

MINISTÉRIO DA SAÚDE
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO
CURSO DE INFORMAÇÃO CIENTÍFICA E TECNOLOGIA EM SAÚDE
PARCERIA GHC / FIOCRUZ

**Como estamos cuidando de quem cuida?
Representação Social da Integralidade na Equipe de Atenção à
Saúde do Trabalhador do
Grupo Hospitalar Conceição**

Autora: TATIANE MOREIRA DE VARGAS ¹

Orientadora: Ananyr Porto Fajardo ²

Projeto de Pesquisa que será apresentado para fins de elaboração do Trabalho de Conclusão do Curso de Informação Científica e Tecnológica em Saúde – ICTS, parceria GHC e FIOCRUZ.

Porto Alegre, novembro de 2006

¹ Assistente Social, funcionária do Serviço de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição, Unidade de Saúde Santíssima Trindade.

² Odontóloga, Mestre em Odontologia pela UFRGS, Doutoranda em Educação pela UFRGS, funcionária da Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição.

LISTA DE ABREVIATURAS

SUS – Sistema Único de Saúde

GHC – Grupo Hospitalar Conceição

HNSC – Hospital Nossa Senhora da Conceição

HCC – Hospital Criança Conceição

HCR – Hospital Cristo Redentor

HF – Hospital Fêmeina

CRST – Centro de Resultados Saúde do Trabalhador

UPTSF - Unidade Profilática e Terapêutica de Saúde dos Funcionários

SISO - Serviço Integrado de Saúde Ocupacional

SESMET - Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho

CREAME - Centro de Resultado de Atendimento Médico ao Empregado

CLT – Consolidação das Leis Trabalhistas

SUMÁRIO

1. Introdução.....	04
2. Justificativa.....	12
3. Objetivos.....	15
4. Percorso metodológico.....	16
5. Procedimentos éticos.....	20
6. Divulgação.....	21
7. Cronograma.....	22
8. Orçamento.....	23
9. Referências.....	24
10. Anexos.....	27

1. INTRODUÇÃO

Desde setembro de 2003, o Grupo Hospitalar Conceição (GHC) caracteriza-se, conforme o site www.ghc.com.br, por atender uma clientela oriunda exclusivamente do Sistema Único de Saúde (SUS), não atendendo pacientes de nenhum convênio e buscando garantir o acesso a uma atenção em saúde pública que atenda as reais necessidades da maioria da população. O Grupo é formado pelos Hospitais Nossa Senhora da Conceição (HNSC), da Criança Conceição (HCC), Cristo Redentor (HCR) e Fêmeina (HF), além de doze unidades que compõem o Serviço de Saúde Comunitária. Para efetivar os serviços prestados, as quatro unidades hospitalares contam com a força de trabalho de mais de 6,5 mil pessoas, atendendo a população de Porto Alegre, região metropolitana e interior do Estado³. São 6,5 mil trabalhadores que, através dos serviços de saúde, são cuidadores e também precisam ser cuidados. O Centro de Resultados Saúde do Trabalhador do GHC (CRST/GHC) procura desenvolver, a cada dia, esse desafio: “cuidar do cuidador”.

O Centro de Resultados Saúde do Trabalhador (CRST) do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) iniciou, por volta de maio de 2005, a reestruturação do seu projeto de atenção à saúde. A iniciativa buscou desenvolver ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores da instituição com o objetivo de atingir um padrão de integralidade, articulado aos princípios da prevenção, vigilância e assistência aos mesmos. A proposta retoma esforços iniciados quando da criação do serviço, em 1986, que na época contou com a participação dos trabalhadores, contemplando ações de educação em saúde e considerando o contexto de trabalho dessas pessoas na compreensão do processo saúde-doença (PEREIRA e BORBA, 2005).

³BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Disponível em www.ghc.com.br
Acesso em 01/11/06.

Em 1983, os funcionários reivindicaram assistência à saúde e começaram a receber atendimento na unidade de Medicina de Família localizada nas dependências do próprio HNSC. Já em 1986 foi identificada a necessidade de um serviço específico para o atendimento do trabalhador, tendo sido constituída a proposta de criação de uma unidade de cuidados à saúde dos funcionários. Os profissionais que iriam prestar assistência nessa nova unidade foram indicados pelos próprios colegas e contava inclusive com dentistas integrados ao serviço, os quais atendiam no ambulatório de odontologia do HNSC.

Dessa forma, foi aprovada a idéia da Unidade Profilática e Terapêutica de Saúde dos Funcionários (UPTSF). A Unidade tinha como pressuposto e objetivo o atendimento integral à saúde, com ênfase em educação em saúde, prevenção (individual e coletiva) nos locais de trabalho, assistência e ações programáticas (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Projeto do Serviço de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador, 2004).

Em 1988 houve, através da criação de uma portaria emitida pela Diretoria do GHC, a criação do SISO – Serviço Integrado de Saúde Ocupacional, unindo o Serviço da Unidade Profilática e Terapêutica dos Funcionários com a Medicina e Segurança do Trabalho. O papel do setor foi sofrendo diferentes modificações, conforme o direcionamento da gestão da instituição e da composição da equipe. Em diferentes momentos, recebeu nomenclaturas diversas. Ainda hoje, alguns trabalhadores fazem referência ao setor como CREAME (Centro de Resultados de Atendimento Médico ao Empregado), denominação vigente entre 1999 e 2003. Também se referem ao setor como SESMET (Serviço Especializado de Segurança e Medicina do Trabalho), que diz respeito ao serviço exigido legalmente para as instituições que possuem trabalhadores regidos pela Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT)⁴.

⁴ BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego - NR 4 - NORMA REGULAMENTADORA Nº4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho. Disponível em <http://www.mte.gov.br/Empregador/segsau/Legislacao/Normas/conteudo/nr04/default.asp> . Acesso em 06/11/06.

Historicamente, a temática da Saúde do Trabalhador surge no Brasil no processo de luta pela Reforma Sanitária que envolveu organizações dos trabalhadores e dos técnicos de saúde (NARDI, 2004, p. 49). A discussão adquire visibilidade na 8ª Conferência Nacional de Saúde e na 1ª Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador, ambas realizadas em 1986. O mesmo autor (2004, p. 50) afirma que, a partir dessas discussões, a Saúde do Trabalhador consolida-se como conceito dentro dos textos legais da Constituição Federal de 1988, em seu artigo 200, que expõe como competência do SUS, nos incisos II e VIII, respectivamente, “executar ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de saúde do trabalhador” e “colaborar na proteção do meio ambiente, nele compreendido o do trabalho”, bem como na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080) de 1990. Segundo o mesmo autor,

“A portaria que estabelece os procedimentos para orientar e instrumentar as ações e os serviços de saúde do trabalhador no Sistema Único de Saúde, entretanto, só é definida em 1998 (Portaria nº 3.908), através da Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST-SUS)”. (NARDI, 2004, p. 50)

Ainda sobre a legislação relacionada à Saúde do Trabalhador, o Ministério da Saúde, através do Conselho Nacional de Saúde editou, em março de 2001, um documento intitulado “Princípios e Diretrizes para a NOB/RH – SUS” que tem como objetivo, segundo o subitem 5.2.1, “promover uma nova concepção e uma nova cultura relativa a ambiente de trabalho saudável, que substitua a cultura prevalente da manutenção do ambiente insalubre, gerador de *adicional de insalubridade*”.

No entanto, com a consolidação legal, é importante ressaltar que a introdução da política de saúde do trabalhador no Ministério da Saúde não retirou as atribuições já existentes do Ministério do Trabalho. Mantém-se aí um conflito ideológico entre o que se propõe o novo olhar para a saúde do trabalhador e o que existe hegemonicamente como Medicina do Trabalho (NARDI, 2004).

Enquanto a Medicina do Trabalho focalizava a aptidão de um trabalhador-objeto e passivo para produzir em grande escala, considerando somente aspectos biológicos, a Saúde do Trabalhador enfoca o processo de saúde-doença em determinado momento histórico e contexto social, sendo relevantes as condições de desgaste e a relação com a organização e o ambiente de trabalho. Assim, está presente no contexto dos trabalhadores uma contradição entre práticas voltadas para o modelo tradicional de atenção da Medicina do Trabalho e práticas voltadas para a Saúde do Trabalhador, contemplando os princípios do Sistema Único de Saúde – entre eles, o princípio da integralidade da atenção.

Na experiência italiana, por exemplo, a própria Medicina do Trabalho, já em 1986, apresentava alterações descritas por Oddone *et al* (1986, p. 89): “a opinião do grupo operário, a análise epidemiológica, mesmo que leiga, que o grupo executa, se torna, por isso, elemento indispensável para avaliar a nocividade e os riscos de um determinado ambiente”.

No organograma do GHC, o CRST está vinculado à Gerência de Recursos Humanos, com profissionais distribuídos em 3 unidades hospitalares: no Hospital Fêmea e no Hospital Cristo Redentor, onde são atendidos os trabalhadores das unidades em que estão instalados, respectivamente, e no Hospital Nossa Senhora da Conceição, onde são atendidos os trabalhadores desta unidade, do Hospital da Criança Conceição e do Serviço de Saúde Comunitária.

Atualmente, o CRST desenvolve ações de prevenção através das equipes de referência. Estas são compostas por médicos, técnicos em segurança do trabalho, engenheiros do trabalho, assistente social e profissionais da equipe de enfermagem. As equipes de referência buscam a aproximação com os trabalhadores, através de visitas aos setores de trabalho e da identificação do perfil dos trabalhadores, para construção conjunta de propostas de melhorias, tanto no ambiente de trabalho como na organização do mesmo.

As categorias profissionais que atuam na estrutura hospitalar são bastante diversificadas: técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos, nutricionistas, auxiliares de serviços gerais, vigias, técnicos de manutenção, auxiliares administrativos, assistentes sociais, odontólogos, psicólogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, farmacêuticos, terapeutas ocupacionais e outras. Assim, os riscos aos quais estão submetidos também variam. Além disso, considerando que o GHC é uma instituição que presta atenção à saúde em diversos âmbitos, não é raro que algum trabalhador tenha que ser atendido no CRST devido a agravos de diferentes naturezas, resultantes dos ambientes onde circulam no desempenho de suas funções. Por exemplo, agressão física ou moral por parte de usuário ou acompanhante, mordida de animal durante visitas domiciliares, acidentes de trânsito ao transportar pacientes ou conflitos nas relações de trabalho.

Para atender esses profissionais, em situações diversas, o serviço oferece acompanhamento com clínico geral, médico do trabalho, nutricionista, psicóloga, assistente social, equipe de enfermagem e especialista em dependência química. Considerando o grande número de mulheres trabalhadoras e de adoecimentos relacionados à saúde mental e/ou osteomuscular na instituição, o CRST também disponibiliza atendimento com ginecologista, traumatologista e psiquiatra. Para desenvolver as ações propostas na operacionalização do seu projeto, o serviço dispõe, então, de uma equipe multidisciplinar composta de 56 trabalhadores, com horário de atendimento das 07 às 19 horas, de 2ª a 6ª feira. No HNSC, onde está a maior parte da equipe, são 34 trabalhadores.

Os profissionais da Segurança do Trabalho (Técnicos e Engenheiros) que também compõem a equipe acompanham e avaliam os riscos relacionados ao trabalho. Além disso, os trabalhadores podem participar do grupo de Tabagismo, do grupo “Peso Saudável” para acompanhamento nutricional e de grupos de reflexão, realizados em alguns setores de trabalho, com a equipe de referência e psicólogos.

Neste contexto descrito, ao buscar uma maior aproximação com os conceitos que envolvem a proposta desenvolvida atualmente, é possível identificar um grande desafio que se configura para a prática e o cotidiano da saúde. Falar em integralidade remete a ações que vão além de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, mas supõe

“a ampliação e o desenvolvimento da dimensão cuidadora no trabalho dos profissionais, para que se tornem mais capazes de incluir histórias de vida, familiares e culturais que acompanham os processos de adoecimento e de buscar informação em ambientes de saúde, mais responsáveis pelos projetos terapêuticos entabulados na busca da cura (...) e mais dedicados ao desenvolvimento da autonomia dos usuários das ações e dos serviços de saúde, aceitando e/ou tornando os usuários ativos na produção de seu estado de saúde.” (CECCIM e CAPOZZOLO, 2004, p. 368)

Apesar da integralidade ser uma diretriz do SUS, defendida constitucionalmente, sua incorporação na prática dos profissionais dos serviços de saúde perpassa um conjunto de valores relacionados a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária (MATTOS, 2001, p. 41). Dessa forma um projeto de atenção integral à saúde do trabalhador, como se propõe o projeto do CRST/GHC, precisa contar com profissionais que tenham um direcionamento da prática para a dimensão acima descrita por Ceccim.

No entanto, valores são fundamentados em visões de mundo pessoais de cada profissional de saúde que faz o serviço e muitas vezes são contraditórios à perspectiva desse serviço. Diferentes pessoas que formam o serviço podem estar fundamentadas em diferentes paradigmas sobre saúde e doença, por exemplo. Os profissionais que constituem as equipes de trabalho possuem diferentes formações e por muito tempo tem sido valorizado um modelo de ensino dos profissionais de saúde (principalmente dos médicos), com o início do seu embasamento no Relatório Flexner (CECCIM, 2004, p. 347), hegemonicamente fundamentado na atenção hospitalar, na especialidade, no curativo individual, sem considerar a subjetividade, a cultura ou o contexto social. Assim, a prática de

atenção à saúde na equipe é desenvolvida em um coletivo de concepções, na convivência de modelos até mesmo contraditórios.

Muitas vezes é possível observar que, nas falas dos trabalhadores atendidos pelo serviço, ainda prevalece a descrição de um atendimento centrado na figura do médico, no consultório e pouco se reconhece o trabalho de promoção e prevenção, de vigilância à saúde do trabalhador, a prática acolhedora, o vínculo positivo e a utilização de tecnologias leves⁵, por exemplo. Diferentes e complexos fatores podem estar imbricados na forma como os trabalhadores reconhecem o atendimento oferecido ou se identificam com um serviço criado (inicialmente pelos próprios trabalhadores) para atendê-los.

Assim, o presente estudo procura focar um desses fatores: a representação social de integralidade que possuem os profissionais que operacionalizam a proposta de atenção integral à saúde do CRST/GHC.

Trata-se de buscar uma possível constatação e uma maior compreensão em relação à contradição que possa existir entre a concepção dos profissionais de saúde do CRST/GHC e a proposta que esse serviço tem de atenção integral à saúde do trabalhador.

É possível então questionar alguns pontos: como identificar essa proposta no discurso desses profissionais em suas práticas, mesmo quando nesse discurso ainda é possível que permaneça o reflexo de uma formação contraditória? Considerando os diferentes atores que constituem a equipe, com a diversidade de visões de mundo próprias de cada um, como deixar que o atendimento integral proposto por este serviço prevaleça para os trabalhadores atendidos pelo mesmo? É possível tornar hegemônica uma prática diferente daquela enfatizada durante a formação dos profissionais que constituem este serviço? Quais são as dificuldades

⁵ Segundo Merhy (2002, p. 49), tecnologias leves são “tecnologias de relações do tipo produção de vínculo, autonomização, acolhimento, gestão como uma forma de governar processos de trabalho”.

e os entraves dos profissionais do CRST/GHC ao operacionalizar a sua proposta de atenção integral a saúde do trabalhador?

O presente estudo buscará evidenciar informações que poderão, posteriormente, contribuir para aproximação de possíveis respostas para as diversas indagações colocadas.

2. JUSTIFICATIVA

A busca da integralidade na atenção à saúde é um grande desafio. Torna-se ainda maior no contexto da Saúde do Trabalhador, tendo em vista que deve considerar

“um conjunto de conhecimentos de diversas disciplinas (Medicina Social, Clínica Médica, Saúde Coletiva, Medicina do Trabalho, Sociologia, Engenharia, Psicologia, etc.) que, aliado ao saber do trabalhador sobre as condições e a organização do trabalho, estabelece uma nova forma de compreensão da relação saúde-trabalho e propõe uma forma diferenciada de atenção à Saúde do Trabalhador e intervenção em ambientes de trabalho” (NARDI *apud* PEREIRA e BORBA, 2005, p. 59).

Dessa forma, torna-se significativo voltar o olhar para a experiência vivenciada no CRST/GHC, pois hoje o serviço contempla, em sua proposta, este desafio. Assim, a pesquisa justifica-se pela necessidade de fortalecer e legitimar, entre os trabalhadores, a proposta que o CRST/GHC vem desenvolvendo, sendo relevante para identificar os possíveis entraves e as formas de superá-los.

Além disso, especificamente para minha área de formação, como Assistente Social, a saúde do trabalhador traz evidências indiscutíveis de que

“(. . .) facilitam o desvendamento das contradições ocultas por trás do discurso dominante, primordialmente mistificador, possibilitando a constituição de sujeitos políticos em torno da luta pelo direito à saúde e condições de trabalho que não a agridam” (FREIRE, 1998, p. 180).

Nesse sentido, os questionamentos e reflexões em relação à concepção dos profissionais e à prática de saúde que busque uma atenção integral estão direcionados para princípios compartilhados pelo Serviço Social, principalmente em relação à participação dos trabalhadores e do entendimento dos processos de

saúde-doença-trabalho e da necessidade de incentivar uma prática interdisciplinar⁶.

Evidenciar a representação que os trabalhadores da equipe do CRST/GHC têm em relação à integralidade da atenção poderá proporcionar a identificação de dificuldades e possibilidades no processo de trabalho. Estes aspectos também foram observados por Capozzolo em pesquisa sobre o perfil dos médicos do Programa Saúde da Família (PSF), tendo verificado que:

“Mesmo os imbuídos da vontade de ofertar uma atenção integral, com compromisso com o usuário e disponibilidade para estabelecer contato efetivo, apresentavam dificuldade em realizar um olhar ampliado e uma escuta qualificada, demonstrando não possuir referenciais e instrumentos para isso, revelando uma preparação profissional apartada da integralidade e da humanização - profissionais de saúde sem recursos tecnológicos para a escuta e afirmação dos usuários. (. . .) Isso além de realimentar a demanda por mais consultas e o consumo por mais exames e procedimentos, restando limitada a dimensão cuidado/alteridade.” (CAPOZZOLO *apud* CECCIM, 2004, p. 357)

Assim, o desafio da integralidade na atenção à saúde dos trabalhadores está na compreensão de que ela se dá a partir de uma prática onde os profissionais se tornem mais capazes de

“incluir as histórias de vida, familiares e culturais que acompanham os processos de adoecimento e de buscar informação em ambientes de saúde, mais responsáveis pelos projetos terapêuticos entabulados na busca da cura (. . .) e mais dedicados ao desenvolvimento da autonomia dos usuários da ações e dos serviços de saúde, aceitando e/ou tornando os usuários ativos na produção do seu estado de saúde”. (CECCIM e CAPOZZOLO, 2004, p. 368)

Outro aspecto importante é que na revisão da literatura não foram encontrados estudos específicos sobre a questão da integralidade em equipes de atenção à saúde do trabalhador de organizações da própria área da saúde. Há muitas discussões sobre o tema da integralidade, destacando-se nacionalmente o

⁶ Categorias como equidade, democracia, participação efetiva, incentivo à prática profissional interdisciplinar, por exemplo, estão previstas e descritas no Código de Ética Profissional dos Assistentes Sociais (Res. CFESS nº 273/93, de 13/03/1993 – CRESS. Coletânea de Leis: revista e ampliada, 2000).

Laboratório de Pesquisas sobre Práticas de Integralidade em Saúde (LAPPIS) como grupo de pesquisa do CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico⁷. Porém, a inovação está no desafio de trazer esses estudos já realizados para a realidade de uma equipe de Atenção à Saúde do Trabalhador que atua em organizações de saúde.

⁷ O *site* www.lappis.org.br apresenta a proposta, sendo possível acessar publicações relevantes e saber sobre eventos a respeito do tema.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Evidenciar a representação social de integralidade que possuem os profissionais que trabalham no Centro de Resultados Saúde do Trabalhador do Grupo Hospitalar Conceição e que operacionalizam a proposta de atenção integral à saúde do trabalhador.

3.2 Específicos

1. Identificar no discurso da equipe que comporá a amostra do estudo (especificamente, do Centro de Resultados Saúde do Trabalhador do HNSC) algumas categorias que constituem uma prática de atenção integral à saúde: escuta/diálogo, acolhimento, troca de saberes entre a equipe multidisciplinar e vínculo, bem como as contradições e omissões nesses mesmos aspectos.
2. Apontar relações entre a formação profissional e a representação de integralidade dos profissionais que formam a equipe do Centro de Resultados Saúde do Trabalhador/HNSC.

4. PERCURSO METODOLÓGICO

O estudo consiste em uma pesquisa qualitativa a partir de uma perspectiva de que “as representações sociais são definidas como categorias de pensamento através das quais determinada sociedade elabora e expressa sua realidade” (MINAYO, 2004, p.159). Ao evidenciar a representação social de integralidade da equipe do CRST/HNSC é possível retratar aspectos daquela realidade que influenciam nas práticas de saúde. Conforme coloca a autora (2004), as representações sociais, enquanto visão de mundo, são materiais importantes para os estudos e devem ser analisadas criticamente, pois manifestam contradições e conflitos.

A pesquisa será desenvolvida com os profissionais do CRST que compõem a equipe localizada no Hospital Nossa Senhora Conceição - HNSC. A escolha desse grupo, especificamente, se deve ao fato da aproximação ocasionada pelo período de dez meses em que a pesquisadora esteve compondo a equipe. Além disso, é nesse espaço que está centralizada a gestão do serviço, com o maior número de profissionais na equipe e de trabalhadores acompanhados.

O instrumento que será utilizado para a coleta de dados será a Entrevista Semi-Estruturada, com duração máxima prevista de 1 hora e prévia autorização da chefia do setor. Através de um roteiro, a partir dos objetivos do estudo, foram definidas algumas categorias para questões que serão colocadas de forma aberta, com pequenas intervenções, buscando aprofundar os dados trazidos. (Anexo 1) As categorias já definidas serão norteadoras da análise posteriormente realizada. Dessa forma, é importante apontar cada uma delas, trazendo a compreensão que embasa o estudo.

A primeira delas, a ESCUTA, prevê uma relação do profissional do CRST/HNSC e os trabalhadores atendidos da instituição entre indivíduos que se dizem respeito, como parceiros, aliados na construção de si próprio e de um mundo de produção singular da saúde (CECCIM, 2005, p. 172). A escuta é a dispositivo para o

encontro, para a compreensão da singularidade do sujeito. É o contato com a alteridade do outro, produzindo em nós a diferença. Não permite a verticalidade na relação e o propósito fechado previamente. É o trabalho vivo, em ato⁸.

A segunda, a TROCA DE SABERES ENTRE A EQUIPE, caracteriza-se pela construção de um projeto conjunto entre os profissionais do CRST/HNSC, considerando as necessidades de saúde dos trabalhadores. Conforme Peduzzi, prevê intervenções próprias de suas respectivas áreas, mas também com ações comuns, nas quais estão integrados saberes provenientes de distintos campos. Para a autora, “quanto maior a ênfase na flexibilidade da divisão do trabalho, mais próximo se está da equipe que busca a integração dos saberes”. (2001, p. 108),

Já a terceira categoria, o VÍNCULO, é considerado como o processo de engajamento e parceria na continuidade do atendimento entre o profissional do CRST/HNSC e o trabalhador atendido, processo esse que deve incentivar a autonomia quanto à saúde e a cidadania, promovendo a participação do trabalhador, através de uma negociação, que visa identificar suas necessidades. Para Schimith e Lima (2004, p. 1488) “não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito que fala, julga e deseja”.

O ACOLHIMENTO também é uma das categorias definidas, representando o compromisso de cada profissional do CRST/HNSC com a “rede de conversações”⁹ (TEIXEIRA, 2005, p. 98). Cada “nó” dessa rede representa o encontro, que será sempre uma possibilidade para buscar maior conhecimento das necessidades que o trabalhador identifica e dos modos de satisfazê-las.

⁸ Para Ceccim (2005, p. 172), o trabalho vivo, em ato é “processo, arte dos encontros, invenção de problemas e das suas soluções e não a proposição de um único problema e da unificação de estratégias de enfrentamento.”

⁹ Teixeira (2005, p. 110) explica que a idéia de se tratar as organizações, ou mesmo, a cultura, como rede de conversações vem sendo defendida por diversos autores: Winograd e Flores (1988), Lévy (1993), Maturana e Verden-Zöller, (1997).

A FORMAÇÃO PROFISSIONAL será considerada como categoria, pois conforme Ceccim e Ferla (2005, p. 213) “ela não assegura a qualificação permanente para o enfrentamento da inovação tecnológica, superação de paradigmas ou perspectivas, novas descobertas, a multidimensionalidade das necessidades individuais e coletivas de saúde ou a abertura para novos perfis de atuação socioinstitucional”. É possível que os dados encontrados possam estar relacionados com esse relevante aspecto da formação dos profissionais do CRST/HNSC.

E, finalmente, a INTEGRALIDADE como categoria de análise, apesar da indiscutível polissemia do termo. Relacionada com a prática dos profissionais do CRST/HNSC, a integralidade deve inferir um olhar ampliado para o trabalhador submetido aos riscos e agravos das condições de trabalho, considerando seu contexto social, de trabalho e familiar, numa rede de relações que interagem e interferem no seu processo de saúde-doença. Além disso, devem realizar ações de prevenção, promoção e assistência à saúde. Mas, é importante destacar o entendimento, em relação à integralidade, defendido por Narvai (2005, p. 7), de que “as políticas sociais e econômicas não ‘fizeram a sua parte’ no processo. É preciso mais, em outras esferas, em outras dimensões da vida social e política, transcendendo, e muito, os serviços de saúde”. Nesse sentido, a integralidade deixa de ser um conceito para tornar-se um ideal regulador, um devir¹⁰.

A amostra será mista: parte será intencional - com coordenação, assistentes de coordenação e categorias profissionais representadas somente por uma pessoa; e outra parcela será aleatória estratificada – será sorteado um/a trabalhador/a, representando cada categoria profissional que forma a equipe do CRST/HNSC. Será garantido o anonimato dos/as participantes, pois o nome e a profissão serão mantidos em sigilo, sendo substituídos por um código, do qual só a pesquisadora terá conhecimento.

¹⁰Camargo Jr. (2005, p. 40) sugere que a integralidade seja considerada como “ideal regulador, um devir”, afirmando que ela é, paradoxalmente, a um tempo “inalcançável e indispensável”.

Não é intenção da pesquisadora extrapolar os achados do estudo para os trabalhadores do CRST/GHC como um todo, pois os dados evidenciados constituirão uma aproximação, devendo ser contextualizados conforme a realidade de cada tempo e espaço de cada unidade hospitalar.

Os dados serão registrados mediante gravação de áudio, em local e horário de conveniência para os entrevistados de modo a causar a menor interferência possível ao desempenho das tarefas profissionais. Posteriormente serão transcritos para que possam ser estudados a partir da Análise de Conteúdo. Segundo Chizzotti (2000, p.98), “o objetivo da análise de conteúdo é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente, as significações explícitas ou ocultas”.

Os dados serão organizados, conforme descreve Bardin (2004), em torno de três pólos cronológicos: 1) a pré-análise; 2) a exploração do material; e, 3) o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (p. 89). Essa forma – Análise Temática - é sugerida por Minayo (2004) como uma daquelas que, entre outras formas de Análise de Conteúdo, se adequa à investigação qualitativa do material sobre saúde.

Minayo (2004) acrescenta ainda que “a Análise de Conteúdo considera variáveis psicossociais, contexto cultural e processo de produção da mensagem” (p. 203). Assim, através desse percurso, será possível aprofundar os estudos sobre as questões trazidas pelos trabalhadores do CRST/HNSC, buscando a compreensão das relações e concepções que interferem no cotidiano e prática em saúde para uma atenção integral.

5. PROCEDIMENTOS ÉTICOS

O trabalhador a ser entrevistado assinará voluntariamente um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) contendo os objetivos do estudo e garantia da privacidade, assim como a possibilidade de desistência em qualquer momento do estudo sem sofrer nenhum ônus.

O projeto será submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição - CEP/GHC para avaliação e aprovação. (Anexo 3)

O TCLE será assinado em duas vias, ficando uma de posse do/a participante e outra da pesquisadora. Os dados transcritos por escrito, áudio ou vídeo serão destruídos após 5 anos.

6. DIVULGAÇÃO

Os resultados da pesquisa serão divulgados para a equipe envolvida no estudo, bem como para outros interessados em eventos que venham a ser promovidos pela instituição, a fim de que os demais trabalhadores também tomem conhecimento do mesmo.

Também serão realizados esforços para atender a critérios de publicação em periódicos relacionados ao tema e de participação em eventos de interesse.

Será disponibilizada uma cópia do estudo ao Centro de Documentação do GHC.

7. CRONOGRAMA

Atividades	09/2006	10/2006	11/2006	12/2006	01/2007	02/2007	03/2007
Revisão de literatura	X	X	X				
Elaboração do projeto	X	X	X				
Avaliação pelo CEP/GHC				X			
Convite para os trabalhadores participarem da entrevista, assinatura do TCLE e agendamento das entrevistas				X			
Realização das entrevistas				X	X		
Análise dos achados						X	
Elaboração do relatório final							X
Apresentação do trabalho							X

8. ORÇAMENTO

O projeto será enviado e analisado pelo Fundo de Fomento à Pesquisa do GHC e, caso não seja aprovado, o mesmo será custeado pela pesquisadora. Nem os participantes nem a instituição arcarão com nenhum custo financeiro.

Material	Quantidade ou especificação	Valor
Impressora	HP PSC 1315	R\$ 500,00
Folha A 4	2 resmas	R\$ 80,00
Cartucho de tinta HP para impressão	1 cartucho	R\$ 80,00
Internet/Hora	120 horas	R\$ 240,00
Computador	HD 80 Gb, 512 MB, 400 Mhz	R\$ 1.749,00
Transporte	50 passagens de coletivo	R\$ 92,50
Fitas Cassete	10 horas	R\$ 30,00
Transcrição de Gravação em Fita Cassete	10 horas	R\$ 150,00
Pilhas para Gravação em Fita Cassete	10 horas	R\$ 20,00
Gravador		R\$ 90,00
Material de Escritório	10 canetas, 1 caixa de disquetes, 2 CD rom	R\$ 100,00
Total		R\$ 3.131,50

9. REFERÊNCIAS

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. **Informação e documentação – Trabalhos acadêmicos – Apresentação**. NBR 14724, Rio de Janeiro: Atual.: Ago/2002.

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. **Informação e documentação – Citações em documentos - Apresentação**. NBR 10520, Rio de Janeiro: Atual.: Ago/2002.

ABNT – Associação Brasileira de Normas Técnicas. **Informação e documentação – Referências – Elaboração**. NBR 6023, Rio de Janeiro: Atual.: Ago/2002.

BARDIN L. **Análise de conteúdo**. 3 ed. Lisboa / Portugal: Edições 70, 2004. Pág. 89-144.

BRASIL. CONSELHO REGIONAL DE ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Código de ética profissional do assistente social**. Coletânea de Leis. CRESS 10ª Região. Gestão 1999/2002.

BRASIL. **Constituição Federal**. Porto Alegre, CORAG, Assessoria de Publicações Técnicas, 2003.

BRASIL. GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. **Projeto do Serviço de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador**. Porto Alegre, 2004. (mimeo)

BRASIL. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Princípios e Diretrizes para NOB/RH – SUS**. Brasília: 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. **Unidades**. Disponível em <www.ghc.com.br> Acesso em 01/11/06.

BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **NR 4 – Norma Regulamentadora N°4 - Serviços Especializados em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho**. Disponível em <<http://www.mte.gov.br/Empregador/segsau/Legislacao/Normas/conteudo/nr04/default.asp>> Acesso em 06/11/06.

CAMARGO JUNIOR KR. Um ensaio sobre a (In)definição de integralidade. In: PINHEIRO R, MATTOS RA (orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. Pág. 35-44.

CECCIM RB. Onde se lê “Recursos Humanos em Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção em Saúde”: desafios para a educação. In: PINHEIRO R, MATTOS RA (orgs.). **Construção social da demanda: direito à saúde**,

trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. Pág.161-180.

CECCIM RB, CAPOZZOLO AA. Educação dos profissionais de saúde e a afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS JJN e outros (orgs.). **Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades.** São Paulo: HUCITEC, 2004. Cap. 16, pág. 346-390.

CECCIM RB, FERLA AA. Residência Integrada em Saúde: uma resposta da formação e desenvolvimento profissional para a montagem do projeto de integralidade da atenção à saúde. In: PINHEIRO R, MATTOS RA (orgs.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. Pág. 211-226.

CHIZZOTTI A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** 4 ed. São Paulo: Cortez, 2000.

CONSELHO REGIONAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Coletânea de Leis: revista e ampliada.** Porto Alegre, CRESS, 2000.

FREIRE LMB. O Serviço Social e a Saúde do Trabalhador diante da reestruturação produtiva nas empresas. In: MOTA AE (org.). **A nova fábrica de consensos.** São Paulo: Cortez, 1998. Cap. 07, pág. 167 a 194.

MATTOS RA. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO R, MATTOS RA (orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.** Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001. Pág. 39-64.

MERHY EE. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo.** São Paulo: HUCITEC, 2002. Cap. 2, pág. 41-66.

MINAYO MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 8 ed. São Paulo: HUCITEC-ABRASCO, 2004. Pág. 158-175.

NARDI HC. Saúde do Trabalhador, subjetividade e interdisciplinaridade. In: MERLO ARC (org.). **Saúde do Trabalhador no Rio Grande do Sul: realidade, pesquisa e intervenção.** Porto Alegre: UFRGS, 2004. Pág. 43-64.

NARVAI PC. **Integralidade na atenção básica em saúde. Integralidade? Atenção? Básica?** Trabalho apresentado no Congresso Internacional de Odontologia do Rio de Janeiro – CIORJ 2005, em 15/7/2005. (mimeo)

ODDONE I, MARRI G, GLORIA S *et al* . **Ambiente de trabalho: a luta dos trabalhadores pela saúde.** São Paulo: HUCITEC, 1986. Pág. 88-90.

PEDUZZI M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Rev. Saúde Pública**, Fev 2001, vol.35, no.1, p.103-109. ISSN 0034-8910

PEREIRA MV, BORBA E. **Atenção à Saúde do Trabalhador no Grupo Hospitalar Conceição**. *Mom Perspec Saúde*, Porto Alegre, v.18, n. 1, jan./jun, p. 57-61, 2005.

SCHIMITH MD, LIMA MADS. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 20(6):1487-1494, nov-dez, 2004. Disponível em Acessada em 01/11/06.) <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>> Acesso em 03/11/06

TEIXEIRA RR. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO R, MATTOS RA (orgs.) **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2005. Pág. 89-112.

10. ANEXOS

ANEXO I

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

IDENTIFICAÇÃO DO/A ENTREVISTADO/A

Profissional (código):

Escolaridade na área da saúde:

() nível médio

() nível técnico

() nível superior

() pós-graduação

Exerce função com este nível de escolaridade no GHC? () sim () não

Ano do Término da Formação Exigida para a Função:

Tempo de Trabalho na Instituição:

ESCUITA

- Como é a escuta que você realiza nos seus atendimentos?
- Em média, quanto tempo você tem para atender cada paciente?

TROCA DE SABERES ENTRE A EQUIPE

- Você sabe o que todos os demais colegas da equipe fazem, em suas áreas específicas?
- Você realiza discussões sobre as situações em atendimento com os outros colegas da equipe? Como se dão? E utiliza saberes de outras áreas, a partir desse diálogo na equipe?

VÍNCULO

- Você tem vínculo com os trabalhadores atendidos? Como foi construído?

ACOLHIMENTO

- Você realiza acolhimento? Como?
- Se você fosse atendido exatamente da mesma forma como você atende, imagina que se sentiria acolhido?

FORMAÇÃO PROFISSIONAL

- Na sua formação para a função exercida no GHC, foram trabalhadas questões relacionadas ao atendimento integral à saúde, ao trabalho em equipe, à escuta e ao vínculo?

INTEGRALIDADE

- O que representa integralidade para você?
- O que é atenção integral à saúde?
- Como é possível oferecer atenção integral à saúde dos trabalhadores no CRST/GHC?

ANEXO II
Termo de Compromisso

“Declaramos que temos conhecimento da Resolução 196/96, normatizadora da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, e assumimos o compromisso de cumprir suas determinações no desenvolvimento da pesquisa”.

Tatiane Moreira de Vargas

Data

ANEXO III

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este estudo tem como objetivo evidenciar a representação social de integralidade que possuem os profissionais que trabalham no Centro de Resultados Saúde do Trabalhador/GHC e operacionalizam a sua proposta de atenção integral à saúde do trabalhador. As entrevistas serão realizadas dentro das dependências do Centro de Resultados Saúde do Trabalhador/HNSC, pertencente ao Grupo Hospitalar Conceição, Porto Alegre, RS, devidamente resguardado o sigilo e anonimato do sujeito entrevistado. As entrevistas serão marcadas de acordo com as combinações realizadas previamente entre a pesquisadora e você, em horário e em local a serem definidos. A realização desta pesquisa não terá nenhum custo para você. Você terá acesso à pesquisadora em qualquer etapa do trabalho para responder suas dúvidas.

Pelo presente termo declaro que fui informado(a), de maneira clara e detalhada, sobre o presente projeto de pesquisa e que tive minhas dúvidas esclarecidas pela pesquisadora. Fui igualmente informado(a) da garantia da manutenção do anonimato e de receber respostas a outras dúvidas sobre essa pesquisa. A pesquisadora Tatiane Moreira de Vargas certificou-me de que todos os dados destas pesquisas referentes a mim serão confidenciais e terei liberdade de retirar meu consentimento de participar na pesquisa, diante destas informações, sem sofrer nenhum prejuízo. A pesquisadora responsável é Tatiane Moreira de Vargas (51 3371 1880), Av. Dique, 457. A orientadora responsável é Ananyr Porto Fajardo (51 3357 2092), Rua Francisco Trein, 596 – 3º andar – bloco H - GEP.

Eu, _____
(participante), aceito participar deste estudo e estou consciente das informações fornecidas neste documento e do compromisso dos pesquisadores. Recebi uma cópia deste termo de consentimento. Caso haja qualquer dúvida ética poderei entrar em contato com o **Dr. Julio Baldisserotto**, Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do GHC, pelo telefone 3357 2407.

Assinatura do/a trabalhador/a

Nome

Data

Assinatura da pesquisadora

Nome

Data