB-RH/SUS¹⁹ e nas diretrizes e regulamentação do Pacto de Gestão pela Saúde.

No entender do Sr. Humberto Costa (2005) então Ministro da Saúde, o Pacto de Gestão pela Saúde deve implicar num compromisso entre as 03 esferas do governo de se responsabilizar pela repolitização do SUS rompendo os laços setoriais, levando a discussão sobre os rumos da saúde pública para todo o conjunto da sociedade, pautando-se no cuidado integral às necessidades de saúde da população; promovendo o acesso com qualificação e humanização da atenção; promovendo e desenvolvendo políticas de gestão do trabalho, com os princípios da humanização, da participação e da democratização das relações de trabalho.

É necessário romper os limites setoriais e levar a discussão sobre a política pública de saúde para os parlamentos, para as universidades, para os sindicatos, para as associações corporativas; para as igrejas; para a mídia, para os movimentos sociais, a fim de que a sociedade organizada participe e se comprometa com as decisões, conjugando esforços para a consolidação do SUS que queremos. (HUMBERTO COSTA, 2005, p.7).

No entendimento de Ceccim e Feuerwerker (2004) é no contexto de reconstrução dos espaços do SUS que o debate sobre educação permanente em saúde toma corpo. Cria expectativas positivas na sua contribuição para interfaces, interações e intercomplementaridades entre Estados e Municípios para a construção de um sistema

¹⁹ Leis Federais número 8.080/90 e 8.142/90 e na Resolução CNS n°. 330, de 4 de novembro de 2003.

único para a saúde e por tratar de temas ainda polêmicos nos debates para a política em saúde: ensino, gestão, atenção e controle social.

Para o Ministério da Saúde a PNEPS tem implícita em sua proposta uma relação direta com os princípios e diretrizes do SUS, da atenção integral à saúde e a construção da Cadeia do Cuidado Progressivo à Saúde, buscando romper com o conceito de sistema verticalizado, reforçando a ideia de rede e de um conjunto articulado de serviços básicos,

Reconhecendo-se contextos e histórias de vida e assegurando adequado acolhimento e responsabilização pelos problemas de saúde das pessoas e das populações (BRASIL, 2009, p. 22)

A PNH acredita ser possível engajar e articular a educação permanente do trabalhador da saúde com novos estilos de gestão dos recursos humanos quebrando velhos paradigmas que reforçam as práticas vigentes nas instituições de saúde ou na educação com o objetivo de facilitar as mudanças ensejadas para o funcionamento do SUS.

Enquanto certos tipos de aprendizado permitem uma adaptação aos objetivos e práticas vigentes nas organizações, outros, mais complexos, implicam a modificação dos critérios e valores sobre os quais se assentam as práticas institucionais, o que pressupõe uma modificação no *status quo*.

(BRASIL, 2009, p. 51-52).

Muito embora para o Ministério da Saúde a questão não se limite apenas a incorporação de conhecimentos, mas saber quais conhecimentos é necessário aprender, o que desaprender e como fazer que todo o conjunto dos trabalhadores incorpore estes novos conhecimentos de forma que superem o problema da especificidade dos conhecimentos que se ensinam nos cursos ou oficinas

A concepção de educação permanente apresentada por Ceccim e Ferla, aponta para aprendizagem significativa, onde a prática, o saber-fazer, serve de arcabouço para novos conhecimentos. Entendendo que em educação permanente não deve haver dicotomia entre prática de ensino e aprendizagem, pois

Prática de ensino e aprendizagem significa a produção de conhecimento no cotidiano das instituições de saúde, a partir da realidade vivida pelos atores envolvidos, tendo os problemas enfrentados no dia a dia do trabalho e as experiências desses atores como base de interrogação e mudança (CECCIM; FERLA, 2006, p.106).

Tanto a Política de Educação Permanente em Saúde quanto a Política de Humanização do SUS, apresentam-se como uma estratégia do SUS para a formação e o desenvolvimento de seus trabalhadores, estimulando a transdisciplinaridade, através da informação e da comunicação.

Os princípios que sustentam as duas políticas podem ser observados no quadro a seguir baseado na Portaria 198/GM de Fevereiro de 2004, que institui a Política Nacional de Educação Permanente em Saúde e nos documentos emitidos pelo Ministério da Saúde para a implantação da Política Nacional de Humanização (2004).

2.3 A HUMANIZAÇÃO DO SUS E SUAS APOSTAS PARA A TRANSFORMAÇÃO DAS PRÁTICAS

É possível afirmar que a questão da humanização aparece na agenda da saúde a partir da preocupação do Ministério da Saúde em minimizar os problemas apresentados pelos usuários do SUS.

Constituído por um núcleo técnico, composto por profissionais da área de saúde mental ligadas ao Ministério da Saúde, este grupo elaborou uma proposta de trabalho voltado à humanização do serviço hospitalar público de saúde.

O Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), lançado através da Portaria SAS / nº 202 de 19/06/2001, apostava na requalificação dos

hospitais públicos, tornando suas organizações mais modernas, dinâmicas e solidárias, valorizando a dimensão humana e subjetiva presente em todo ato de assistência.

O programa objetivava a promoção de mudança de cultura no atendimento de saúde no Brasil, propondo um conjunto de ações integradas que visavam mudar substancialmente o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos. Buscava-se, dessa forma, melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços prestados, tendo como objetivo principal aprimorar as relações entre o profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, e do hospital com a comunidade.

A Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS – HumanizaSUS, instituída pelo Ministério da Saúde em 2003 surge no cenário como reconhecimento aos resultados das experiências pioneiras do “SUS que dá certo”. Utilizando-se das práticas de humanização nas ações de atenção e gestão, o “SUS que dá certo” possibilitou a legitimação da proposta de humanização como política pública.

A Política Nacional de Humanização (PNH) foi formulada a partir da sistematização de experiências do SUS que Estados, Municípios e serviços de saúde estavam implantando - práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados.

Embora fossem experiências bem sucedidas, eram vivenciadas de forma fragmentada no conjunto dos serviços públicos de saúde, quando sistematizadas passaram a alavancar inúmeras novas ações e criaram uma expectativa positiva para a legitimação do SUS.

Para o Ministério da Saúde (2004) estas ações quando integradas, sistematizadas mudariam o padrão de assistência ao usuário na rede de saúde pública, iniciando uma política de humanização dos territórios de encontro do SUS significaria na prática preparar o ambiente físico de encontro de gestores-trabalhadores-usuários, num espaço de saúde que garantiria a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão

Nesse sentido, a Política Nacional de Humanização surgiu para concretizar esta proposta de mudança, potencializar as ações e traçar estratégias para atender a Agenda de Compromissos da Gestão do Ministério da Saúde²⁰, com o objetivo de melhorar o acesso, o acolhimento e a qualidade dos serviços prestados pelo SUS.

²⁰ É a Agenda de Compromissos entre Governo Federal e Municípios. Representa um pacto em torno da urgência de promover a melhoria da qualidade dos serviços de saúde (Ministério da Saúde).

O núcleo técnico da Política Nacional de Humanização com o intuito de disseminar suas diretrizes e fortalecer a capacidade de gestão e mudanças nos processos de trabalho, iniciou um curso de formação de apoiadores institucionais.

O apoiador institucional exerce a função de colaborar e prestar suporte para que os coletivos alterem seus processos de trabalho, tornando-os mais democráticos e **criativos, dotando-os de maior capacidade de acolher e resolver necessidades de saúde ampliando o grau de realização dos trabalhadores da saúde**. Desta forma, esta função é fundamental tanto para a implantação de processos de mudança, quanto para sua sustentabilidade (PASSOS, 2006).

A formação de apoiadores foi o primeiro passo dado na direção da implantação da PNH, já que poderiam, dentro de sua área de atuação, promover a construção de um novo olhar para os espaços de saúde, neste sentido, com as mudanças estruturais dos territórios, da clínica ampliada, da gestão participativa, co-gestão e acolhimento é importante enfatizar a mudança de atitude dos atores sociais que de maneira individual ou coletiva materializam o que Mehry (2002) chama de trabalho vivo.

A Política Nacional de Humanização – PNH, segundo o Ministério da Saúde, busca induzir inovações no conjunto das práticas de saúde com o intuito de superar seus próprios limites para tanto é necessário:

Qualificar a gestão e a atenção à saúde, ou seja, é uma política que induz inovações nas práticas gerenciais e nas práticas de saúde, colocando para os diferentes coletivos/equipes implicados nestas práticas o desafio de superar limites e experimentar novas formas de organização dos serviços e novos modos de produção e circulação do poder (BRASIL, 2004).

Neste sentido entende-se que ao se iniciar uma política de humanização dos territórios de encontro do SUS, implicaria na prática, na preparação do ambiente físico de encontro de gestores-trabalhadores-usuários, num espaço de saúde que garantisse a construção de ações a partir da integralidade e da inclusão.

Para o Ministério da Saúde a ambiência hospitalar²¹ deve ser entendida como um espaço social que possibilite a reflexão da produção do sujeito e de seu processo de trabalho, ou seja, onde a construção do meio deve propiciar a construção de processo reflexivo que possa servir de base para que os objetivos traçados sejam alcançados, tais como: (i) Acolhimento com classificação de risco; (ii) Equipes de referência e de apoio matricial; (iii) Projeto terapêutico singular e projeto de saúde coletiva; (iv) Projetos de construção coletiva da ambiência; (v) Colegiados de gestão; (vi) Contratos de gestão; (vii) Sistemas de escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde; (viii) gerência de “porta aberta”, (ix) ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação; (x) Projeto “Acolhendo os Familiares/Rede Social Participante”: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e Envolvimento no Projeto Terapêutico; (xi) Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa; (xii) Programas de qualidade de vida e saúde para os trabalhadores da saúde; e (xiii) Grupo de Trabalho de Humanização.

Passos (2006) nos aponta que a Política Nacional de Humanização (PNH) tem como objetivo trabalhar a inovação das práticas em saúde através de um discurso construtivista, reconhecendo o trabalhador como agente ativo do seu próprio saber, levando-o a reconstruir o existente e dando-lhe um novo significado, a partir de suas experiências e vivências, o que implica novo conhecimento.

Considerando que os sujeitos sociais concretos, quando mobilizados e respeitados na sua essência de ser-sujeito, são capazes de transformar realidades, Passos (2005) coloca na mesa de discussão o conceito de humanização redefinindo e ampliando seu sentido. Dessa forma, chama atenção para esse conceito em que se busca não o paradoxo de humanizar o humano, os atores do processo da atenção e do cuidado, mas direcionar, centralizar as estratégias de interferência e mediação nas práticas de saúde para o ser-humano.

Com a implementação da PNH o governo busca (i) reduzir as filas e o tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco, onde (ii) todo usuário do SUS saberá quem são os profissionais que cuidam de sua saúde, e os serviços de saúde se responsabilizarão por sua referência

²¹ Ambiência hospitalar refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, considerando alguns elementos que atuam como catalisadores da inter-relação homem x espaço (Ministério da saúde, 2004: 05).

territorial e que (iii) as unidades de saúde garantirão as informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os direitos do código dos usuários do SUS, onde (iv) as unidades de saúde garantirão gestão participativa aos seus trabalhadores e usuários, assim como educação permanente aos trabalhadores.

Para enfrentamento destes e outros desafios no SUS Ceccim (2004) sinaliza a necessidade de um sistema de gestão que concomitantemente ofereça propostas de transformação das práticas profissionais, balizadas em reflexões críticas sobre o trabalho em saúde e o que chama de “experimentação da alteridade” com os usuários.

Tendo pressuposto básico que o homem social interage, parte do entendimento que essa subjetividade em relação ao outro, possibilite que na práxis, as relações, seja da organização da gestão setorial seja da estruturação do cuidado, aglutinem ensino-aprendizagem, preparando, formando profissionais de saúde comprometidos com o SUS.

Percebe-se na leitura tanto da PEPS quanto na PNH que o eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS, esta alicerçado na construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos, estimulando processos integradores e promotores de compromisso e responsabilidade, tendo como objetivo alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva.

Nesta perspectiva, buscamos ao observar nas duas políticas suas possibilidades e limites em contribuir para fortalecer as relações entre trabalhador – instituição – usuário, a partir de bases mais sólidas para o enfrentamento dos desafios do SUS.

2.4 QUADRO COMPARATIVO DOS PRINCÍPIOS NORTEADORES DAS POLÍTICAS DA EDUCAÇÃO PERMANENTE EM SAÚDE E HUMANIZAÇÃO DO SUS

Educação Permanente em Saúde	Humanização do SUS
(i) Estratégia do SUS para a formação e o	(i) Valorização da dimensão subjetiva e social

desenvolvimento de trabalhadores para o setor.	em todas as práticas de atenção e gestão fortalecendo / estimulando processos integradores e promotores de compromisso / responsabilização.
(ii) Fortalecimento da descentralização da gestão setorial, do desenvolvimento de estratégia e processos para alcançar a integralidade da atenção à saúde individual e coletiva e do incremento da participação da sociedade nas decisões políticas do SUS.	(ii) Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
(iii) Ordenar a formação de RH para a área de saúde e incrementar o desenvolvimento científico e tecnológico.	(iii) Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
(iv) Articular os componentes de gestão, atenção e participação popular com o componente de educação dos profissionais de saúde.	(iv) Atuação em rede com alta conectividade de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
(v) Integrar o ensino da saúde, o exercício das ações e serviços, a condução de gestão e de gerência e a efetivação do controle da sociedade sobre o sistema de saúde como dispositivo de qualificação das práticas de saúde e da educação dos profissionais de saúde.	(v) Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Quadro organizado pela autora a partir da portaria 198/GM 2004 e do documento para discussão do HumanizaSus, versão preliminar, 2003.

3 METODOLOGIA

3.1 A ABORDAGEM DO ESTUDO

A abordagem metodológica utilizada neste estudo foi da análise qualitativa. Para Minayo (2004), cabe ao cientista social revelar os significados subjetivos implícitos que perpassam o universo dos diferentes atores sociais mesmo que a princípio, na fala do senso comum, estejam contidas idéias vagas, imbuídas de emoção, fragmentadas e ambíguas. Segundo a autora, mesmo assim encontraremos a captação da intersubjetividade do sentido atribuído.

Intersubjetividade que a partir da década de 1960, ganha evidência quando a antropologia, a sociologia, a psicologia se juntam à psicanálise e ao jornalismo retomam-se duas concepções de comunicação no plano epistemológico, afirma Minayo (2004:02): o modelo instrumental que defende que o mais importante da comunicação não é o conteúdo manifesto na mensagem, mas o que ela expressa dentro do contexto em que ela se encerra e o modelo representacional que destaca o sentido atribuído.

A autora defende a idéia de que, através das palavras da mensagem, é possível construir uma boa análise sem a priori se ocupar com o contexto e o processo histórico. Segundo a autora, o sujeito dá atribuição ao significado, ou seja, o sujeito dará sentido aos “acontecimentos” de acordo com a sua bagagem de conhecimento sobre o referido “acontecimento”, suas representações sociais.

Esse enfoque se aproxima da teoria da aprendizagem significativa levantada por David Ausubel defendida por Moreira (1997). Para esse autor, o conhecimento já existente na estrutura cognitiva dos sujeitos vai dando base para o desenvolvimento/assimilação de um novo conceito, atribuindo-lhe significado. Essa concepção se aproxima, também, da idéia defendida por Ceccim e Ferla, abordada no cap. 2. Esses autores entendem que a aprendizagem significativa é o lugar onde a prática, o saber-fazer, serve de arcabouço para novos conhecimentos, lugar onde se desfaz a dicotomia entre prática de ensino e aprendizagem.

Essa discussão encontra-se relacionada com a preocupação deste estudo, que busca destacar as dimensões do trabalho em saúde e do cuidado em saúde na perspectiva dos técnicos e auxiliares de enfermagem e em paralelo as estratégias dos SUS para a minimização das possíveis falhas no atendimento ao usuário tendo como prerrogativa a Política de Humanização do SUS. Buscou-se como mote principal desta análise questionar as reais possibilidades de sustentação da Política de Humanização do SUS – o HumanizaSUS, e suas relações com a educação permanente em saúde.

Reiterando esta idéia, Moreira (1997) em seu artigo sobre Mapas Conceituais e Aprendizagem Significativa, aposta na ressignificação e na construção de novos paradigmas na estrutura cognitiva dos sujeitos partindo dos conceitos preexistentes. Nesse sentido, conforme já apontado em relação a teoria de David Ausubel, a ressignificação de conceitos se dá tendo como base um conhecimento anterior. Dessa forma a aprendizagem passa a ser significativa quando uma nova informação (conceito, idéia, proposição) adquire significados para o aprendiz, ancorados em aspectos relevantes da estrutura cognitiva preexistente.

Continuando este raciocínio, Moreira (1997) procura explicitar o processo de aprendizagem e como nós seres humanos compreendemos as informações, as armazenamos, as transformamos e as utilizamos. Parte-se de pensadores, como Vygostsky e Paulo Freire, que defendem a idéia de que a essência do ser humano é um construto, que aprendemos a partir dos conhecimentos adquiridos previamente. Pode-se entender, assim, que através das associações que se faz a partir dos conhecimentos prévios, são desenvolvidos novos conhecimentos. É como se fosse um mapa conceitual através do quais as estruturas de conhecimento demonstradas hierarquicamente, apresentam forma e representação condizente com a maneira como os conceitos são relacionados, diferenciados e organizados (Moreira, 1997).

Reflexões que podem ser associadas ao que nos apontaram, anteriormente, Ceccim e Ferla, ao apresentarem suas considerações sobre a Política de Educação Permanente e que apresentamos no capítulo 2.3. Para esses estudiosos a necessidade de transformação das práticas profissionais, deve ser balizadas em reflexões críticas, sobre o trabalho em saúde.

Entende-se neste enfoque que a Educação Permanente pode trazer novos significados para a prática do cuidado através da construção de um novo paradigma na saúde – onde a humanização se instrumentaliza e qualifica o cuidado, evitando o cuidado fragmentado, trazendo a centralidade do cuidado para a integralidade da atenção. Ao mesmo tempo desmistifica-se as ações no HumanizaSUS, que permeia o imaginário dos sujeitos, como uma ação de cunho filosófico; pura cortesia; amor; caridade, com um SUS voltado para pobres e incapazes.

3.2 A GEOGRAFIA DO LUGAR: DESVELANDO O CAMPO

O bairro de Campo Grande tem seu nome herdado da ideia do campo vasto, grande. Referia-se a uma extensa área que ocupava 1/3 da área da Cidade de São Sebastião do Rio de Janeiro fazendo parte do chamado sertão carioca, região que se estendia entre a serra de Gericinó e as serras da Tijuca, Pedra Branca, Bangu e Cabuçu, ou que iam além das terras do Irajá até as terras dos padres da Companhia de Jesus.

É desta maneira, quase poética, que os historiadores Fróes e Gelabert apresentam o bairro no livro *Rumo ao Campo Grande – por trilhas e caminhos*, aos curiosos que querem conhecer a origem deste bairro com cara de cidade grande.

Campo Grande é parte da Urbe fundada por Estácio de Sá em 1565. Nunca foi fundado, mas sim, constituído, por diferente e variadas terras, de variadas e diferentes sesmarias. Para seu desenvolvimento, ocorreram processos evolutivos distintos, não só pelos seus rumos geográficos, mas também pelas influências que cada um deles recebeu pela atuação de fatores de ordem econômica, política, estratégico-militar, social, cultural e, de forma bastante acentuada religiosa. (FRÓES; GELABERT, 2004, p.17)

Campo Grande, como até hoje é conhecido, foi a denominação dada a Estação de trens de Campo Grande, quando no final do século XIX em 02 de Dezembro de 1878 foi inaugurada a estação ferroviária no ramal da Estrada de Ferro que ligava a estação de Sapopemba ao matadouro de Santa Cruz. Foram os jesuítas, que buscando melhorar os caminhos e trilhas que ligavam a grande fazenda em Santa Cruz e as terras recebidas na Guaratiba, abriram uma estrada. Em 1808 com a vinda da família real, essa estrada ficou conhecida como Estrada Real de Santa Cruz.

Em 1932, Campo Grande se colocou juntamente com Realengo, Jacarepaguá e Santa Cruz entre os maiores produtores de laranja do país, com uma exportação de 144.577 toneladas do produto. Neste período o Bairro de Campo Grande contava com 100.000 habitantes.

Na década de 1960, por não poder fazer frente a São Paulo, inclusive perante as novas culturas desenvolvidas em substituição ao cultivo da laranja, começa a

ocorrer uma grande desvalorização da terra, o Brasil precisava sair da condição agrícola e do estigma de país subdesenvolvido²². A zona rural aos poucos vai se transformando como num movimento de balé²³ quase imperceptível ao olhar, vai perdendo as suas características de Zona Rural. A cena principal deixa de ser a dos grandes campos de laranjas e passa a ser o comércio, a indústria, que vão aos poucos, trazendo um aumento da população que vinha em busca do tão sonhado **teto-para-morar, o sonho-da-casa-própria**, muito bem explorado nos discursos políticos até os dias atuais.

Desde essa década (1960), os bairros da periferia do Rio de Janeiro foram se transformando em fonte de riqueza para empreendimentos imobiliários. Grande parte das terras (antigos sítios e fazendas) de Campo Grande eram pertencentes à ECIA – empresa do grupo Irmãos Araújo. No final da década de 1970 e início da década de 1980 o **sertão carioca** deixa de ser Zona Rural e passa a ter o status de **Zona Oeste do Rio de Janeiro**.

Os indicadores do último censo demográfico do IBGE (2010) apontavam a população de Campo Grande, bairro da zona oeste do município do Rio de Janeiro, como sendo composta por 328.370 habitantes.

A Secretaria Municipal de Saúde – SMS em 1993, tendo como objetivo a necessidade de viabilizar a regionalização das ações e serviços de saúde com a implantação do Sistema único de Saúde (SUS) no Município do Rio de Janeiro instituiu 10 Áreas de Planejamentos Sanitárias²⁴ - APS na Cidade do Rio de Janeiro. Na Zona Oeste foram criadas 04 (quatro) APS nas Regiões Administrativas (R.A) XVI abrangendo Jacarepaguá e XXIV Barra da Tijuca (AP 4.0); XVII Bangu e XXXIII Realengo (AP 5.1); XVIII Campo Grande e XXVI Guaratiba (AP 5.2) e XIX o Bairro de Santa Cruz (AP 5.3), num total de 39 bairros, sendo a parte menos favorecida da Zona Oeste as AP's 5.1, 5.2 e 5.3 (composta por 20 bairros), com população total de 1.773.775 habitantes. Este número representa 28% da população do Município, e ocupa o território correspondente a 48% do total municipal.

²² A Era desenvolvimentista, desencadeada na década de 1950 e fortemente apoiada pelo governo de Juscelino Kubitschek na década de 1960 tinha como objetivo principal alavancar o crescimento econômico através das indústrias e da geração de emprego

²³ Balé do Lugar, termo cunhado pelo geógrafo David SEAMON (1980) para explicar os movimentos de mudança num tempo-espaço.

²⁴ Ou Área Programática

Segundo dados da Agência Nacional de Saúde (ANS), na AP 5.2 formada pelos bairros de Campo Grande, Cosmo, Inhoaíba, Guaratiba, Barra de Guaratiba, Pedra de Guaratiba, Santíssimo, Senador Augusto Vasconcelos com seus sub-bairros, possuem 59% de sua população dependente unicamente do SUS.

De acordo com dados de 2008 da Coordenação do Programa da Saúde da Comunidade da SMS a rede básica de saúde²⁵ na AP 5.2 possui: 08 Postos de Saúde (PS); 07 Unidades Ambulatoriais de Cuidados Primários em Saúde (UACPS); 01 Centro Municipal de Saúde (CMS); 01 Posto de Assistência Médica (PAM); do antigo INAMPS; 02 Unidades de Pronto Atendimento (UPA); 03 Centros de Atendimento Psicossocial (CAPS); 06 Postos de Agentes Comunitários de Saúde e 12 Postos de Saúde da Família (PSF) com uma carência aproximada de 30% de médicos necessários para o atendimento da população.

Recentemente, foram criadas as Clínicas da família com aproximadamente 06 (seis) unidades instaladas na AP 5.2, sendo 2 unidades no bairro de Guaratiba, 02 unidades no bairro Pedra de Guaratiba, 02 unidades no bairro de Inhoaíba cujo objetivo é desafogar a rede hospitalar, principalmente as emergências, mas a carência de profissionais, principalmente médicos ainda é uma realidade palpável.

A desestruturação da maioria das unidades de Atenção Básica na região eleva a busca por atendimento hospitalar, gerando uma sobrecarga nas unidades hospitalares que acaba refletindo na qualidade e eficiência do atendimento como um todo e que pode ser observado no trabalho empírico.

3.3 O HOSPITAL ROCHA FARIA

Hospital Estadual Rocha Faria é uma instituição pública de gestão municipal e considerado a única unidade de saúde de *porta aberta*, na região, fica situado na AP. 5.2, no bairro de Campo Grande e por se tratar de um hospital geral, com setor de emergência tem um volume de demanda expressivo.

Considerando que a maioria das unidades de Atenção Básica encontra-se desestruturadas na região, eleva a busca por atendimento hospitalares, gerando uma

²⁵ A AP 5.1 possui o Hospital Estadual Albert Schweitzer; A AP 5.3 possui a Casa de Saúde República da Croácia e o Hospital Estadual Pedro II.

sobrecarga nas unidades hospitalares que acaba refletindo na qualidade e eficiência do atendimento como um todo.

Optamos por realizar um estudo de caso no Hospital Estadual Rocha Faria, inaugurado na década de 1960, em Campo Grande, bairro da periferia do Rio de Janeiro, por se tratar de um hospital geral, com setor de emergência e como citamos anteriormente, com um volume de demanda expressivo.

O Hospital Estadual Rocha Faria, considerado a única unidade de saúde de *porta aberta* na região é um hospital geral de grande complexidade, possuindo cerca de 260 leitos, dos quais 72 leitos pertencem a obstetrícia cirúrgica.

Atualmente o hospital dispõe de 2.492 trabalhadores de saúde, sendo que deste universo, 1343 são trabalhadores da enfermagem.

3.4 O TRABALHO DE CAMPO

Utilizamos um roteiro guia tendo como base a exploração dos temas Humanização e Educação Permanente em saúde, buscando resgatar as experiências profissionais dos entrevistados.

O desenvolvimento desta proposta de investigação implicou, inicialmente, na identificação do quantitativo dos trabalhadores por categoria profissional, seus vínculos, setores de atuação. A partir dos dados dos trabalhadores de nível médio da área de enfermagem estimou-se o número de trabalhadores a serem entrevistados considerando, no entanto, que o quantitativo exato de entrevistas obedeceria à saturação das informações.

A seleção dos entrevistados levou em conta diferenças de vínculo, tempo de serviço, e setor de atuação, considerando-se que essas variáveis podem interferir na trajetória e expectativas profissionais e, conseqüentemente, nas concepções de humanização.

Foram realizadas 13 entrevistas, nas enfermarias de clínica cirúrgica de mulheres, ortopedia masculina e feminina, clínica médica de homens. As entrevistas se deram no horário de visitas, por orientação da enfermeira-chefe, por ser um horário em que teoricamente as entrevistas poderiam ocorrer sem muita intervenção, mais na prática sempre ocorria alguma interrupção, tendo em vista que um ou outro visitante

buscava alguma informação a respeito de algum paciente, ou sobre algum procedimento utilizado, principalmente na enfermaria da ortopedia.

Foram realizadas 04 entrevistas na enfermaria da maternidade e 03 entrevistas no setor de acolhimento, locais aonde a humanização já vinha sendo implantada.

Além dos trabalhadores da enfermagem foram ouvidos 01 gestora e os responsáveis pelas ações de humanização e educação permanente no hospital de forma a complementar a análise.

A pesquisa teve sua realização autorizada pela instituição estudada, conforme ofício SESDEC/HERF no. 1213 e o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Politécnica em Saúde Joaquim Venâncio e aplicado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes da realização das entrevistas a todos os sujeitos participantes da pesquisa.

A análise também foi possibilitada pelo mapeamento das experiências de educação permanente e de humanização relatadas pelos trabalhadores do hospital estudado.

Seguindo orientação de Minayo (1996), o roteiro de entrevistas serviu como um instrumento para orientar a conversa tendo como finalidade, facilitar a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação.

As entrevistas foram gravadas, transcritas e editadas. A análise das entrevistas foi realizada tendo como base a Análise de Conteúdo, centrado na técnica de análise temática.

Buscamos incorporar a questão do significado e da intencionalidade para análise sociológica, procurando apreender através da vivência e da explicação do senso comum na fala dos entrevistados, suas representações sociais sobre a Política de Humanização do SUS. A partir daí procurou-se construir os significados apreendidos nas entrevistas e na observação do dia a dia de trabalho dos técnicos e auxiliares de enfermagem.

Tendo como referência Bardin (1977), Campos (2004), professora-assistente de Psicologia na Universidade de Paris V, aplicou as técnicas da Análise de Conteúdo em investigações psicossociológicas e em estudos da comunicação de massa. Campos considerou que a maior dificuldade neste tipo de análise está na percepção do pesquisador, que precisa estar atento às falas dos entrevistados, pois nem sempre o que se busca está aparente na mensagem.

A autora frisa a importância da exploração do conteúdo da comunicação na pesquisa qualitativa e suas múltiplas possibilidades de análise tanto no campo objetivo quanto no campo simbólico. Percebe-se uma riqueza polissêmica e valiosa na fala humana que permite ao pesquisador qualitativo uma gama de interpretações e entende-se que o maior “nó” em relação a abordagem desses conteúdos esteja em como visualizá-los. Deve-se estar atento ao que não está tão aparente na mensagem, o campo simbólico, reconhecendo que existe uma questão a ser discutida sobre os limites dos conteúdos manifestos e dos conteúdos latentes da mensagem (Campos, 2004:612).

3.5 A APROXIMAÇÃO AOS ENTREVISTADOS

Nos primeiros contatos, o acesso aos entrevistados foi marcado por algumas limitações para liberação de entrada nas enfermarias. Em reunião com a gerência de enfermagem acordou-se que as entrevistas aconteceriam nos dias de visita ao pacientes internados, ou seja, as quintas-feiras e aos domingos. Nestes dias se contataria a gerência de enfermagem que providenciaria a presença do supervisor do dia para que servisse de acompanhante até a enfermaria e fizesse as devidas apresentações.

Levando em consideração que a gerência é um local do hospital muito movimentado, com atendimento a funcionários e constantes reuniões acabamos impedidos de realizar as entrevistas nos dias acordados, pois o horário de visita se esgotava e os trabalhadores já não dispunham de tempo para interromper a rotina com os procedimentos para dar entrevistas.

A solução a princípio, seria a liberação de um crachá para que fosse agilizado o acesso às enfermarias, mas o pedido foi negado pela administração do hospital, por entenderem que a minha estada no hospital para as entrevistas demandaria um tempo relativamente curto tornava-se desnecessário a confecção de um crachá. Assim, fui reencaminhada a gerência, que precisou rever a situação orientando a secretária que à minha chegada, chamasse o supervisor do dia para o encaminhamento as enfermarias.

A apresentação dos entrevistados era feita sem muitas explicações, o que demandava de minha parte, um tempo maior para explicar o objetivo das entrevistas. O tempo dedicado as explicações sobre a temática das entrevistas, individualmente, de alguma forma, acabava impedindo que se pudesse realizar um maior número de

entrevistas no dia já que a enfermagem retomava sua rotina ao término do horário dedicado a visita de familiares.

3.5.1 Os Entrevistados: trajetórias e expectativas

Os nomes dos entrevistados são fictícios, motivado simplesmente pela finalidade de garantir e preservar suas identidades. Ao transcrever as falas dos entrevistados, surgiu a idéia de buscar um nome que de alguma forma pudesse homenageá-los e representasse a dedicação percebida naqueles trabalhadores: o amor pela profissão, dedicação e coragem, coragem de prosseguir apesar das agruras da profissão.

O nome escolhido foi MARIA, segundo os especialistas em onomástica, que em grego é o ato de nomear, o estudo dos nomes e sua origem, o nome Maria tem sua marca no mundo por se tratar de um nome bíblico: disciplina, praticidade, lealdade, confiabilidade, gosto pelo trabalho, solidez e eficiências, são algumas das características atribuídas às pessoas que carregam este nome.

Maria - Entrevistada 01

Trabalha como auxiliar de enfermagem há 22 anos, mas é técnica de enfermagem por formação, estatutária, trabalha no HERF na clínica cirúrgica de mulheres, está no HERF há 20 anos.

Maria Helena - Entrevistada 02

Trabalha há 15 anos como auxiliar e técnica de enfermagem em hospitais do Município e do Estado como estatutária. Trabalhou em quase todas as áreas da saúde, complementando sua experiência com cursos de qualificação.

Maria Carmelita - Entrevistada 03

Técnica de enfermagem há dois anos e seis meses na profissão, contratada pelo concurso FESP, trabalha em outra unidade pública, também como contratada, tímida preferiu não se manifestar as suas perspectivas com relação a profissão.

José Maria- Entrevistado 04

Técnico de enfermagem há quatro anos, atualmente trabalha na enfermagem da clínica médica de homens no HERF, contratado pelo concurso FESP, trabalha em outra instituição pública, como contratado.

Maria Dolores - Entrevistada 05

Auxiliar de enfermagem há nove anos no HERF, estatutário, trabalha atualmente na clínica médica de homens, mostrou-se receosa com a entrevista e respondia quase que monossilabamente na entrevista.

Maria José - Entrevistada 06

Técnica de enfermagem, cooperativada, há três anos na profissão, atualmente trabalha no setor de acolhimento do HERF, apesar de trabalhar no setor que iniciou a implantação da humanização no serviço, desconhece os objetivos da política.

Leila Maria - Entrevistada 07

Técnica de enfermagem trabalha há dez anos na profissão, contratada por concurso FESP, atualmente trabalha na clínica ortopédica masculina, gosta da profissão, desconhece a política.

Maria Cláudia - Entrevistada 08

Técnica de enfermagem há nove anos na profissão, contratada por concurso público pela FESP, atualmente trabalha na maternidade.

Maria de Fátima - Entrevistada 09

Auxiliar de enfermagem, estatutária, trabalha a 21 anos na profissão, atualmente trabalha na maternidade.

Maria Carlota - Entrevistada 10

Técnica de enfermagem, contratada por concurso pela FESP, há cinco anos na profissão, atua na maternidade do hospital.

Maria Isabel - Entrevistada 11

Técnica de enfermagem, contratada através do concurso FESP, há dois anos na profissão, atuando na maternidade.

Jane Maria - Entrevistada 12

Técnica de enfermagem, contratada através do concurso FESP, há 10 anos na profissão, trabalha atualmente no setor de acolhimento do hospital.

Maria Lúcia - Entrevistada 13

Técnica de enfermagem, contratada através do concurso FESP, há dois anos na profissão, trabalha no setor de acolhimento do hospital.

Mediante a fala dos entrevistados e das respostas obtidas através do questionário escrito pelos auxiliares e técnicos no HERF foi possível perceber que 70% dos profissionais entrevistados estão na profissão a mais de 5 anos.

Estes trabalhadores simbolizam de certa forma a reengenharia dos novos modelos de produção estudados no cap.1 deste trabalho que apontam para a necessidade e/ou a dificuldade de inserção no mercado formal e estável.

São trabalhadores que precisam atuar em mais de uma instituição de saúde, seja ela pública ou privada ou até em trabalhos que não esteja diretamente ligado a área da saúde, para obterem ganhos financeiros que os ajudem a manter um padrão digno de cidadania, ou seja, que possam sobreviver com dignidade.

Também pudemos perceber que as trajetórias profissionais apontam uma multiplicidade de necessidades, mas de certa forma convergiram para a tríade: (i) o reconhecimento social da profissão no conjunto da divisão do trabalho social; (ii) a sua relação com o cuidado humano em geral e (iii) não ter limite de idade para exercer a profissão.

4 ANÁLISE DO ENCONTRADO

O significado das coisas não está nas coisas em si, mas sim em nossa atitude com relação a elas.
(ANTOINE DE SAINT-EXUPÉRY)

4.1 IMPRESSÕES DO ESPAÇO, TERRITÓRIO

Ao andar pelas instalações do hospital é fácil perceber que as enfermarias não apresentam muito conforto, seja para o paciente seja para o trabalhador de saúde. No período em que estive no hospital observei que não há cadeiras ou poltronas suficientes para descanso. As poucas cadeiras ou pequenas poltronas disponíveis ficam cheias de bolsas ou de mochilas, tendo em vista que o hospital recebe muito estagiário nas enfermarias.

Os leitos ficam muito próximos uns dos outros e segundo uma das entrevistadas, na sua enfermaria – clínica cirúrgica de mulheres – foi retirada uma única mesa em que era possível fazer algumas “evoluções” (anotações) sobre os pacientes para ser colocado mais um leito.

Ficou tudo tão juntinho que sem muito esforço, quase que um paciente pode tocar o paciente do outro leito.
(MARIA JOSÉ, entrevistada 6).

De maneira geral, as unidades são limpas, bem iluminadas, algumas sem ar condicionado ou ventiladores, apesar de se perceber as más condições prediais como um todo. As roupas de cama e as roupas utilizadas pelos pacientes encontram-se, apesar de limpas, apresentando o desgaste do uso

Não precisamos ser especialistas em ambiência para percebermos que a falta de estrutura física em qualquer local de trabalho, acaba gerando um desgaste físico e mental, por que não dizê-lo, em todos que dividem aquele espaço.

Para Augé, 2004, um lugar, um espaço, precisa ter identidade e ser um lugar relacional e histórico, onde os vínculos de trabalho e de acolhimento sejam vistos como parte integrante deste território. O território se forma a partir do espaço, é o resultado de uma ação conduzida por um ator em qualquer nível. Ao se apropriar de um espaço, concreto ou abstrato, o ator territorializa o espaço, afirma Raffestin (1993).

Para a coordenadora da SES no hospital a questão da ambiência é muito importante, pois “é a busca por oferecer uma melhor condição de trabalho aos trabalhadores da saúde”.

A questão ambiência nos parece emblemática no quesito ‘melhor condição de trabalho’, pois nas entrevistas pudemos perceber que os trabalhadores se sentem inseguros e pouco confortáveis com a instabilidade de suas contratações de trabalho.

Só gostaria que o Estado tratasse os seus funcionários com a mesma dignidade e respeito que nos ensina a tratar o paciente.

(MARIA LÚCIA, entrevistada 13).

Ao iniciar as primeiras entrevistas deparei-me com muita desconfiança por parte dos trabalhadores, por conta talvez, da maneira como chegava às enfermarias, sem nenhuma apresentação mais explícita/formal sobre a pesquisa. O caminho percorrido para chegar ao trabalhador -gerência→supervisor→chefe de enfermagem→trabalhador passando pela hierarquia dos cargos acabou gerando certo desconforto inicial entre os entrevistados.

Ao chegar às enfermarias, a enfermeira chefe era avisada que uma pesquisadora estava ali para fazer algumas perguntas sobre a humanização do SUS e logo a seguir me apresentava a um trabalhador técnico de enfermagem (normalmente a que estava com mais tempo de serviço no setor) pedindo que ‘arrumasse um local para me acomodar’. O que por si só já era uma tarefa delicada, pois quase não há espaço para a enfermagem fazer seus apontamentos de rotina. A abordagem para as entrevistas ficava por minha própria conta e a falta de um lugar mais reservado dificultava o primeiro contato.

Muitos trabalhadores demonstravam resistência evitando o convite para participar das entrevistas. Mais tarde tomei conhecimento das desconfianças através de uma das entrevistadas que comentou que “as colegas estavam com medo de que a entrevista fosse parar em um jornal citando seus nomes” (Maria José, entrevistada 6).

4.2 A IMPLANTAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO

Nas primeiras idas e vindas ao hospital conheci a coordenadora da Secretaria Estadual de Saúde, que junto com sua equipe técnica desenvolve um trabalho de implantação da Humanização nos espaços do Hospital Rocha Faria.

A coordenadora me concedeu uma rápida entrevista, informando que a Humanização está em processo de implantação na maternidade e no setor de emergência do hospital.

Uma das ações da SES no hospital para a implantação da Humanização no setor de acolhimento²⁶ foi colocar um balcão de atendimento com um computador e cadeira para o trabalho do técnico. Um guichê para informações, cadeiras para os que esperam atendimento, painel de *led* para que o usuário acompanhe a ordem de atendimento.

É possível observar na fala das entrevistadas mais antigas na instituição que a ‘implantação’ vem ocorrendo desde 2008.

Tomei conhecimento sobre a humanização do SUS quando a maternidade foi reinaugurada em 2008, e outro dia fui convidada prá uma reunião no Centro de Estudos onde se falou da humanização.

(MARIA DE FÁTIMA - entrevistada 9).

Esse conhecimento dos processos implementados na instituição acaba muito pulverizado e os trabalhadores mais recentes, de forma geral, ignoram o que acontece como as falas das entrevistadas mais novas, que estão há menos de dois anos inseridas na instituição.

²⁶ Este setor situa-se, ao lado da recepção do hospital, próximo ao setor de emergência,

Esse fato nos leva a questionar as possibilidades de criação dos vínculos necessários para a perenização da política de humanização nos espaços do SUS, tendo em vista que os novos processos de trabalho são marcados pela flexibilização, terceirização.

O processo de precarização do trabalho em saúde, marcado pela influência neoliberal, traz consequências negativas que desvalorizam o trabalhador criando tensões, desmotivações e adoecimentos. O estresse, de fundo emocional, impõe limites no engajamento do trabalhador com o trabalho, com a vida institucional e na relação de cuidado com o outro.

Processo de precarização que pode ser percebido concretamente através das contratações via concurso público feita pelo Governo do Estado, pois se caracterizam por vínculos frágeis, transitórios, descontinuados e porosos, que colocam em risco uma das bases de sustentação das diretrizes e princípios da política de humanização, a valorização do trabalho e do trabalhador da saúde.

Embora a política seja positiva, reorientando o foco na atenção e no cuidado, a precarização dos vínculos de trabalho coloca os sujeitos da ação do cuidado frente a instabilidades (carência de direitos e benefícios assegurados pelas legislações trabalhistas, como licença maternidade, férias anuais, décimo terceiro salário, aposentadoria e outros). A ameaça da possibilidade da falta destes direitos fragiliza os vínculos e se revelam como um entrave a consolidação da humanização e nos objetivos da reforma sanitária, que se potencializou a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde.

4.3 AMBIÊNCIA COMO MELHORIA DAS CONDIÇÕES DE TRABALHO?

Segundo o Ministério da Saúde (2004) a ambiência hospitalar compreende três eixos (i) o espaço que possibilita a reflexão da produção do sujeito e do processo de trabalho; (ii) o espaço que visa a confortabilidade (disposição dos móveis, cor, luz, temperatura, a área externa) focada na privacidade e individualidade dos sujeitos envolvidos, exaltando elementos do ambiente que interagem com o homem de maneira que garantam o conforto a trabalhadores, paciente e sua rede social e (iii) espaço como ferramenta facilitadora do processo de trabalho funcional favorecendo a otimização de

recursos e o atendimento humanizado, acolhedor e resolutivo. Ou seja, é o espaço físico, concreto, o espaço profissional constituído das relações interpessoais. Espaço que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva, o espaço social das práticas em saúde. O Ministério da Saúde entende que a ambiência deve ser usada como

Como instrumento construtor do espaço aspirado pelos profissionais de saúde e pelos usuários, e que se constitua de um ambiente que vai além da arquitetura normativa e projetada exclusivamente para comportar alta tecnologia. (...) Historicamente a assistência à saúde tem focado a atenção às doenças e aos procedimentos e tarefas e não nos objetivos comuns de trabalho. Além da organização do processo de trabalho em saúde ser a partir das profissões, valorizando o poder corporativo e estimulando a luta por territórios. Desta forma, o meio deve contribuir para repensar este processo, favorecendo a integralidade da assistência com a preocupação da atenção por avaliação de necessidades e níveis de complexidade. A arquitetura contribui ao projetar espaços que sejam contíguos ou salas multifuncionais ao invés de espaços subdivididos em saletas de usos específicos que consolidam “feudos” nos hospitais – a fragmentação do trabalho refletida na fragmentação do espaço.

(BRASIL, 2004b, p.13-14).

Estudos apontam que a atenção à saúde promove/institui o hospital como espaço do cuidado, do encontro de subjetividades entre profissionais e usuários. O hospital é o espaço coletivo do fazer em saúde, pois no entendimento de Mehry (2009) o trabalhador de saúde é um trabalhador coletivo, pois não há trabalhador de saúde sozinho, que dê conta de todas as necessidades de saúde – o cuidar do usuário.

A ambiência hospitalar passa nesse sentido a ser considerada um lugar, um espaço, que precisa ter identidade e ser um lugar relacional e histórico (AUGÉ, 2004), onde os vínculos de trabalho e de acolhimento sejam vistos como parte integrante deste território.

Cecílio (2006) entende que é na busca pela humanização destes espaços, qualidade e menores custos que começa a ser construído um novo lugar para o hospital dentro da atenção à saúde, com a produção de alternativas viáveis para uma série de procedimentos antes vistos como intra-hospitalares.

Para a coordenadora, “mexer no que já estava colocado [apenas uma porta de entrada] implantando um novo sistema [duas portas], no setor de acolhimento causaram certo desconforto entre os funcionários, mas após uma semana da implantação do novo sistema, a resposta já foi positiva”.

A humanização foi pra mim um projeto perfeito para as instituições de portas abertas, pois nos possibilitou dar um tratamento melhor, com mais respeito e dignidade ao paciente e seus familiares (MARIA LÚCIA - entrevistada 13).

O hospital trabalhava com uma ‘*porta de entrada*’ para a emergência. Hoje existe um setor de ‘acolhimento’, onde o usuário passa por um técnico de enfermagem que fará o primeiro acolhimento e a triagem pelo “risco”.

Para melhor entendimento devemos esclarecer que o Hospital Estadual Rocha Faria, é considerado a única unidade de saúde de ‘*porta aberta*’ na região. É um hospital geral de grande complexidade e com a paralização do Hospital Estadual Pedro II (Santa Cruz/RJ) em consequência de um incêndio, vem absorvendo grande parte dos seus usuários.

Trabalhar a humanização na Porta de Entrada de um hospital público de emergência vai além de cadeiras e painel de *led*, é ser interpelado por uma demanda material (a busca pela saúde) e uma demanda simbólica (a necessidade do amparo, da orientação, do encaminhamento certo). Não é possível a humanização do SUS através de um sorriso educado acompanhado de “não temos vaga, ou o senhor deve se encaminhar a UPA mais próxima de sua residência”, quando sabidamente não há médicos suficientes para atender a demanda de saúde da população.

Outro ponto abordado foi em relação à gestão participativa – a coordenação da secretaria de saúde que atualmente coordena a implantação da humanização no HERF aposta na criação de um colegiado dentro de cada área para levantamento de problemas e busca de soluções.

A co-gestão é um modo de administrar que inclui o pensar e o fazer coletivo, para que não haja excessos por parte dos diferentes corporativismos e também como uma forma de controlar o estado e o governo. É, portanto, uma diretriz ética e política que visa motivar e educar os trabalhadores (BRASIL, 2004c, p. 7).

Para o Ministério da Saúde, a questão ligada à gestão participativa é entendida como a co-responsabilidade dos trabalhadores da saúde, independente do cargo, em todo o processo de produzir saúde. Também entende que a participação dos trabalhadores do SUS ainda é bastante incipiente, devido ao excesso de burocracia do próprio sistema, que acaba afastando e dificultando uma maior participação de seus trabalhadores.

O modelo de gestão, que estamos propondo, é centrado no trabalho em equipe, na construção coletiva (planeja quem executa) e em colegiados que garantem que o poder seja de fato compartilhado, por meio de análises, decisões e avaliações construídas coletivamente (BRASIL, 2004c, p. 8).

Entende-se que a coordenação da humanização no HERF se refere ao que o Ministério da Saúde consagra como primordial para a mudança do sistema, um colegiado da Unidade de Produção. Esse colegiado seria composto por todos os membros da equipe ou por seus representantes, tendo como finalidade (i) elaborar o Projeto de Ação; (ii) que atue no processo de trabalho da unidade; (iii) que haja envolvimento responsável das equipes no acolhimento dos usuários; (iv) sugerindo, elaborando propostas e acompanhando os resultados.

Como criar um colegiado ética e politicamente comprometido num espaço hospitalar, onde um grande percentual de trabalhadores, não se sente legalmente pertencente aquele território? Com os vínculos de trabalho frágeis, beirando a precariedade? Onde a maioria de seus trabalhadores possui mais de um emprego para conseguir manter-se minimamente com dignidade?

4.4 A FRAGILIDADE DOS VÍNCULOS TRABALHISTAS PARA PERPETUAÇÃO DA HUMANIZAÇÃO

Com o decorrer do trabalho de campo foi possível compreender os receios em participar das entrevistas. Grande parte dos entrevistados são “contratados” sem vínculos de trabalho seja com o hospital seja com a instituição que promoveu o concurso, neste caso o Estado.

As falas remetem a uma situação de insegurança já que “se ficarem doentes, são demitidos, não tem férias ou qualquer benefício”, são contratados por um (1) ano para não caracterizar “vínculo empregatício”, podendo ter o contrato renovado por mais 01 ano.

Como podemos observar nas entrevistas, um grande percentual dos entrevistados foram contratados através de concurso da FESP – Fundação Escola de Serviço Público do Estado do Rio de Janeiro. A FESP-RJ foi instituída em 1976 e atualmente é órgão vinculado à Secretaria de Estado de Planejamento e Gestão (SEPLAG-RJ). Através da Lei Estadual nº 5420²⁷, passou a denominar-se Fundação Centro Estadual de Estatísticas, Pesquisas e Formação de Servidores Públicos do Rio de Janeiro – CEPERJ – que incorporou a Fundação Centro de Informação e Dados do Rio de Janeiro (CIDE) a Fundação Escola de Serviço Público (FESP-RJ), cuja missão é

Contribuir para a excelência da gestão pública e o desenvolvimento do Estado do Rio de Janeiro, por meio de geração e disseminação de conhecimento, ações de capacitação, qualificação, recrutamento e seleção de pessoas (BRASIL, CEPERJ)

Segundo apontado pela própria categoria, o Estado não realiza concurso público para o seu quadro efetivo desde 2001 e as contratações vem se dando por meio de

²⁷ **Art. 2º** As atividades da Fundação CEPERJ devem ser compatíveis com o resultado da junção das finalidades institucionais da Fundação CIDE e da FESP, conforme as consolidações estatutárias promovidas pelo Decreto nº 23.667, de 28 de outubro de 1997, e pelo Decreto nº 20.351, de 16 de agosto de 1994, respectivamente.

seleção pública por tempo determinado²⁸. A Lei 8.745 de 09 de Dezembro de 1993 dispõe sobre a contratação por tempo determinado para atender a necessidade temporária de excepcional interesse público. Em 2010 a redação dada pela Lei 12.314 em seu artigo 3º. – parágrafo 1º. Enseja que a contratação decorrente de calamidade pública, de emergência ambiental e de emergência em saúde pública prescindirá de processo seletivo e define em seu artigo 4º. que o prazo limite deverá ser de 2 anos.

Vieira (2005), ao considerar o trabalhador como sujeito protagonista da atenção indica a necessidade de reflexão sobre as condições e rumos da gestão do trabalho no SUS. Apesar da gestão do trabalho não fazer, de forma direta, parte de nosso objeto de pesquisa, a necessidade de aprofundamento nesta temática se desvelou no decorrer deste estudo como mais uma questão relevante de análise no universo do trabalho em saúde.

É necessário aproximar a ideia de humanização e da educação permanente no SUS do campo de preocupações da gestão do trabalho, pois é o espaço coerente de análise e luta que deve explicitar a forma que hegemonicamente define a realização do trabalho em saúde. A análise da precarização do trabalhador da saúde precisa permanecer na agenda e se relacionar com os desafios da gestão no âmbito da saúde pública.

Em seus estudos sobre a gestão do trabalho em saúde Vieira (2005), refere-se à Agenda Positiva desenvolvida pelo Departamento de Gestão do Trabalho na Saúde da SGTES/MS, onde a busca pela fixação de profissionais, resolução de disparidades salariais e o Programa de Desprecarização do Trabalho no SUS aparecem como prioridades. Segundo o Comitê Nacional Interinstitucional de Desprecarização do Trabalho nos SUS, aproximadamente 30% de seus trabalhadores encontra-se de alguma forma inserida em modalidades de relações precárias no setor público. A “agenda positiva” foi construída buscando atuar no que tange a valorização dos trabalhadores de saúde e do trabalho no SUS e a criação de uma identidade de trabalho entre os servidores das três esferas de governo.

O que não nos parece claro é se essa agenda compreende que todo trabalhador do SUS deve ser contemplado, haja vista que mesmo estando “solto” em se tratando de vínculo empregatício com o setor público, são trabalhadores, ajudando a construir o SUS e nesse caso a Política de Humanização.

²⁸ No último domingo, 27 de novembro de 2011, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro-Fundação Saúde, realizou concurso oferecendo 4554 vagas para a região sudeste, sendo 2161 vagas para o nível médio.

Apesar de serem ‘concursados’ os trabalhadores técnicos atualmente lotados no HERF sabem que não existe nenhum tipo de vínculo empregatício com nenhum órgão público que lhes dê estabilidade no emprego.

Sei que sou contratado e posso ficar desempregado a qualquer momento, pois o Estado não dá segurança de emprego aos contratados.

(JOSÉ MARIA - entrevistado 4).

Através das nossas leituras sobre a Educação Permanente em Saúde e a Humanização do SUS, colocamos em questão este sujeito ambíguo, multifacetado, sujeito ora transformador das práticas de saúde, ora *sujeito-sujeitado* das precárias condições de trabalho que muitas vezes são impostas e “aceitas”, levadas pela necessidade de sobrevivência.

O quadro abaixo descrito nos aponta que o discurso de que “estamos formando para o SUS” é um paradoxo, uma falácia política, quando se analisa a fala dos trabalhadores e o número de trabalhadores com vínculos temporários na instituição.

Se não houver concurso para a área da saúde com vínculos duradouros de trabalho com o Estado e uma formação voltada para a informação sobre as não tão novas diretrizes do SUS, nada nos garante que a PNH se fortalecerá com os vínculos necessários para a sua perpetuação.

4.5 QUADRO DEMONSTRATIVO DO VÍNCULO EMPREGATÍCIO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE ENFERMAGEM DO HOSPITAL ESTADUAL ROCHA FARIA

TIPO DE VINCULO EMPREGATICIO NA ÁREA DE ENFERMAGEM DO HERF				
VÍNCULOS	CARGOS			TOTAL (Vínculo)
	ENF.	TÉC.ENF.	AUX.ENF	
ESTATUTÁRIO	107	171	338	616

TEMPORÁRIO	142	523	-	665
COOPERATIVADO	12	47	03	062
TOTAL (por posto)	261	741	341	
Trabalhadores na enfermagem				1343

Dados fornecidos pela Coordenadoria de Enfermagem através da Escala de Plantão dos trabalhadores da enfermagem para o mês de Maio de 2011

Observa-se que dos 1.343 funcionários lotados na área de enfermagem do hospital Rocha Faria 727 (54%) detém algum tipo de vínculo temporário com a instituição. Dos 741 técnicos de enfermagem 76% (523) estão nas categorias temporários ou cooperativados.

Outra observação pertinente é a de que 99% dos auxiliares de enfermagem são estatutários, ou seja, são antigos trabalhadores que não fizeram o curso técnico em enfermagem ou apesar da formação de técnicos, fizeram concurso no passado, para auxiliar de enfermagem, categoria que atualmente está sendo extinta da área de saúde.

4.6 EDUCAÇÃO PERMANENTE; HUMANIZAÇÃO: TEMAS TÃO PRÓXIMOS E TÃO DISTANTES DOS TRABALHADORES

Diante das falas dos entrevistados pode-se claramente perceber a importância da formação destes trabalhadores para a humanização ser ancorada na educação permanente em saúde, entendida como alternativa da gestão do trabalho no sistema para a transformação das práticas.

Considera-se a necessidade de fortalecer as possibilidades de sua contribuição na ampliação da dimensão ética e política para além da informação técnico-científica. Onde se entende que mais do que atualizar conhecimentos sobre o saber prático, o trabalhador precisa conhecer e entender os reais objetivos da PNH.

Pela fala dos entrevistados, pudemos observar que suas experiências de educação permanente em saúde se deram especificamente nos estudos voltados para suas práticas, com pouca ou nenhuma abordagem para a política de humanização nos espaços do SUS.

Fiz curso de curativo, a gente precisa se atualizar (..) [quando questionado sobre a humanização] vi um movimento no hospital.

(JOSÉ MARIA – entrevistado 04)

Conheci através de uma formação dada ao pessoal da maternidade, acho a política muito bonita no papel.

(MARIA CARLA – entrevistada 10).

Como foi comentado anteriormente, havia muita desconfiança por parte dos trabalhadores que se relacionava com uma possível repercussão da entrevista na manutenção de seus empregos, tendo em vista a temporalidade dos vínculos de trabalho já mencionados. Só mais tarde, analisando algumas gravações é que se percebeu a dúvida/hesitação no timbre das vozes, em se dizer que se desconhecia assunto humanização ou educação continuada/permanente.

Sim, já ouvi falar por alto sobre a humanização, mas não entendi o que era.

(MARIA – entrevistada 01)

Não, diretamente.

(MARIA CARMEM – entrevistada 03)

Vi um movimento no hospital.

(JOSÉ MARIA – entrevistado 04)

Nunca ouvi falar em Política de Humanização, nem no meu curso técnico.

(MARIA CLÁUDIA – entrevistada 08)

Percebe-se na fala da maioria dos entrevistados, quando questionados sobre o seu entendimento sobre a Política de Humanização do SUS, uma quase perplexidade sobre o óbvio, pois entendem que já fazem humanização, desde a escolha pela profissão.

Todos os entrevistados em suas falas partem do conhecimento prévio de que humanizar é tratar o outro com humanidade.

Gosto de cuidar de outras pessoas. Tinha idéia de dar carinho e cuidados para quem precisa [ao falar de sua escolha profissional].

(MARIA DOLORES - Entrevistada 5).

Poucos sequer se percebem desumanizados enquanto trabalhadoras e trabalhadores em suas práticas e no próprio processo de trabalho, ou se questionam como fazer humanização sem leito ou material hospitalar.

Nestas falas podemos perceber claramente o que nos apontam Pinheiro (2009) e Pires (2006) no capítulo 1.3 ao reforçarem a centralidade do cuidado para a enfermagem quando ressalta que é a enfermagem, como profissão, que estrutura o agir da categoria.

A criação de laços trabalhador-serviço-usuário, almejada tanto pela PNH quanto pela PNEPS, precisa ser compreendida como construção social, balizada na reflexão crítica sobre o trabalho em saúde. Essa construção precisa ser ainda muito debatida para se aprofundar a questão da melhoria da qualidade do desempenho profissional percebida como central para viabilizar não só a Humanização, como qualquer outra política no interior do SUS.

Esta discussão torna-se relevante no debate sobre os limites e possibilidades para a construção de uma nova práxis no/para o SUS, conforme apontado no tópico 1.2. Reforça-se a necessidade de seguir propondo a reflexão sobre se aglutinar ensino-aprendizagem, as relações da organização da gestão setorial e a estruturação do cuidado na formação de trabalhadores comprometidos. Para que haja comprometimento há de se também desenvolver o sentimento de pertencimento, pois é este espírito de pertencimento com algo ou com alguém que gera o comprometimento ético.

Outro mote de discussão sobre a humanização destaca a necessidade de ações concretas de melhorias no espaço físico das instituições de saúde (aumento do número de leitos e de médicos, por exemplo) que estão fora do agir do trabalhador individual.

Entendemos que mesmo com a instabilidade dos vínculos de trabalho em saúde a Humanização do SUS é uma política possível e necessária, mas que depende mais de estrutura física e material do que de pessoal.

4.7 - EXPECTATIVAS, PERSPECTIVAS

É possível nos aproximarmos do que se passa na construção de vínculo entre o trabalhador e seu trabalho quando procuramos saber sobre o futuro e perguntamos aos trabalhadores acerca de suas expectativas profissionais. Ao serem questionados sobre o futuro retomam a idéia de um presente sem direitos, de um cotidiano cerceado, desumano que nos chama atenção e nos convoca para a ainda imprecisão do conceito de humanização como afirma Passos, (2005). Segundo o autor:

Para ganhar a força necessária que dê direção a um processo de mudança que possa responder a justos anseios dos usuários e trabalhadores da saúde, a humanização impõe o enfrentamento de dois desafios: conceitual e metodológico (PASSOS, 2005, p. 390).

Alguns trabalhadores entendem mesmo de maneira instintiva, sem uma reflexão conceitual, que a humanização não depende apenas de suas ações. Esperam uma mudança de atitude também por parte dos governantes, como se nota na fala de Maria Cláudia e Maria Helena, técnicas de enfermagem. Essas entrevistadas refletem o anseio daqueles que estão como elas: com um vínculo de trabalho frágil e que pode se romper ao qualquer momento.

Se veja (o governo) a enfermagem como gente que cuida de gente, com mais respeito, pois somos a maioria [no hospital] e quem verdadeiramente coloca a mão na massa (MARIA CLÁUDIA - Entrevistada 8).

A enfermagem chegará onde imagino. Os robôs poderão dar calor e afeto [referindo-se a tecnologia]. Pode segurar as mãos, mas o olhar será frio (MARIA HELENA - Entrevistada 2).

Anseio também percebido na fala das auxiliares de enfermagem, Maria de Fátima e Maria Dolores, que mesmo sendo estatutárias, “amparadas, por serem servidoras públicas”, sem o risco de serem demitidas, entendem que não se faz humanização apenas com boa vontade.

Como fazer um trabalho humanizado com 30 partos num plantão? [...] Com um número reduzido de pessoal, fica difícil dar atenção a todas as mulheres que chegam, principalmente quando é o primeiro filho. [...] Nas Casas de Parto, eu vi a humanização acontecendo.

(MARIA DE FÁTIMA - Entrevistada 9).

Queria que esta humanização falada fosse realmente levada a sério e colocada em prática.

(MARIA DOLORES – entrevistada 5)

Passos (2005) nos ajuda a colocar na mesa de discussão este conceito de humanização redefinindo e ampliando seu sentido, pois o que se busca não é o paradoxo de humanizar o humano, os atores do processo da atenção e do cuidado, mas direcionar, centralizar as estratégias de interferência e mediação nas práticas de saúde para o ser-humano. Considera-se que os sujeitos sociais, quando mobilizados e respeitados na sua essência de ser-sujeito, são capazes de transformar realidades.

Vieira (2005) entende que o ponto de partida de uma política de qualificação do SUS é a da percepção de que o trabalho seja colocado como conceito central tanto na formulação da macro quanto da micro políticas. Nesse sentido, esses projetos de transformação das práticas precisam estar ancorados numa perspectiva crítica de organização do sistema, para que se evitem tantos novos projetos criados e recriados quase que cotidianamente, mas pulverizados já que desvinculados da construção de uma proposta orgânica para o trabalho e a educação no SUS .

Nossa análise acerca das possibilidades da Educação Permanente em Saúde e da Humanização do SUS exige que se coloque o trabalhador como centro da questão. O trabalho de campo possibilitou que compreendêssemos este trabalhador como sujeito ambíguo, multifacetado, sujeito ora transformador das práticas de saúde,

ora *sujeito-sujeitado* das precárias condições de trabalho que muitas vezes são impostas e “aceitas”, levadas pela necessidade de sobrevivência.

Diante das falas dos entrevistados pode-se claramente perceber a importância da formação destes trabalhadores para a humanização ser ancorado pela EPS, considerando as suas expectativas na contribuição na ampliação da dimensão ética e política para além da informação técnico-científica. Onde se entende que mais do que atualizar conhecimentos sobre o saber prático, o trabalhador precisa conhecer e entender os reais objetivos da PNH.

A flexibilização das relações trabalhistas antes vista no espaço da indústria, chegou ao território da saúde e na saúde pública esta flexibilização nos vínculos empregatícios pode se tornar um impedimento para a fidelização da cultura da humanização nos territórios do SUS. No caso desta dissertação, muitos entrevistados provavelmente já estarão desempregados ao término deste trabalho acadêmico e dessa forma até o momento, não temos nada que nos garanta que “estamos formando para o SUS”, como acredita a coordenadora da SES no HERF.

Se levarmos em consideração que ao término do contrato de trabalho vigente os trabalhadores não tem garantido que seu próximo emprego será numa instituição pública.

Não se faz política de humanização em saúde utilizando apenas as tecnologias leves – as relacionais, por meio das quais se produz o cuidado: escuta; vínculo; responsabilização e comprometimento. São necessárias ações integradas que visem a requalificação dos hospitais públicos e a mudança no padrão de assistência ao usuário na rede de saúde pública, como preconiza a PNH.

Nessa dissertação buscou-se compreender como o trabalhador da saúde percebe as propostas relacionadas a humanização do SUS. O projeto de estudo que possibilitou a realização dessa dissertação foi inicialmente elaborado tendo a intenção de analisar a relação entre as políticas de Humanização e de Educação Permanente em Saúde. Esse projeto, originalmente mais associado ao campo da formulação de políticas públicas, foi adquirindo contornos mais próximos do campo do trabalho e da educação na saúde.

Nesse percurso de recorte do objeto, foi crucial conhecer o universo hospitalar e buscar responder a algumas questões até então desconhecidas: quem são estes trabalhadores? O que estes trabalhadores conhecem sobre a Política de Humanização? Para eles, o que é cuidar em saúde? O que significa afinal, humanizar para o trabalhador

da saúde? Como pensar a humanização em um hospital de emergência de portas abertas? Qual a sua dinâmica e complexidade?

Pudemos perceber dentre os trabalhadores entrevistados que poucos legitimamente conhecem a PNH e suas diretrizes, para eles a humanização está intimamente ligada ao cuidado com outro, mesmo que isso não esteja dito de forma clara, ao descreverem suas sensações com o trabalho em saúde, apontam a dimensão do cuidado como desvelo pelo outro.

Para isso, foi necessário acompanhar o trabalho onde o trabalho acontece - procurar conhecer o trabalhador técnico da enfermagem, compreender essa prática profissional, sua atuação nos diferentes espaços que compõem o universo hospitalar. Aprofundar a análise sobre esses aspectos foi fundamental para compreender o processo humanização-cuidado em saúde.

Também foi preciso identificar o conceito de trabalho como central, perceber as transformações no mundo do trabalho provocadas pelo capitalismo contemporâneo assim como a reestruturação produtiva e a constante necessidade de aumento da produtividade e suas repercussões no trabalho em saúde, hoje terceirizado, cooperativado, temporário, informal, subcontratado. Nesse contexto rompem-se os vínculos relacionais entre trabalho-trabalhador?

Essa ida ao cerne da relação trabalho/trabalhador na saúde destaca sua complexidade. Os sujeitos se ligam ao seu trabalho, não apenas por vínculos materiais, mas, sobretudo por vínculos afetivos e são esses vínculos não-materiais, simbólicos que viabilizam a interação entre profissionais e os usuários dos serviços, que delimitam as possibilidades do cuidado, da cooperação e da solidariedade. Nesse sentido, em que medida o desafio, preconizado na Política Nacional de Humanização, de provocar mudanças nos modelos de atenção e gestão pode se transformar num projeto possível, tendo em vista a fragilidade dos vínculos empregatícios que atinge a maioria dos trabalhadores da rede SUS.

A partir do trabalho de campo percebeu-se que os vínculos relacionais se fragilizam diante da flexibilização do trabalho que evita que os sujeitos consigam construir para si um projeto de vida, que os tornem capazes de escrever a própria história.

São estes trabalhadores, de nível médio da enfermagem, que majoritariamente assumem as ações do cuidado em saúde. No entanto, é preciso chamar atenção para as

condições que circundam esse processo: a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; a precária interação entre as equipes e o seu despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; o baixo investimento na qualificação destes trabalhadores quanto à gestão participativa e o trabalho em equipe; e os poucos dispositivos de fomento à co-participação e a valorização e suas relações sociais no trabalho fazem com que a humanização deixe de ser um projeto possível.

Um dos pilares da política de humanização do SUS é a mudança na cultura de atendimento de saúde no Brasil que deve propor um conjunto de ações integradas, mudando tanto o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos como e não menos importante, mudando o padrão das relações e condições de trabalho no SUS. Assim, humanizar em saúde extrapola um entendimento do cuidado apenas através das tecnologias leves, relacionais, a escuta para criação de vínculo e comprometimento.

No caso desse estudo é possível afirmar que trabalhar a humanização na Porta de Entrada de um hospital público de emergência vai além de mais cadeiras e painéis de *led*. É trabalhar de forma associada as demandas de ordem material e simbólica. Tais demandas não são atendidas através de um sorriso educado, mas acompanhado de “não temos vaga, ou o senhor deve se encaminhar a UPA mais próxima de sua residência”, quando se sabe que não há médicos suficientes nem trabalhadores disponíveis para atender a demanda de saúde da população.

Diante do exposto outras questões são suscitadas: Quais os limites e possibilidades da humanização do SUS e da educação permanente em saúde na transformação da prática profissional? Como alcançá-las se nos espaços de saúde de uma maneira geral faltam profissionais, materiais, medicamentos e leitos; se o trabalho é, em grande parte, precarizado, com vínculos empregatícios frágeis, trabalhadores terceirizados, múltiplos empregos, baixos salários, jornadas de trabalho intensas que dificultam a construção de vínculos com o serviço.

Em que medida, a humanização do SUS e a Educação Permanente em Saúde repercutem na resolução de problemas importantes do sistema de saúde, relacionados especialmente na relação do trabalhador com seu trabalho?

Entendemos que são políticas construídas no mesmo período e de certa forma “afinadas” em seus objetivos, ou seja, políticas que deveriam dar sustentação uma à outra, buscando na troca e na construção de saberes o diálogo entre os profissionais.

As políticas de humanização do SUS e de educação permanente em saúde não podem ser vista como uma tábua salvadora para o sistema de saúde, colocando sobre os ombros do trabalhador a árdua tarefa de melhorar qualidade de atendimento aos usuários. Deve-se considerar que não se produz cuidado apenas com cortesia no atendimento, existe a necessidade de estrutura física para que o cuidado em saúde aconteça.

A Humanização e a Educação Permanente em Saúde poderiam ser consideradas como uma estratégia para gestão concomitante ao trabalho, ferramentas de transformação a serem construídas numa realidade social concreta, permeando o debate sobre a formação do trabalhador em serviço.

Dessa forma entendemos que é na construção concreta de políticas públicas de saúde que tanto a humanização como a educação permanente devem resultar em alterações nas práticas cotidianas dos serviços de saúde, na melhoria da qualidade de vida dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de saúde.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nem tudo é fácil na vida...
Mas, com certeza, nada é impossível
Precisamos acreditar,
ter fé e lutar para que não apenas sonhemos,
Mas também tornemos todos esses desejos, realidade
(Cecília Meireles)

Nessa dissertação buscou-se compreender como o trabalhador da saúde percebe as propostas relacionadas a humanização do SUS. O projeto de estudo que possibilitou a realização dessa dissertação foi inicialmente elaborado tendo a intenção de analisar a

relação entre as políticas de Humanização e de Educação Permanente em Saúde. Esse projeto, originalmente mais associado ao campo da formulação de políticas públicas, foi adquirindo contornos mais próximos do campo do trabalho e da educação na saúde.

Nesse percurso de recorte do objeto, foi crucial conhecer o universo hospitalar e buscar responder a algumas questões até então desconhecidas: quem são estes trabalhadores? O que estes trabalhadores conhecem sobre a Política de Humanização? Para eles, o que é cuidar em saúde? O que significa afinal, humanizar para o trabalhador da saúde? Como pensar a humanização em um hospital de emergência de portas abertas? Qual a sua dinâmica e complexidade?

Para isso, foi necessário acompanhar o trabalho onde o trabalho acontece, procurar conhecer o trabalhador técnico da enfermagem, compreender essa prática profissional, sua atuação nos diferentes espaços que compõem o universo hospitalar. Aprofundar a análise sobre esses aspectos foi fundamental para compreender o processo humanização-cuidado em saúde.

Também foi preciso identificar o conceito de trabalho como central, perceber as transformações no mundo do trabalho provocadas pelo capitalismo contemporâneo assim como a reestruturação produtiva e a constante necessidade de aumento da produtividade e suas repercussões no trabalho em saúde, hoje terceirizado, cooperativado, temporário, informal, subcontratado. Nesse contexto rompem-se os vínculos relacionais entre trabalho-trabalhador?

Essa ida ao cerne da relação trabalho/trabalhador na saúde destaca sua complexidade. Os sujeitos se ligam ao seu trabalho, não apenas por vínculos materiais, mas, sobretudo por vínculos afetivos e são esses vínculos não-materiais, simbólicos que viabilizam a interação entre profissionais e os usuários dos serviços, que delimitam as possibilidades do cuidado, da cooperação e da solidariedade. Nesse sentido, em que medida o desafio, preconizados na Política Nacional de Humanização, de provocar mudanças nos modelos de atenção e gestão pode se transformar num projeto possível, tendo em vista a fragilidade dos vínculos empregatícios que atinge a maioria dos trabalhadores da rede SUS.

A partir do trabalho de campo percebeu-se que os vínculos relacionais se fragilizam diante da flexibilização do trabalho que evita que os sujeitos consigam construir para si um projeto de vida, que os tornem capazes de escrever a própria história.

São estes trabalhadores, de nível médio da enfermagem, que majoritariamente assumem as ações do cuidado em saúde. No entanto, é preciso chamar atenção para as condições que circundam esse processo: a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; a precária interação entre as equipes e o seu despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção; o baixo investimento na qualificação destes trabalhadores quanto à gestão participativa e o trabalho em equipe; e os poucos dispositivos de fomento à co-participação e a valorização e suas relações sociais no trabalho fazem com que a humanização deixe de ser um projeto possível.

Um dos pilares da política de humanização do SUS é a mudança na cultura de atendimento de saúde no Brasil que deve propor um conjunto de ações integradas, mudando tanto o padrão de assistência ao usuário nos hospitais públicos como e não menos importante, mudando o padrão das relações e condições de trabalho no SUS. Assim, humanizar em saúde extrapola um entendimento do cuidado apenas através das tecnologias leves, relacionais, a escuta para criação de vínculo e comprometimento.

No caso desse estudo é possível afirmar que trabalhar a humanização na Porta de Entrada de um hospital público de emergência vai além de mais cadeiras e painéis de *led*. É trabalhar de forma associada as demandas de ordem material e simbólica. Tais demandas não são atendidas através de um sorriso educado, mas acompanhado de “não temos vaga, ou o senhor deve se encaminhar a UPA mais próxima de sua residência”, quando se sabe que não há médicos suficientes nem trabalhadores disponíveis para atender a demanda de saúde da população.

Diante do exposto outras questões são suscitadas: Quais os limites e possibilidades da humanização do SUS e da educação permanente em saúde na transformação da prática profissional? Como alcançá-las se nos espaços de saúde de uma maneira geral faltam profissionais, materiais, medicamentos e leitos; se o trabalho é, em grande parte, precarizado, com vínculos empregatícios frágeis, trabalhadores terceirizados, múltiplos empregos, baixos salários, jornadas de trabalho intensas que dificultam a construção de vínculos com o serviço.

Em que medida, a humanização do SUS e a Educação Permanente em Saúde repercutem na resolução de problemas importantes do sistema de saúde, relacionados especialmente na relação do trabalhador com seu trabalho?

Entendemos que são políticas construídas no mesmo período e de certa forma “afinadas” em seus objetivos, ou seja, políticas que deveriam dar sustentação uma à outra, buscando na troca e na construção de saberes o diálogo entre os profissionais.

As políticas de humanização do SUS e de educação permanente em saúde não podem ser vista como uma tábua salvadora para o sistema de saúde, colocando sobre os ombros do trabalhador a árdua tarefa de melhorar qualidade de atendimento aos usuários. Deve-se considerar que não se produz cuidado apenas com cortesia no atendimento, existe a necessidade de estrutura física para que o cuidado em saúde aconteça.

A Humanização e a Educação Permanente em Saúde poderiam ser consideradas como uma estratégia para gestão concomitante ao trabalho, ferramentas de transformação a serem construídas numa realidade social concreta, permeando o debate sobre a formação do trabalhador em serviço.

Dessa forma entendemos que é na construção concreta de políticas públicas de saúde que tanto a humanização como a educação permanente devem resultar em alterações nas práticas cotidianas dos serviços de saúde, na melhoria da qualidade de vida dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

ANTUNES, Ricardo. **A dialética do Trabalho**: escritos de Marx e Engels. 1. ed. São Paulo: Editora Expressão Popular, 2004.

ANTUNES, Ricardo. A nova morfologia do trabalho, suas principais metamorfoses e significados: um balanço preliminar. In: GUIMARÃES, Catia; BRASIL, Isabel; MOROSONI, Márcia Valéria (Org.). **Trabalho, educação e saúde: 25 anos de formação politécnica no SUS.** Rio de Janeiro: EPSJV, 2010. p. 11-28.

AUGÉ, Marc. **Não-lugares, Introdução a uma antropologia da supermodernidade.** Tradução de Maria Lúcia Pereira. Campinas: Papiрус, 2004.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Farias. **O Direito à Saúde no Brasil**: sobre como chegamos ao sistema único de saúde e o que esperamos dele. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de Apoio em Políticas de Saúde.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

BAPTISTA, Tatiana Wargas de Farias. **Políticas de saúde no pós-constituente**: um estudo da política implementada a partir da produção normativa dos poderes executivos e legislativos no Brasil, 2003. Tese de Doutorado. Rio de Janeiro: IMS / UERJ.

BAUMAN, Zygmunt. **Modernidade líquida.** Rio de Janeiro: Zahar, 2001.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília: Senado Federal, 1988.

BRASIL. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010.** Disponível em: <<http://censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso: 1 ago. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: ambiência. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 23p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04_1163_FL.pdf>. Acesso em: 12 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: gestão participativa: co-gestão. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 15p. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/impresos/folheto/04_1164_FL.pdf>. Acesso em: 12 set. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política nacional de educação Permanente em saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2009. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Série Pactos pela Saúde 2006, v. 9).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. **Pacto de gestão: garantindo saúde para todos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. **Um método para a análise e Co-gestão de Coletivos**. SP: Editora Hucitec, 2000.

CAMPOS, Claudinei José Gomes. Método de análise de conteúdo: ferramenta para a análise de dados qualitativos no campo da saúde. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 57, Set. / Out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000500019&script=sci_arttext>. Acesso em: 12 maio 2011.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social: uma crônica do salário**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998.

CECCIM, Ricardo B.; FEUERWERKER, Laura C.M. O Quadrilátero da Formação para a área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **Physis: revista da saúde coletiva**, Rio de Janeiro, 2004.

CECCIM, Ricardo Burg. FERLA, Alcindo Antonio. Educação Permanente em Saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org). **Dicionário de educação profissional em saúde**. Rio de Janeiro: Observatório dos Técnicos em Saúde, 2006.

CIAVATTA, Maria. **Mediações Históricas de Trabalho e Educação Gênese e disputas na formação dos trabalhadores: Rio de Janeiro, 1930 – 60**. Rio de Janeiro: Lamparina, 2009.

DELUIZ, Neise. **Formação do trabalhador: produtividade e cidadania**. Rio de Janeiro: Shape, 1998.

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE. **Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da área de Enfermagem**. n. 7, Brasília, Ministério da Saúde, 2003.

DURÃO, Anna Violeta R. Educação Permanente em Saúde: Direcionamentos e Controvérsias. In: **Estudos de politecnica em saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

FRAGA, Paulo Denisar. O Trabalho continua vivo, entrevista com Sérgio Lessa. (Unijui). **Revista Espaço Acadêmico**, n. 52, set. 2005. Disponível em: <<http://www.espacoacademico.com.br/052/52fraga.htm>>. Acesso em: 12 maio 2011.

FRIGOTTO, Gaudêncio. A polissemia da categoria trabalho e a batalha das ideias nas sociedades de classe. **Rev. Bras. Educ.**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 40, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-24782009000100014&lng=pt&nrm=iso>. acesso em: 1 ago. 2011.

FRÓES, José N. de Souza; GELABERT, Odaléa R. Enseñat. **Rumo ao Campo Grande**: por trilhas e caminhos. 2. ed. Rio de Janeiro: editora, 2004.

HARVEY, D. **Condição Pós-Moderna**. 6. ed. São Paulo: Loyola, 1996.

HAUSMANN, Mônica; PEDUZZI, Marina. Articulações entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. **Texto e contexto enfermagem**, Florianópolis, v.18, n.2, p. 258-65, abr./ Jun. 2009

LIMA, Júlio Cesar França; NEVES, Lúcia M.W; PRONKO, Marcela A. Trabalho Complexo. In: **Dicionário da Educação Profissional em Saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: EPSJV, 2009.

MATTA, G.C.A. Construção da Integralidade nas estratégias de atenção básica em saúde. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org). **Estudos de Politecnia e Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, Fiocruz, 2006.

MERHY, Emerson Elias. **Engravitando Palavras**: o caso da integralidade. In: Op.Cit.

MERHY, Emerson Elias. **Saúde**: cartografia do trabalho Vivo. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MERHY, Emerson Elias. **Trabalho em Saúde**. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org). Dicionário da Educação Profissional em Saúde. 2. ed. Escola Politécnica em Saúde Joaquin Venâncio, Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em Saúde. São Paulo: Editora Hucitec, 2004.

BRASIL. **A humanização como política transversal na rede de atenção e gestão em saúde**: novo movimento da Política Nacional de Humanização. Projeto – PNH / 2005-2006. Brasília, nov. 2005.

BRASIL. **Política nacional de humanização** (PNH). Documento base para gestores e trabalhadores do SUS, 2004a.

BRASIL. Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio. Estação de Trabalho Observatório dos Técnicos de Saúde (Org). **Trabalhadores técnicos em saúde**: formação profissional e mercado de trabalho. Relatório final. Coordenado por Renata Reis. Rio de Janeiro, 2003.

OLIVEIRA. Rafael da Silva. Do espaço fechado ao espaço coletivo: O balé do lugar em meio à territorialidade da prostituição dos travestis na área central de Nova Iguaçu, RJ In: RIBEIRO, Miguel Ângelo.(org). **Território e prostituição na metrópole carioca**. 1. ed. Rio de Janeiro: Ed. Ecomuseu Fluminense, 2002.

PASSOS, Eduardo; BENEVIDES, Regina. **Formação de Apoiadores para a política Nacional de Humanização e Gestão e da Atenção à Saúde**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

PEREIRA, Isabel Brasil. Políticas de Saúde e Formação do Trabalhador. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org.). **Textos de Apoio Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2005.

PINHEIRO, Roseni; CECCIM, Ricardo Burg. Experienciação, formação, cuidado e conhecimento em saúde: articulando concepções, percepções e sensações para efetivar o ensino da integralidade. In: **Ensinar saúde: a integralidade e o SUS nos cursos de graduação na área de saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; CEPESC; Abrasco. 2006.

PIERANTONI, Célia Regina. **As reformas do estado, da saúde e recursos humanos: limites e possibilidades**. 2000. 230p. Tese (Doutorado em saúde coletiva)- Instituto de Medicina Social da UERJ, Rio de Janeiro, 2000.

PIRES, Denise. A Enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho. **Revista Brasileira de Enfermagem - REBEn**, Brasília, v.62, n. 5, p. 739-44, set./out. 2009.

RAMOS, Marise N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?**. São Paulo: Cortez, 2001.

RAMOS, Marise N. Conceitos Básicos sobre o Trabalho. In: FONSECA, Angélica Ferreira; STAUFFER, Anakeila de Barros. **O Processo Histórico do Trabalho em Saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

RAMOS, Marise N. Integralidade na Atenção e na Formação dos Sujeitos. Desafios para a Educação Profissional em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Org). **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2005.

RAFFESTIN, Claude. **Por uma geografia do poder**. São Paulo: Ática, 1993.

REIS, Fátima. **Terceirização nos serviços públicos brasileiros**. 2011. Disponível em: <portalctb.org.br/site/.../85-terceirizacao-no-servico-publico-brasileiro>. Acesso em: 21 nov. 2011.

RIBEIRO, Edilza Maria; PIRES, Denise; BLANK, Vera Lúcia. A teorização sobre o processo de trabalho em saúde como instrumental para análise do trabalho no Programa Saúde da Família. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, mar./abr., 2004.

RIBEIRO, Eliana Cláudia de Otero; MOTTA, José Inácio Jardim. A educação Continuada permanente no contexto das políticas de recursos humanos. In: **Educação Permanente como Estratégia na Reorganização dos Serviços de Saúde**. Universidade Federal da Bahia. Instituto de Saúde Coletiva. Secretaria Executiva da Rede Ida-Brasil.

SAVIANI, Dermeval. Trabalho e Educação; Fundamentos Ontológicos e Históricos. **Revista Brasileira de Educação**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 34, 2007.

SILVA, Ana Lúcia Abrahão. O Hospital e o Sistema único de Saúde: a gestão hospitalar na perspectiva da micropolítica. In: ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE JOAQUIM VENÂNCIO (Org). **Textos de Apoio em Políticas de Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. Fiocruz, 2005.

TARTUCE, G.L.P. **O que há de novo no debate da “qualificação do trabalho?** Reflexões sobre o conceito com base nas obras de Georges Friedmann e Pierre Naville. Dissertação (Mestrado em Sociologia) – Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas. Universidade de São Paulo, 2002. 221p.

VIEIRA, Aleivan Nunes et al. A Formação Clínica e a Produção do Cuidado em Saúde e na Enfermagem. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 9 n. 1, p. 9-24, mar./jun. 2011.

VIEIRA, Monica. **Trabalho e Qualificação no SUS e a construção dos modos de ser trabalhador nas organizações públicas de saúde**. Tese (doutorado em Saúde Coletiva). Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2005.

ANEXO 1 - ESBOÇO DOS ROTEIROS DOS QUESTIONÁRIOS E ENTREVISTAS

Questionário - Trabalhadores:

1. Qual a sua formação profissional?
2. Qual o seu tempo de atuação na enfermagem?
3. Qual seu setor de atuação nesta instituição?
4. Qual o seu tipo de vínculo empregatício com esta instituição?
5. Você trabalha em outras instituições. Privada ou Pública?
6. Conte sua trajetória profissional? Como e porque foi trabalhar na enfermagem?
7. Quais as suas expectativas com relação à profissão escolhida?

Entrevista - Trabalhadores:

1. Você já ouviu falar em Educação Permanente em Saúde? O que você entende do assunto?
2. E sobre Humanização do SUS? O que você conhece sobre o assunto?
3. Você já participou de algum curso oferecido pelo hospital? Quem organizou? Como foi este processo?
4. Em caso positivo: Qual ou quais foram os temas abordados? Sentiu falta de algum conteúdo?
5. Em caso negativo? Porque não participou?
6. A seu ver houve alguma melhoria no seu trabalho a partir da implantação da Humanização ou da Educação Permanente nesta instituição? Fale um pouco sobre isso.