

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS

CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

NÍVEL MESTRADO

Maria Teresa Bicca Dode

**A HUMANIZAÇÃO NOS PROCESSOS DE TRABALHO DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO SECUNDÁRIA**

São Leopoldo

2009

Maria Teresa Bicca Dode

**A HUMANIZAÇÃO NOS PROCESSOS DE TRABALHO DE UM CENTRO DE
ATENÇÃO SECUNDÁRIA**

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos- UNISINOS como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Saúde Coletiva** pelo Programa de Pós Graduação em saúde Coletiva.

Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges

São Leopoldo,RS

2009

D643h Dode, Maria Teresa Bicca.
A humanização nos processos de trabalho de um centro de
atenção secundária / Maria Teresa Bicca Dode. – 2009.
92 f. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, 2009.
“Orientador: Prof. Dr. José Roque Junges”.

1. Humanização dos serviços de saúde. 2. Saúde pública –
Brasil. 3. Política de saúde - Brasil. 4. Sistema Único de Saúde
(Brasil). I. Título.

CDD-362.10981
CDU-614(81)

Catálogo na publicação: Bibliotecário Flávio Nunes, CRB 10/1298

AGRADECIMENTOS

Meus agradecimentos à minha mãe, por sempre acreditar em minha capacidade e me proporcionar oportunidades únicas;

À minha irmã e meu pai, pela compreensão e força nos momentos de dificuldade;

Aos meus avós Bicca, por simplesmente estarem presentes em minha vida e serem pessoas maravilhosas;

Ao meu tio Gustavo, que sempre me demonstrou uma lição de vida e me ensinou a apreciar o especial;

Aos professores do curso de pós-graduação em saúde coletiva que contribuíram para meu aprendizado e conhecimento;

Ao meu orientador Prof. Dr. José Roque Junges, pela dedicação e compreensão;

Aos colegas de mestrado que tornaram essa etapa da vida menos angustiante;

Aos amigos que foram capazes de compreender minha ausência e torcer pelo meu sucesso;

À Deus, por estar sempre presente.

“O humanismo é uma postura de vida democrática e ética que afirma que os seres humanos têm o direito e a responsabilidade de dar sentido e forma às suas próprias vidas. Defende a construção de uma sociedade mais humana através de uma ética baseada em valores humanos e outros valores naturais, dentro do espírito da razão e do livre-pensamento, com base nas capacidades humanas.”

IHEU- Minimum Statement on Humanism

SUMÁRIO GERAL

PROJETO DE PESQUISA (Formatação ABNT).....	5
RELATÓRIO DE PESQUISA (Formatação ABNT).....	63
ARTIGO CIENTÍFICO(Formatação Cadernos de saúde Pública).....	74

PROJETO DE PESQUISA



SUMÁRIO DO PROJETO DE PESQUISA

I. Introdução.....	8
1.1 Justificativa.....	10
1.2 Objetivos.....	10
1.2.1 Objetivo geral.....	10
1.2.2 Objetivos específicos.....	10
1.3 Revisão de literatura.....	11
1.3.1 Sistema Único de Saúde.....	11
1.3.2 Atenção secundária	14
1.3.3 Estratégia Humaniza SUS.....	16
1.3.4 Processos de trabalho.....	20
1.3.5 Cuidado.....	26
1.3.6 Integralidade.....	30
1.3.7 Subjetividade.....	33
II. Metodologia.....	37
2.1 Modelo de estudo.....	37
2.2 Contexto do estudo.....	37
2.3 Participantes.....	38
2.4 Coleta de dados.....	39
2.4.1 Composição dos grupos focais.....	40

2.4.2 Roteiro a ser utilizado nos grupos focais.....	40
2.4.3 Forma de condução dos grupos focais.....	41
2.4.4 Habilidades do moderador.....	41
III. Processamento e análise de dados.....	42
IV. Aspectos éticos.....	52
V. Cronograma.....	52
VI. Orçamento.....	53
VII. Referências bibliográficas.....	54
VII. Anexos- Termo de consentimento.....	61

A HUMANIZAÇÃO NOS PROCESSOS DE TRABALHO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

I. INTRODUÇÃO

A implementação da Política Nacional de Humanização (PNH) mostra-se relevante no contexto atual dos serviços de saúde, porque a constituição de um atendimento, calcado nos princípios da universalidade, da integralidade, da equidade e da participação social do usuário, demanda uma revisão das práticas cotidianas, com ênfase na criação de espaços de trabalho menos alienantes que valorizem a dignidade do trabalhador e do usuário. Essa constatação aponta para a necessidade de reflexão sobre a prática dos profissionais da saúde, evidenciando que a eficácia de um sistema tão avançado como é o do SUS, depende também da qualificação dos recursos humanos e da valorização dos usuários como sujeitos participativos e que devem ser respeitados nas suas diferenças através de um atendimento acolhedor, compreensivo e de qualidade. (Freitas,2007)

Justamente no sentido de revalorizar as inter-relações humanas, agindo contra o convencimento da superioridade do mercado e defendendo o valor superlativo da busca da dignidade humana, surgem as propostas de humanização.

O ideal de humanização pode ser definido como um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores relacionados à felicidade humana.

Nesta perspectiva, a tarefa da humanização nos coloca diante do desafio de refletir sobre o modo de ser e de agir nas relações com os outros e com o mundo. No campo da saúde, esta reflexão parece se justificar frente à percepção da fragmentação das relações humanas, agravadas pelo crescimento de fenômenos como valorização da técnica e dos avanços científicos dissociados do respeito à dignidade humana; da violação do direito humano fundamental a uma assistência de saúde qualificada.(Freitas, 2007)

O conceito de humanização passa a ocupar um lugar de destaque nas propostas de reconstrução das práticas de saúde no Brasil, no sentido de uma maior integralidade, efetividade e acesso. Despontando como tema de interesse público, passa a ocupar lugar central na reflexão sobre as práticas de saúde no país, no sentido de sua maior qualificação

e com a elaboração da política nacional de humanização dos serviços de saúde, a importância de uma maior sensibilização dos profissionais e autoridades da saúde, a nível nacional, é reforçado e a priorização do tema como aspecto fundamental passa a ser contemplado nas políticas de saúde. (Ayres 2005)

Por se tratar de um processo amplo, demorado e complexo, se oferecem resistências, pois envolve mudanças de comportamento, que sempre despertam inseguranças. Requer um processo reflexivo acerca dos valores e princípios que norteiam a prática profissional, pressupondo, além de um tratamento e cuidado digno, solidário e acolhedor por parte dos profissionais da saúde, uma nova postura ética que permeie todas as atividades profissionais e processos de trabalho institucionais.

A humanização deve caminhar para se constituir como vertente orgânica do sistema clínico de saúde. Como política ela deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais e entre as diversas unidades e serviços de saúde.

Nesse sentido, o presente estudo caracteriza um esforço de produzir uma reflexão sobre o tema da humanização nas suas inter-relações com a prática.

Conforme Goldenberg (2004), a escolha de um tema de pesquisa não surge espontaneamente, mas ao contrário, é decorrente de determinada inserção do pesquisador na realidade. As questões do estudo são motivadas, entre outras coisas, pelo questionamento acerca da própria realidade social na qual e com a qual se encontra envolvido. As reflexões propostas encontram-se profundamente enraizadas no processo de formação profissional do pesquisador.

1.1 JUSTIFICATIVA

Ao longo dos anos muitos textos mostram a importância da humanização confrontando-se com o desenvolvimento tecnológico na sociedade atual. Considera-se que o desenvolvimento tecnológico, vem atrapalhando as relações humanas, tornando-as frias, objetivas, individualistas e calculistas. Na possibilidade de resgate humano, naquilo que lhe é próprio, é que pode residir a intenção de humanizar o fazer em saúde. Encontrar formas efetivas para humanizar a prática em saúde implica em aproximação crítica permitindo

compreender a temática para além de seus componentes técnicos, instrumentais, envolvendo também as dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido. Nessa aproximação, se faz primordial, inicialmente, a análise do conhecimento já produzido acerca dessa temática. (Casate & Correa, 2005).

Através de revisão de literatura acerca da bibliografia que trata do tema humanização no campo da saúde, observa-se que o tema vem constituindo-se como importante objeto de reflexão sobre as relações entre profissionais de saúde e sujeitos que demandam cuidados de saúde, como dimensão essencial da qualidade das práticas profissionais na assistência secundária.

Considerar a necessidade de cada vez mais aprofundar a discussão acerca da saúde dentro de uma visão holística e humanística, visto que o respeito à individualidade das pessoas, da escuta atenta, da valorização das crenças e da comunicação, da presença genuína, são ingredientes básicos da humanização (Deslandes, 2006).

Optou-se por desenvolver este estudo na atenção secundária justamente por se tratar de uma prática com característica tecnicista, onde as especialidades profissionais são consideradas mais relevantes que uma prática integralizada.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral: Entender a influência dos processos de trabalho na implementação da estratégia da humanização nos serviços de atenção secundária.

1.2.2 Objetivos específicos:

- Identificar como os profissionais percebem a produção de saúde nos processos de trabalho.
- Verificar como a integralidade e o cuidado incidem nos processos de trabalho.
- Compreender a influência da subjetividade do trabalho e do usuário nos processos de trabalho.

1.3. REVISÃO DA LITERATURA

1.3.1 Sistema único de Saúde (SUS)

Muito embora a história da Saúde Pública Brasileira tenha início em 1808, o Ministério da Saúde só veio a ser instituído no dia 25 de julho de 1953, com a Lei nº 1.920, que desdobrou o então Ministério da Educação e Saúde em dois ministérios: Saúde e Educação e Cultura. A partir da sua criação, o Ministério passou a encarregar-se, especificamente, das atividades até então de responsabilidade do Departamento Nacional de Saúde (DNS), mantendo a mesma estrutura que, na época, não era suficiente para dar ao órgão governamental o perfil de Secretaria de Estado, apropriado para atender aos importantes problemas da saúde pública existentes. Na verdade, o Ministério limitava-se a ação legal e a mera divisão das atividades de saúde e educação, antes incorporadas num só ministério. Mesmo sendo a principal unidade administrativa de ação sanitária direta do Governo, essa função continuava, ainda, distribuída por vários ministérios e autarquias, com pulverização de recursos financeiros e dispersão do pessoal técnico, ficando alguns vinculados a órgãos de administração direta, outros às autarquias e fundações. (MS 2008)

Três anos após a criação do Ministério, em 1956, surge o Departamento Nacional de Endemias Rurais, que tinha como finalidade organizar e executar os serviços de investigação e de combate à malária, leishmaniose, doença de Chagas, peste, brucelose, febre amarela e outras endemias existentes no país, de acordo com as conveniências técnicas e administrativas. O Instituto Oswaldo Cruz preservava sua condição de órgão de investigação, pesquisa e produção de vacinas. A Escola Nacional de Saúde Pública incumbia-se da formação e aperfeiçoamento de pessoal e o antigo Serviço Especial de Saúde Pública atuava no campo da demonstração de técnicas sanitárias e serviços de emergência a necessitarem de pronta mobilização, sem prejuízo de sua ação executiva direta, no campo do saneamento e da assistência médico-sanitária aos estados. (MS 2008)

No início dos anos 60, a desigualdade social, marcada pela baixa renda per capita e a alta concentração de riquezas, ganha dimensão no discurso dos sanitaristas em torno das relações entre saúde e desenvolvimento. O planejamento de metas de crescimento e

de melhorias, conduziram o que alguns pesquisadores intitularam como a grande panacéia dos anos 60 - o planejamento global e o planejamento em saúde. As propostas para adequar os serviços de saúde pública à realidade diagnosticada pelos sanitaristas desenvolvimentistas tiveram marcos importantes, como a formulação da Política Nacional de Saúde na gestão do então ministro, Estácio Souto-Maior, em 1961, com o objetivo de redefinir a identidade do Ministério da Saúde e colocá-lo em sintonia com os avanços verificados na esfera econômico-social.

Em 1964, os militares assumem o governo e Raymundo de Brito firma-se como ministro da saúde e reitera o propósito de incorporar ao MS a assistência médica da Previdência Social, dentro da proposta de fixar um Plano Nacional de Saúde segundo as diretrizes da III Conferência Nacional de Saúde.

Com a implantação da Reforma Administrativa Federal, em 25 de fevereiro de 1967, ficou estabelecido que o Ministério da Saúde seria o responsável pela formulação e coordenação da Política Nacional de Saúde, que até então não havia saído do papel. Ficaram as seguintes áreas de competência: política nacional de saúde; atividades médicas e paramédicas; ação preventiva em geral, vigilância sanitária de fronteiras e de portos marítimos, fluviais e aéreos; controle de drogas, medicamentos e alimentos e pesquisa médico-sanitária.

Em 1975, a União cria o Sistema Nacional de Saúde (SNS). A competência para a execução das ações e dos serviços de saúde é dividida entre os ministérios da Saúde, da Previdência e da Assistência Social, da Educação e do Trabalho. Em 1977, cria-se o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS). Em 1979, o Centro Brasileiro de Estudos em Saúde (CEBES) apresenta e discute a primeira proposta de reorientação do sistema de saúde. A crise econômica dos anos 80 gera uma nova situação, exigindo o reconhecimento do governo e a necessidade de mudar o sistema, que assegurava saúde apenas aos contribuintes da Previdência Social. A própria população começa a se organizar e lutar pela democratização do país. Em 1982, o governo muda a forma de pagamento do setor privado contratado e introduz o pagamento por diagnóstico, Autorização de Internação Hospitalar (AIH) e passa a celebrar convênios com os Estados e os municípios e a repassar recursos. Com a instituição das Ações Integradas de Saúde – AIS, os setores públicos de saúde se conhecem e iniciam um processo de planejamento

mais integrado e articulado. As Comissões Interinstitucionais são criadas como base dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde – SUDS. Em 1986 realiza-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que, com ampla participação, discute a situação da saúde no país e aprova um relatório com recomendações de descentralização, participação popular e eficiência da gestão local. Essas recomendações constituem o projeto da Reforma Sanitária Brasileira. A proposta da reforma para reorientar o sistema de saúde é a implantação do SUS - Sistema Único de Saúde.

Na década de 80, a concepção do SUS foi sendo elaborada, culminando com a Constituição cidadã de 1988 que definiu a saúde como um direito de todos e um dever do Estado. Essa concepção foi uma proposta dos movimentos que emergem na área da saúde, tais como os de técnicos da saúde, sindicatos e trabalhadores, agrupados no que se denominou reforma sanitária. Foram traçadas diretrizes políticas para o campo da saúde, amparadas tanto em dados epidemiológicos quanto em ideais a serem atingidos em termos de saúde coletiva e cidadania. (Bernardes & Guareschi, 2007)

O SUS é um sistema, formado por várias instituições dos três níveis de governo (União, Estados e municípios), e complementarmente pelo setor privado contratado e conveniado. O setor privado, quando contratado pelo SUS, atua com as mesmas normas do serviço público.

Através do Sistema Único de Saúde, todos os cidadãos têm direito a consultas, exames, internações e tratamentos nas Unidades de Saúde vinculadas ao SUS da esfera municipal, estadual e federal, sejam públicas ou privadas, contratadas pelo gestor público de saúde.

O SUS é destinado a todos os cidadãos e é financiado com recursos arrecadados através de impostos e contribuições sociais pagos pela população e compõem os recursos do governo federal, estadual e municipal. Importante mecanismo de promoção da equidade no atendimento das necessidades de saúde da população, ofertando serviços com qualidade adequados às necessidades, independente do poder aquisitivo do cidadão. O SUS se propõe a promover a saúde, priorizando as ações preventivas, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde. O setor privado participa do SUS de forma complementar, por meio de contratos e

convênios de prestação de serviço ao Estado quando as unidades públicas de assistência à saúde não são suficientes para garantir o atendimento a toda a população de uma determinada região.

Em 1990, o Congresso Nacional aprovou a Lei Orgânica 8080, que detalha o funcionamento do SUS. Foram mudanças profundas na Saúde Pública brasileira que exigiram, para sua implantação e funcionamento, o aprimoramento do sistema de informação em saúde.

Houve avanços na descentralização e na regionalização da atenção e da gestão da saúde, com ampliação dos níveis de equidade, integralidade e universalidade. Mas, por outro lado, a fragmentação dos processos de trabalho esgarça as relações entre os diferentes profissionais da saúde e entre estes e os usuários, dificultando o trabalho em equipe, assim como o preparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção ficam fragilizados.

1.3.2 Atenção secundária

Em posição intermediária entre os cuidados primários da atenção básica e o nível terciário hospitalar está a Atenção Secundária. Ela é formada pelos serviços especializados ambulatoriais e hospitalares sob a responsabilidade dos municípios habilitados na Gestão Plena Sistema Municipal e do Estado em municípios habilitados nesse nível de gestão tendo, como estratégia operacional a organização das microrregiões de saúde centradas nos princípios organizativos de economia de escala e negociação. Definem-se as microrregiões de saúde como espaços territoriais compostos por um conjunto de municípios com forte sentimento de integração e interdependência com auto-suficiência primária e secundária, com uma população em torno ou superior a 100 mil habitantes.

Ao nível secundário cabem os equipamentos com grau intermediário de inovação tecnológica (tais como Rx com alguma sofisticação, ecocardiógrafo, ultra-som, aparelhos para endoscopia) e a capacitação de pessoal e, em particular dos médicos, geralmente situa-se em áreas especializadas originárias (clínica, cirurgia, gineco-obstetria, pediatria) e outras tais como oftalmologia, psiquiatria que, no caso dos médicos, necessitam dois a três anos após a graduação para completar a formação. Os serviços de atenção secundária devem estar aparelhados com pessoal e equipamentos para atender as situações que o nível

primário não consegue absorver, como cursos atípicos ou complicações de eventos mais freqüentes ou outros mais raros que demandam assistência compatível a este nível.

A assistência à saúde, nos níveis de especialidades, apoio diagnóstico e terapêutico, média e alta complexidade, em geral são um ponto importante de estrangulamento dos serviços de saúde. De um lado, os gestores do Sistema Único de Saúde (SUS) convivem com uma grande pressão de demanda por estes recursos assistenciais, à qual não se consegue responder, gerando muitas vezes longas filas de espera para alguns procedimentos. Por outro, estes serviços representam vultosos gastos para o orçamento da saúde.

Em recente estudo realizado pela gerência de regulação da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte (SMSA/BH), constata-se que houve um aumento de 22,7% nos gastos com atenção secundária e um aumento em média de 24,5% no número de procedimentos realizados entre o ano de 2.000 e 2.002 (MAGALHÃES JR et al; 2002). Apesar disto, o mesmo estudo identifica que se vive hoje um estrangulamento grave no acesso aos serviços especializados de atenção secundária no SUS.

Para funcionar, um sistema de saúde assim organizado exige adscrição de clientela (vinculação de clientela a serviços, especialmente no nível primário) e uma distribuição homogênea dos serviços para garantir de modo igualitário o acesso e atender adequadamente as necessidades assistenciais dos usuários. Em outros termos, se preceitua a noção de escala na alocação de serviços, ou seja, os serviços de atenção primária devem estar distribuídos de modo a que cada um tenha adscrito até 20 000 habitantes; para cada conjunto de serviços de atenção primária deve existir um serviço secundário de referência (ambulatorial e hospitalar); e da mesma forma para cada conjunto de serviços de atenção secundária deve haver um hospital especializado de referência.

1.3.3 Estratégia Humaniza SUS

A utilização do conceito de humanização no campo de saúde é ainda recente, não existindo grande quantidade de pesquisas sobre o tema. A Humanização pode ser objeto de distintas interpretações, as quais orientarão as questões a serem pesquisadas. O conceito está ligado ao paradigma dos direitos e a cada dia surgem novas reivindicações, que se remetem as singularidades dos sujeitos. Este paradigma vem tornando-se complexo e aos

poucos alcançando novas esferas sociais e discursivas. A partir dos anos 90, a idéia de humanização passa a fazer parte do vocabulário da saúde, inicialmente como conjunto de princípios que criticam o caráter impessoal e desumanizado da assistência à saúde, e mais tarde traduzido em diferentes propostas visando modificar as práticas assistenciais (Vaitsman & Andrade, 2005).

No final desta mesma década, o conceito de humanização foi estabelecido como princípio de dois programas de saúde no setor público brasileiro, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e o Programa de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), culminando com a Política nacional de Humanização (PNH). (Carapineiro, 1993; Svenson, 1996).

Em maio de 2000, o Ministério da Saúde regulamentou o PNHAH e a humanização passa a ser também incluída na pauta da 11ª conferência Nacional de Saúde realizada em dezembro do mesmo ano, destinando-se a promover uma nova cultura de atendimento à saúde, dando voz a antigas demandas na saúde.

No início de 2003, enfrentou-se um debate no Ministério da Saúde defendendo a priorização do tema da humanização como aspecto fundamental a ser contemplado nas políticas públicas de saúde. O Ministério da Saúde propôs a criação da Política Nacional de Humanização da atenção e da gestão na saúde (PNH). Como política, deveria traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre todos que constituem o SUS. Era principalmente o modo coletivo e co-gestivo de produção de saúde e de sujeitos implicados nesta produção que deveria orientar a construção da PNH como política pública.

Instituída pelo Ministério da Saúde ainda em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH), formulada a partir da sistematização de experiências do chamado "SUS que dá certo". Tem como objetivo efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos.

A humanização pode ser entendida como:

- valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde

- fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos e dos coletivos
- aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos
- estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão
- mapeamento e interação com as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde
- defesa de um SUS que reconhece a diversidade do povo brasileiro e a todos oferece a mesma atenção à saúde, sem distinção de idade, etnia, origem, gênero e orientação sexual.
- mudança nos modelos de atenção e gestão em sua indissociabilidade, tendo como foco as necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho.
- proposta de um trabalho coletivo para que o SUS seja mais acolhedor, mais ágil e mais resolutivo.
- qualificação da ambiência, melhorando as condições de trabalho e de atendimento.
- articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde.
- Luta por um SUS mais humano, comprometido com a qualidade dos seus serviços e com a saúde integral para todos e qualquer um.

A PNH tem como princípios:

- *Inseparabilidade entra a atenção e a gestão dos processos de produção de saúde*
- Transversalidade*: concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias, aumentam o grau de abertura da comunicação intergrupos e ampliam as grupalidades
- Autonomia e protagonismo dos sujeitos*: co-responsabilidade entre gestores,

usuários e a participação coletiva nos processos e na gestão.

Dentro das diretrizes adotadas para a implementação da PNH temos a ampliação do diálogo entre os trabalhadores, entre trabalhadores e a população e entre os trabalhadores e a administração, promovendo a gestão participativa, colegiada e compartilhada dos cuidados/atenção; implantação, estímulo e fortalecimento de grupos de trabalho e câmaras técnicas de Humanização, estímulo as práticas de atenção compartilhadas e resolutivas, racionalização e adequação do uso dos recursos e insumos; reforço do conceito de clínica ampliada; sensibilização das equipes de saúde ao problema da violência em todos os seus âmbitos de manifestação; adequação dos serviços ao ambiente e à cultura dos usuários, respeitando a privacidade e promovendo a ambiência acolhedora e confortável; viabilização da participação ativa dos trabalhadores nas unidades de saúde por meio de colegiados gestores e processos interativos de planejamento e de tomada de decisão; implementação de sistemas e mecanismos de comunicação e informação que promovam o desenvolvimento, a autonomia e o protagonismo das equipes e da população, ampliando o compromisso sociais e a co-responsabilização de todos os envolvidos no processo de produção da saúde; promoção de ações de incentivo e valorização da jornada de trabalho integral no SUS; promoção de atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde.

A humanização é considerada política e não programa por instituir-se como diretriz transversal que atravessa todas as instâncias e ações em saúde. (Brasil, 2003)

Uma política estabelece a estrutura de um sistema, a maneira como esta deve funcionar e sustentar os objetivos propostos.

O projeto da PNH afirma a saúde não como valor de troca, mas como valor de uso, o que faz com que se altere o padrão de atenção no sentido da ênfase no vínculo com os usuários, garantindo seus direitos. (Campos, 2000)

A humanização como política pública deve criar espaços de construção e troca de saberes, investindo nos modos de trabalho em equipe. Se apresentando como estratégia de inferência no processo de produção de saúde levando em conta que sujeitos, quando mobilizados, tornam-se capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios neste mesmo processo. Humanizar a atenção e a gestão em saúde no SUS se apresenta

como meio para a qualificação das práticas de saúde: acesso com acolhimento; atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo; valorização dos trabalhadores e usuários com avanço na democratização da gestão e no controle social participativo. No concreto da experiência da saúde pública pode-se encontrar a dimensão coletiva do processo de produção de sujeitos autônomos e protagonistas na produção de saúde. Fala-se da humanização do SUS como um processo de subjetivação que se efetiva com a alteração dos modelos de atenção e de gestão em saúde, isto é, novos sujeitos implicados em novas práticas de saúde. Humanizar as práticas de atenção e gestão em saúde foi para a PNH levar em conta a humanidade como força coletiva quem impulsiona e direciona o movimento das políticas públicas. (Benevides & Passos, 2005).

A construção da PNH se fez por um reencantamento do concreto e não a partir da definição de um modelo ou de um padrão ideal para organização dos modos de atenção e gestão no campo de saúde pública brasileira. (Varela, 2003)

A humanização do atendimento abrange fundamentalmente aquelas iniciativas que apontam para a democratização das relações que envolvem o atendimento, o maior diálogo e melhoria da comunicação entre profissional de saúde e paciente, o reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e referências culturais, ou ainda, o reconhecimento das expectativas de profissionais e pacientes como sujeitos do processo terapêutico. O desafio da humanização diz respeito a possibilidade de se constituir uma nova ordem relacional, pautada no reconhecimento da alteridade e no diálogo. Assim, resgatar a humanidade do atendimento, numa primeira aproximação, é ir contra a violência, já que esta representa a antítese do diálogo, a negação do outro em sua humanidade, refletindo sobre práticas do serviço de saúde no cuidado ao humano, resgatando a história da humanização. A humanização é vista como a capacidade de oferecer atendimento de qualidade, articulando os avanços tecnológicos com o bom relacionamento. (Deslandes, 2004)

Humanizar consiste simplesmente em canalizar capacidades no sentido de estender e distribuir, integral e igualitariamente à humanidade uma série de benefícios e resultados considerados propriedade *sine qua non* da condição humana. Dar lugar tanto a palavra do usuário quanto a palavra dos profissionais de saúde, de forma que possam fazer parte de uma rede de diálogo, que pense e promova as ações, campanhas, programas e políticas

assistenciais a partir da dignidade ética da palavra, do respeito, do reconhecimento mútuo e da solidariedade. Não há humanização da assistência sem cuidar da realização pessoal e profissional dos que a fazem. Não há humanização sem um projeto coletivo em que toda a organização se reconheça e, nele se valorize. Seu objetivo fundamental é resgatar as relações entre profissional de saúde e usuário, dos profissionais entre si, da instituição com os profissionais e do hospital com a comunidade (Oliveira et al, 2006).

Humanização como espaço ético, requer o fomento de relações profissionais saudáveis, de respeito pelo diferente, de investimento na formação humana dos sujeitos que integram as instituições, além do reconhecimento dos limites profissionais (Backes et al, 2006).

1.3.4 Processos de trabalho

Processo é um conjunto de atividades que pode ser associado à uma estrutura disponível ou desenvolvida por uma política, programa ou projeto.

O setor saúde avança, ao longo da última década, com políticas orientadas para a descentralização das ações e dos serviços, mas em sua forma de gerenciar, ainda esbarra em um modelo herdado da administração científica. (Abrahão et al., 2008)

Em todo lugar em que ocorre um encontro – enquanto trabalho de saúde – entre um trabalhador e um usuário, operam-se processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção. Estes, por sua vez, objetivam atuar sobre necessidades na busca de algo que possa representar a conquista do controle do sofrimento (enquanto doença) e da produção da saúde.

Na medida em que se busca a responsabilização clínica e sanitária e a intervenção resolutiva, tendo como foco as pessoas como caminho para defender a vida, reconhecemos que, sem acolher e vincular, não há responsabilização e nem otimização tecnológica das resolutividades que efetivamente impactam os processos sociais de produção da saúde e da doença.

A organização parcelar do trabalho fixa os trabalhadores em uma determinada etapa do projeto terapêutico. A superespecialização, o trabalho fracionado, fazem com que o profissional de saúde se aliene do próprio objeto de trabalho. Desta forma, ficam os trabalhadores sem interação com o produto final da sua atividade laboral, mesmo que tenham dele participado, pontualmente. Como não há interação, não haverá compromisso com resultado do seu trabalho. (Franco et al. 1999)

O modelo liberal-privatista de atendimento, vigente na saúde pública é o responsável pela construção de uma determinada postura dos trabalhadores de saúde, capitaneados pelo estilo médico-centrado, que procura tratar o usuário, inclusive os próprios trabalhadores, de uma maneira impessoal, objetivizante e descompromissada. Existe um processo de objetivização do usuário, reduzindo este a um corpo com problemas identificáveis exclusivamente pelos saberes estruturados que presidem a relação.(Merhy, 1997)

Devido ao processo de alienação (ou fetichização) do trabalhador da saúde, que se torna mero depositário do saber que o comanda, o profissional deve mudar sua relação com o saber instituído e com o conjunto de atores sociais lidando com a saúde, ou seja, com os outros trabalhadores e especialmente com os usuários do serviço.

Falar sobre o processo de trabalho em saúde remete à compreensão que ele compartilha características comuns a outros processos de trabalho que se dão na indústria e em outros setores da economia. Evidencia-se a divisão social e técnica do trabalho, resultando em três dimensões básicas: a primeira, de natureza formativa dos profissionais de saúde; a segunda, da gestão e da gerência dos serviços; e a terceira, da produção propriamente dita dos serviços, operando ações promocionais, preventivas e curativas sobre a dor, o sofrimento e as demandas de saúde da população. O foco desta reflexão está direcionado para a última dimensão, ou seja, a produção dos serviços. A produção de serviços de saúde pode ser entendida dentro da categoria serviço, expressando a necessidade de cumprir uma finalidade útil, entretanto os resultados do trabalho não constituem mercadorias passíveis de comercialização, como produtos mercantis em si mesmos, mas são serviços produzidos pelo encontro entre quem produz e quem recebe, ou seja, a produção é singular e se dá no próprio ato. (Souza et al. 1993)

O processo de trabalho passa a incorporar a flexibilidade, criatividade, terceirização, parceria e gestão de conhecimento. (Gurgel, 2003).

Entretanto, se analisarmos com mais atenção a inserção destas diretrizes na organização do trabalho, na verdade, tendem a aprofundar a heteronomia do trabalho. Na busca por soluções que ampliem o potencial de produção, a ênfase nas equipes de trabalho, com uma aparente ampliação da autonomia dos profissionais envolvidos, refrata a prévia determinação construída pela lógica de produção de mercadoria (Abrahão et al, 2008).

Para Merhy (1995), o modo de operar os serviços de saúde é definido como um processo de produção do cuidado. É um serviço peculiar, fundado numa intensa relação interpessoal, dependente do estabelecimento de vínculo entre os envolvidos para a eficácia do ato. Por ser de natureza dialógica e dependente, constitui-se também num processo pedagógico de ensino-aprendizagem.

Nesse sentido, o trabalho em saúde é um serviço que não se realiza sobre coisas ou sobre objetos, como acontece na indústria; dá-se, ao contrário, sobre pessoas, e, mais ainda, com base numa intercessão partilhada entre o usuário e o profissional, na qual o primeiro contribui para o processo de trabalho, ou seja, é parte desse processo. Ele fornece valores de uso necessários ao processo de trabalho, não apenas a informação acerca do que ocorreu consigo, qual a história de sua queixa ou doença, é solicitada dele participação ativa, para que sejam corretamente aplicadas as normas e prescrições médicas. Enquanto fornecedor de valores de uso substantivos, o usuário torna-se um co-participante do processo de trabalho e, quase sempre, um co-responsável pelo êxito ou o insucesso da ação terapêutica. Na definição clássica sobre o processo de trabalho, destacam-se os seguintes componentes: Ser humano; matéria-prima; instrumentos de trabalho; produto.

No caso do processo de trabalho em saúde, é possível sistematizar da seguinte forma:

- Ser humano ⇒ trabalhador em saúde = operador do cuidado
- matéria-prima ⇒ usuário
- instrumentos de trabalho ⇒ tecnologia (leve/dura/leve-dura)

- produto ⇒ trabalho em saúde ⇒ atos de saúde = produção do cuidado

Trabalhar a partir desses elementos significa refletir sobre como se opera o fazer em saúde, como ele se organiza e como está dividido. Para Souza et al. (1993), qualquer processo de trabalho em saúde possui uma dimensão cooperativa, que integraliza a ação e complementa o processo de produção de serviço, orientado a este fim, e uma direcionalidade técnica, que diz respeito aos conhecimentos científicos e ao uso de tecnologias que influenciam a produção específica do serviço de saúde.

Contraditoriamente, no mundo do trabalho se observa um suposto resgate do sujeito, ou o resgate de um tipo de sujeito. Na organização do trabalho, através da co-gestão e dos círculos de qualidade e no discurso, o sujeito-trabalhador é alvo de análise. A tentativa de gerir a subjetividade é um movimento constante e ideológico do capitalismo que pode ser encontrado na própria gênese da administração. O movimento da captura da produção de conhecimento e de subjetividade, realizado pelo capitalismo contemporâneo, que invade os diferentes espaços e conforma novos arranjos capazes de moldar padrões universais, pode ser observado mais intensamente nas teorias administrativas (Gurgel, 2003).

A gestão contemporânea se utiliza explicitamente de técnicas subjetivas na objetivação dos resultados pretendidos, ou seja, no aumento da produtividade requerida pela direção geral. Embora a quantidade de atos realizados seja referencial para o financiamento dos serviços, o crescimento das especialidades não se faz acompanhar de uma ampliação do poder decisório por parte dos profissionais de saúde. A autonomia do trabalhador se coloca em oposição aos interesses de um coletivo organizado ou, ao contrário, é condição de possibilidade para a elaboração de projetos coletivos. Texto 51

Como o trabalho em equipe requer a interação dos agentes no sentido do entendimento mútuo, não cabe a intolerância às iniciativas individuais ou coletivas, nem o cumprimento inquestionável das relações hierárquicas e das regras técnicas do trabalho. (Schraiber, 1999)

A humanização faz oposição à violência institucional: qualidade do atendimento, associando excelência técnica com capacidade de acolhimento e resposta; cuidado com as condições de trabalho dos profissionais; e ampliação da capacidade de comunicação entre usuários e serviços. (Deslandes, 2004)

É necessária uma adequada conformação das tecnologias dura, leve-dura e leve. A tecnologia leve compreende as relações do tipo de produção de vínculo, autonomização e acolhimento. Já a leve-dura se caracteriza pelos saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde. E a tecnologia dura refere-se não somente aos equipamentos tecnológicos, tais como máquinas, mas também a normas e estruturas organizacionais. (Mehry & Onocko, 2002)

Essa compreensão implica reconhecer que a construção de um novo modelo de saúde humanizado pressupõe a ampliação da dimensão cuidadora, no sentido de desencadear processos mais partilhados dentro da equipe de saúde e também entre os profissionais e usuários, para que se garanta o vínculo e a co-responsabilização. Implica também uma melhor combinação entre a capacidade de produzir procedimentos e cuidado, requerendo competências diversificadas por parte dos profissionais atuantes que se expressam, no campo da cooperação (núcleo cuidador), pelo conhecimento ético, pela destreza nas relações interpessoais, pelo conhecimento institucional e pela compreensão do processo de trabalho; no campo da direcionalidade técnica (núcleo profissional/específico), pelo conhecimento técnico-científico, da clínica, do planejamento e ainda o conhecimento sobre gerência e supervisão dos serviços (Souza et al., 1993).

É justamente no território das tecnologias leves que ocorrem as principais reestruturações produtivas do setor saúde. (Mehry, 2002)

A necessidade de humanização da relação profissional-paciente, com base no desenvolvimento de uma relação empática e participativa, é uma prioridade. (Briceño-Leon, 1996; Mehry, 1997; Caprara, 1999)

A recuperação de valores humanos, ou seja, da humanidade como essência dos seres humanos, não deriva de trabalho mecânico e de rotina, mas sim através de trabalho de realização pessoal/profissional, a partir de competência humana e técnica e da experiência de cuidado humanizado como prática inovadora que transforma as relações e

condições do sistema de produção. Experienciar cuidado humanizado não inclui somente atribuições técnicas e/ou uma relação verticalizada profissional-paciente, mas a habilidade de perceber e acolher seres humanos em suas diferentes dimensões, interações, e entender como eles desenvolvem sua identidade e constroem sua própria história de vida.(Backes, 2004; Mezomo, 2001).

Valores humanizados representam um processo interno pessoal, confronto e mobilização coletiva, capaz de entender as partes de um todo e o todo em partes, estimulado por um processo de humanização participativo.

Não basta nos preocuparmos com os procedimentos organizacionais e financeiros das instituições de saúde, se não mudamos o modo como os trabalhadores da saúde se relacionam com seu principal objeto de trabalho: a vida e o sofrimento dos usuários. (Mehry, 1997; Mendes, 1999)

Não é possível querer transformar nossas práticas de saúde se não tirarmos de uma, já desconfortável, estabilidade acrítica os critérios que tomamos para avaliar e validar a correção ética e moral de nossas ações na saúde.

1.3.5 Cuidado

“Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. Portanto abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro”

(Boff, 1999)

Cuidado significa atenção, desvelo, solicitude, diligência, bom trato, zelo. Significa que nas relações não vemos a existência dos outros como meros objetos, mas sim como sujeitos. Experimentamos os seres como sujeitos, como valores, como símbolos que remetem a uma realidade frontal. O cuidado na sua forma autêntica, é uma atitude fundamental, de um modo de ser mediante o qual a pessoa sai de si e centra-se no outro com desvelo e solicitude. Envolve a convivialidade, a cordialidade e a interação. O cuidado somente surge quando a existência de alguém tem importância para mim e então passo a

participar de sua vida. É precisamente nessa situação que o cuidado provoca uma preocupação, uma inquietação e um sentido de responsabilidade (Boff, 1999).

A humanização, como valor, aponta para a dimensão em que o cuidar da saúde implica reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformadas, os quais vão, progressiva e simultaneamente, esclarecendo e construindo não apenas as necessidades de saúde, mas aquilo mesmo que se entende ser a boa vida e o modo moralmente aceitável de buscá-la (Ayres, 2005).

No campo da saúde poderíamos dizer que o objeto principal do trabalho não seria a cura ou promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado por meio do qual se crê que poderemos atingir a cura e a saúde.

O cuidado é um modo de ser essencial. Isto porque, o cuidado é uma atitude original que se acha a priori de toda atitude e situação do ser no mundo. Neste sentido, o cuidado não é algo independente de nós, ele é a estrutura do nosso próprio ser. O cuidado identifica-se com fenômenos como a vontade e o desejo, traduzindo-se sempre em ocupação e preocupação. Em sua essência, o ser no mundo é cura, cuidado. A cura compreende o ser como co-presença dos outros dentro do mundo como preocupação. A preocupação é uma relação de respeito, onde se considera a originalidade do outro na relação (Heidegger, 1989).

Pode-se descrever o ato de cuidar do outro em sofrimento como o agir que inclui o outro como legítimo outro, ou seja, como possibilidade de conhecimento, liberdade e desejo. Isto implica em: observar, entender, avaliar, ter curiosidade, acompanhar, rever, escutar, responder, ser solidário, aceitar, fazer crescer, dar autonomia, proteger, defender, individualizar o sujeito-cidadão que demanda ações de saúde.

Entende-se então a produção do cuidado como um conjunto de ações e intervenções sobre indivíduos, sejam elas gerenciais, clínicas, coletivas, individuais tendo a saúde como produto final. A partir daí, imaginamos uma "linha do cuidado" na qual esteja garantido ao usuário o acesso às mais variadas formas de intervenções e tecnologias para que seu problema e necessidade de saúde seja resolvido ao final desta linha.

Com certeza, esta linha deve perpassar todos os níveis do sistema e sofrer intervenções gerenciais e reguladoras constantes para garantir acesso oportuno e resolubilidade com qualidade em todas as suas etapas.

Portanto, pensar processos de trabalho em saúde em qualquer tipo de serviço ou sistema que consigam combinar a produção de atos cuidadores de maneira eficaz com conquista de resultados, cura, promoção e proteção à saúde é um desafio a ser perseguido pelo conjunto de trabalhadores e gestores.

As relações entre os diversos valores que nos orientam e os processos de adoecimento e seu cuidado e prevenção parecem ser o núcleo mais essencial das propostas de humanização e seu ideal de transformação (Heidegger, 1995).

Em seu clássico “Saber cuidar”, o teólogo Leonardo Boff nos provoca uma oportuna reflexão sobre a importância do cuidado nas relações humanas em tempos de crescente individualização, indiferença e isolamento, no contraditório contexto de valorização da tecnologia moderna em detrimento dos valores afetivos e solidários. Essa questão expressa uma crise civilizacional que aparece sob o fenômeno do descuido, da falta de cuidado. Traz para o cerne da reflexão o cuidado como uma categoria essencial da existência humana, sustenta que o cuidado representa uma dimensão ontológica na constituição do ser humano, na medida em que a sua condição de existir no mundo depende do cuidado recebido (Boff, 1999).

O cuidado pode ser concebido como uma categoria reconstrutiva, isto é, como um constructo filosófico que busca refletir de modo simultaneamente crítico e propositivo, acerca da possibilidade de reorganização das práticas de saúde. O cuidado implica em uma prática orientada por valores éticos de uma emancipação solidária dos sujeitos em sua diversidade, singularidade e interdependência (Ayres, 2004).

O cuidado lida com o processo saúde-doença, é uma atitude que representa a aproximação compreensiva com a realidade do sujeito que experimenta a condição de estar doente. Esta atitude compreensiva traduz-se numa co-responsabilidade.

Significa o reconhecimento do outro como um sujeito a quem dedica-se a atenção profissional, fazendo-se presença solidária e dando valor de significação as palavras. Na

atitude do cuidado, o profissional preenche a sua ação de sentido ético e político, percebendo o outro como um sujeito de consciência, possibilitando o seu livre agir, o seu poder de decisão e sua autonomia. O cuidado é mais do que um procedimento técnico, é uma atitude que provoca a legitimidade e a valorização da existência do outro, assim como ela se apresenta em sua singularidade. Quando o profissional lança mão de atitudes de cuidado na sua ação, não se limita a perceber o outro apenas como um doente. Não se restringe ao entendimento de que o sujeito alcançou a saúde porque teve a sua doença controlada e recebeu alta hospitalar. A atitude do cuidado vai muito além e exige uma co-responsabilidade, uma compreensão das necessidades do outro para alcançar uma melhor saúde. (Freitas,2007)

O cuidado se refere à dimensão intersubjetiva, isto é, as interações entre os sujeitos em relação ao ato assistencial, que se expressa na linguagem de valores, atitudes e emoções. Essas duas dimensões gozam de valorização desigual não só no ensino, como também no próprio exercício do trabalho médico à medida que ao desempenho técnico científico é dada primazia, enquanto dimensão intersubjetiva tende a ser tratada como aspecto secundário do trabalho e da socialização em medicina.(Good & Good, 1993; Menezes, 2001; Bonet, 1999; Schraiber, 1997)

Temos o cuidado como uma sabedoria prática que em estreita relação com saberes tecnocientíficos, quer fazer das ações de saúde a busca de êxitos técnicos imediatamente entendidos como sucesso prático. É preciso que o cuidado em saúde considere e participe da construção de projetos humanos. Para cuidar há que se sustentar, ao longo do tempo, uma certa relação entre a matéria e o espírito, o corpo e a mente, moldados a partir de uma forma de vida que quer se opor à dissolução, que quer garantir e fazer valer sua presença no mundo (Deslandes, 2006).

É o cuidado que revela, simultaneamente, o mundo em que se está vivendo, o mundo que se antecipa, se escolhe e se negocia como futuro desejado, e os sujeitos que antecipam, acolhem e negociam esse mundo que compartilham e projetam (Heidegger, 1995).

Ao atribuírmos ao cuidado o estatuto de uma categoria reconstrutiva, queremos nos referir à aposta, fundamentada na trajetória reflexiva de que existe uma potencialidade

reconciliadora entre êxito técnico e sucesso no cotidiano da atenção à saúde, a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre as tecnociências, da saúde e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz. (Ayres, 2004)

Poder ouvir e fazer-se ouvir, pólos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo, é o elemento que faz efetivamente surgir na cena do cuidado não um sujeito e seu objeto, mas dois sujeitos e um objeto mediador. Quando se fala em cuidado e humanização, faz-se referência a um conjunto de princípios e estratégias que norteiam a relação entre um sujeito, o usuário, e o profissional da saúde que o atende. Para a construção do cuidado, tão importante quanto investir na reflexão e transformação relativas às características das interações interpessoais nos atos assistenciais e a partir deles é debruçar-se sobre as raízes e significados sociais dos adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente interpostos a adoecimentos em sua condição de obstáculos coletivamente interpostos a projetos de felicidade humana. É preciso refletir também sobre as raízes e significados sociais das tecnologias e serviços disponíveis para responder aos adoecimentos (Deslandes, 2006).

1.3.6 Integralidade

É um princípio fundamental do SUS. Garante ao usuário uma atenção que abrange as ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação, com garantia de acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde.

Desde os anos 80 a integralidade em saúde vem sendo colocada como questão nas políticas governamentais, em programas de intervenção e em todo discurso do movimento sanitário. Primeiro, foi pensada em termos de uma articulação entre aparatos institucionais prestadores de serviços, como a integração entre os setores público e privado na produção dos cuidados de assistência médica, ou entre os sub-setores de saúde pública e de medicina previdenciária, no interior do próprio setor público de serviços.

Na dimensão da organização dos serviços e das práticas, os princípios do SUS, em especial o da integralidade das ações, são qualificadores do direito social, são elementos que impulsionam a expressão de novas necessidades (Puccini & Cecílio, 2004).

No entanto, integralidade não é apenas uma diretriz do SUS definida constitucionalmente. Ela é uma “bandeira” de luta, parte de uma “imagem objetivo”, um enunciado de certas características do sistema de saúde, de suas instituições e de suas práticas que são consideradas por alguns desejáveis. Ela tenta falar de um conjunto de valores pelos quais vale lutar, pois se relacionam a um ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária. A integralidade é assumida como sendo uma ação social resultante da permanente interação dos atores na relação demanda e oferta, em planos distintos de atenção à saúde (plano individual – onde se constroem a integralidade no ato da atenção individual e o plano sistêmico – onde se garante a integralidade das ações na rede de serviços), nos quais os aspectos subjetivos e objetivos sejam considerados (Pinheiro & Mattos, 2001).

A prática de atenção integral à saúde depende centralmente da instituição de novos padrões de relacionamento entre o sujeito/clínico e o sujeito/enfermo, através da adoção de um arranjo no processo de trabalho que estimule maiores coeficientes de vínculo entre a equipe de saúde e o usuário concreto.

A questão da integralidade representa, hoje, o maior desafio nas práticas em saúde, não como questão institucional ou política, já que integrar na esfera que contém a política pública e a esfera da ação pública, aquela que ocorre a prestação dos serviços, sendo o público um setor de produção social, não é exatamente algo novo, mas como desafio cultural, para romper com formas cristalizadas de se entenderem e realizarem ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição.

Integralidade, no contexto do sistema Único de Saúde pode ser vista como uma imagem objetivo, uma noção amálgama, com vários sentidos.

Integralidade como crítica a atitude médica fragmentária, a um sistema que privilegia a especialização e segmentação, a atitude médica reducionista, a formação médica de base flexneriana – recusa em reduzir o paciente ao aparelho ou sistema biológico que supostamente produz o sofrimento e, portanto a queixa do paciente – integralidade tomada a partir do referencial da Medicina Integral.

Integralidade como crítica a práticas dos profissionais de saúde, como uma dimensão das práticas, busca compreender o conjunto das necessidades de ações e serviços de saúde que um paciente apresenta para além da atenção individual curativa, incorporação de ações de promoção e prevenção na atenção à saúde e articulação com ações curativas e reabilitadoras – integralidade tomada a partir do referencial da Medicina Preventiva.

Integralidade como modo de organizar as práticas relaciona-se com a organização dos serviços e das práticas de saúde, crítica a separação entre práticas de saúde pública e práticas assistenciais, entre ações de saúde coletiva e atenção individual, crítica aos programas verticais – integralidade tomada como horizontalização dos programas.

Integralidade como modo de organizar o processo de trabalho em saúde, de modo a otimizar o seu impacto epidemiológico – articular atenção a demanda espontânea com a oferta programada de atenção à saúde, busca contínua de ampliar as possibilidades de apreensão e satisfação das necessidades de um grupo populacional, de ampliação da eficiência – integralidade tomada como oferta programa de atenção à saúde.

Integralidade como acesso às técnicas de diagnóstico e tratamento necessárias a cada caso quando necessário, articulação a partir da atenção básica aos meios de diagnóstico e atenção especializada quando necessário, de ampliação de acesso ao sistema de saúde e de resolutividade da atenção – Integralidade tomada como acesso a diversos níveis de atenção.

Integralidade como construção de políticas especificamente desenhadas para dar respostas a um determinado problema de saúde ou aos problemas de saúde que afligem um determinado grupo populacional, articulação intra e intersetorial, de ampliação dos âmbitos e articulação de diversos espaços para a busca de soluções, busca de qualidade de vida – Integralidade tomada como ampliação do horizonte de intervenção sobre problemas.

Toda a assistência se funda numa inter-relação pessoal muito intensa. A saúde, mais do que outros serviços, depende de um laço interpessoal particularmente forte e decisivo para a própria eficácia do ato. (Donato, 2000)

Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e a

morrer. O indivíduo não deve ser visto como um amontoado de partes. Há a necessidade de que os profissionais revejam suas atitudes e concepções ainda muito centradas em um enfoque biomédico, fruto da racionalização da medicina moderna. Busca-se conceber o processo de humanização da atenção a saúde como um processo de ampliação do diálogo-entre profissionais, sujeitos participantes dos programas de saúde e equipe- que estimule uma crescente integração entre as finalidades técnicas do trabalho e a valorização da construção de vínculos de afetividade, responsabilidade e solidariedade.(Freitas,2007)

A integralidade assistencial pode ser desenvolvida não apenas como superação de dicotomias técnicas entre preventivo e curativo, entre ações individuais e coletivas, mas como valorização e priorização da responsabilidade pela pessoa, do zelo e da dedicação profissional por alguém, como outra forma de superar os lados dessas dicotomias. Isto é, a humanização induz a pensar que não é possível equacionar a questão da integralidade sem valorizar um encontro muito além de soluções com modelos técnicos de programação de oferta organizada de serviços (Puccini & Cecílio, 2004)

A integralidade do cuidado deixa de ser, portanto, uma simples junção técnica das atividades preventivas e curativas, individuais e coletivas. Os diferentes saberes e práticas, o cuidado e a atenção dispensados a uma pessoa pelos profissionais de saúde são necessários para a sua realização. A integralidade, para concretizar-se, depende do reconhecimento e da valorização do encontro singular entre os indivíduos, que se processa no necessário convívio do ato cuidador. (Puccini, 2002).

1.3.7 Subjetividade

Subjetividade é entendida como o espaço íntimo do indivíduo (mundo interno) com o qual ele se relaciona com o mundo social (mundo externo), resultando tanto em marcas singulares na formação do indivíduo quanto na construção de crenças e valores compartilhados na dimensão cultural que vão constituir a experiência histórica e coletiva dos grupos e populações.

Considerada a partir da compreensão da religião, a subjetividade se confundiu com a alma, com a divindade, que seria a subjetividade absoluta. Já a partir do ponto de vista do paradigma técnico-científico ela se dissolveu, historicamente, em determinismos físicos,

biológicos, sociológicos ou culturais e, em alguns momentos, até se tornou um "ruído" a ser eliminado em benefício da eficiência e do progresso.

Em virtude do acelerado processo técnico e científico no contexto da saúde, a dignidade da pessoa humana, com frequência, parece ser relegada a um segundo plano. A doença muitas vezes, passou a ser o objeto do saber reconhecido cientificamente, desarticulada do ser que a abriga e na qual ela se desenvolve (Backes et al, 2007).

A desconsideração da subjetividade e da experiência de vida do paciente implica também uma série de conseqüências negativas para o relacionamento profissional-paciente.

É crescente a necessidade do resgate da subjetividade e da relação dialógica entre profissional e o usuário do serviço, para se superar a visão medicalocêntrica e individualista do modelo vigente, acreditando que o agir do profissional de saúde deveria ser forçosamente mais humilde, baseado na escuta, no diálogo e não na imposição(Traverso-Yépez, 2001).

Justamente no sentido de revalorizar as inter-relações humanas, agindo contra o convencimento da superioridade do mercado e defendendo o valor superlativo da busca da dignidade humana, surgem as propostas de humanização.

Humano se refere ao plano das relações intersubjetivas que se processam nas práticas sociais, neste caso, referidas ao campo da saúde, tendo como seu fundamento a capacidade de simbolização e construção de sentidos em relação. Enquanto espaço de humanização das práticas, não se limita ao contato entre indivíduos ou subjetividade isoladas, mas se estabelece como relação simbólica entre sujeitos historicamente situados (Merleau-Ponty, 1996).

O ideal de humanização pode ser definido como um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores relacionados à felicidade humana.

Trata-se de uma tomada de posição fundamentalmente ética, a condição ética se dando no contato, na abertura ao outro, condição de possibilidade de toda subjetividade. (Donabedian, 1966)

A humanização é uma forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional (Deslandes, 2004)

O interessante é perceber, porém, que nas práticas cotidianas do atual sistema de saúde, baseado no modelo biomédico hegemônico, continua-se negligenciando essa complexidade ao focar a doença e desconsiderar o valor da experiência subjetiva do paciente, além da permanente interdependência entre os condicionantes biológicos, psicossociais, culturais e ambientais relacionados ao processo saúde-doença (Remem, 1993).

No entanto, o ato clínico, por princípio, não é científico, na medida em que está comprometido com o restabelecimento de uma norma vital subjetiva, embora obviamente o ato seja baseado, em grande parte, em conhecimentos oriundos das ciências biológicas. É a presença subjetiva, neste campo de atuação, que fornece as condições de possibilidade de desenvolvimento de uma ação médica tecnicamente eficaz (Fernandes, 1993).

As práticas de saúde não tem apenas uma dimensão técnica; são ao mesmo tempo práticas sociais complexas, perpassadas pelas dimensões culturais, econômicas, políticas e especialmente ideológicas, motivo pelo qual as mudanças não são fáceis.

Compreender o corpo como sujeito é fundamental. A expressão corpos-sujeitos compreende os sujeitos no entrelaçamento da complexidade do sentir, do pensar, da expressar-se, do agir, construindo assim uma unidade corpórea que singulariza a presença do homem no mundo (González & Fensterseifer, 2005).

Reconhece-se e valoriza-se essa dimensão subjetiva do usuário, não apenas por uma questão ética, mas porque em toda relação está sempre um outro e que só se desenvolvem relações éticas quando se vê o outro como interlocutor válido e como agente social das próprias mudanças por meio da reflexão consciente e compartilhada do problema (Guareschi, 1998).

O envolvimento e a participação dos usuários só são possíveis mediante um processo de diálogo entre saberes, no qual cada um contribui com seu conhecimento

peculiar da situação, acreditando-se que o desenvolvimento efetivo dessa participação parte de práticas vivenciadas no cotidiano. (Briceño-León, 1996; Bossi & Affonso, 1998).

A subjetividade é toda e qualquer manifestação dos sujeitos viventes. Por isso, tratar da subjetividade é impossível sem o apoio em certa teoria do sujeito. O método Paidéia adota a concepção de que o sujeito individual e coletivo, bem como sua práxis, são sempre co-produzidos, estando sempre envolvidos alguns fatores. Nesse sentido, é impossível pensar subjetividade sem uma base material, biológica, sobre a qual se constitui o sujeito real. Por outro lado, fatores externos ao sujeito interferem no modo de vida e de funcionamento das pessoas.

A autonomia dos sujeitos é sempre relativa, sempre dependente de fatores sobre os quais têm uma compreensão e uma interferência parcial. Esses fatores tendem a funcionar induzindo modos de ser e de viver segundo uma lógica a que se convencionou denominar de funcionamento estrutural. Estes fatores estruturados são resistentes a mudança e tendem a instituir formas repetitivas de existência. O biológico organiza-se em um sistema estruturado. O modo de cada um lidar com o próprio desejo, apesar de ser um funcionamento em grande medida inconsciente, ao longo da vida, funciona segundo uma estrutura de resistência e de liberações. O social, o cultural e o econômico funcionam com base em regras, leis e organizações mais ou menos estruturados. Todas essas estruturas tendem a reproduzir-se criando ciclos de repetição tanto no modo de funcionamento, quanto da repetição de resultados.

Esta tendência a reprodução do modo de funcionamento é que permite a elaboração de conhecimento sobre o funcionamento social, econômico, cultural, institucional e mesmo sobre os sujeitos coletivos ou individuais. A abstração de conceitos como integralidade ou totalidade tende a produzir métodos padronizados, dificultando a compreensão de situações ou casos específicos.

A teoria Paidéia de Campos (2000), enfatiza a necessidade de que, mediante a adoção de alguma metodologia de apoio, as pessoas consigam desenvolver maior capacidade reflexiva e, em conseqüência, adquiram maior capacidade de interferir sobre os fatores estruturados que as condicionam. Sejam fatores externos ou internos ao sujeito.

Tem por objetivo a construção de sujeitos reflexivos para que consigam a ampliação da capacidade de análise de si mesmo e do mundo.

II.METODOLOGIA

2.1 Modelo de estudo

Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa em um centro de referência na atenção secundária.

A pesquisa qualitativa, implica em levar em conta os sujeitos envolvidos no estudo, sua condição social, suas crenças, seus valores e significados; considerando que o objeto das ciências da saúde é complexo, contraditório, inacabado e em permanente transformação (Minayo,1999).

Enquanto estudos quantitativos procuram geralmente seguir com rigor um plano (baseado em hipóteses claramente indicadas e variáveis que são objeto de definição operacional), a pesquisa qualitativa costuma ser direcionada, ao longo de seu desenvolvimento; além disso, não busca enumerar ou medir eventos; seu foco de interesse é amplo e parte de uma perspectiva diferenciada da adotada pelos métodos quantitativos. Dela faz parte à obtenção de dados descritivos mediante contato direto e interativo do pesquisador com a situação objeto de estudo.

2.2 Contexto do estudo

A pesquisa será realizada em um centro de referência em atenção secundária da cidade de Pelotas, situada na região sul do estado do Rio Grande do Sul.

Com uma área aproximada de 1.921.80 Km², distante 250 Km da capital Porto Alegre, conta com população aproximada de 339.934 habitantes. Em Pelotas, como nas demais grandes cidades brasileiras, o setor de assistência à saúde pelo sistema do SUS apresenta, sob alguns aspectos, graves problemas, e, sob outros, serviços de boa qualidade. No ano de 2007, contava com um total de 136 estabelecimentos de saúde, sendo que 93 deles tinham algum tipo de atendimento ao SUS.

Existem 72 estabelecimentos que prestam serviços de atenção secundária ao SUS, sendo escolhido um local de referência, por estar inteiramente vinculado a uma das universidades da cidade.

A atenção secundária consiste em serviços ambulatoriais e hospitalares especializados de média complexidade, que é um dos três níveis de atenção à Saúde, considerados no âmbito do SUS. Compõe-se por ações e serviços que visam a atender aos principais problemas de saúde e agravos da população, cuja prática clínica demande disponibilidade de profissionais especializados e o uso de recursos tecnológicos de apoio diagnóstico e terapêutico. A atenção média foi instituída pelo Decreto nº 4.726 de 2003, que aprovou a estrutura regimental do Ministério da Saúde.

Os grupos que compõem os procedimentos de média complexidade do Sistema de Informações Ambulatoriais são os seguintes: 1) procedimentos especializados realizados por profissionais médicos, outros de nível superior e nível médio; 2) cirurgias ambulatoriais especializadas; 3) procedimentos traumato-ortopédicos; 4) ações especializadas em odontologia; 5) patologia clínica; 6) anatomopatologia e citopatologia; 7) radiodiagnóstico; 8) exames ultra-sonográficos; 9) diagnose; 10) fisioterapia; 11) terapias especializadas; 12) próteses e órteses; 13) anestesia.

O centro de atenção secundária é uma extensão da Universidade Católica de Pelotas (UCPel) sob a responsabilidade do Hospital Universitário São Francisco de Paula (HUSFP/UCPel). O Ambulatório Central, está localizado no campus da saúde, prestando atendimento em diversas especialidades a cerca de 800 pacientes por dia. Atende pacientes encaminhados pelas Unidades Básicas de Saúde (SUS) e os oriundos de internação hospitalar, que precisam de acompanhamento ambulatorial.

Segundo estatísticas da própria instituição no ano de 2007, no ambulatório da Universidade Católica de Pelotas, local onde se dará a coleta de dados, foram efetuadas 83.280 atendimentos dentre todas as especialidades disponíveis.

2.3 Participantes

Participarão deste estudo 10 profissionais das diversas áreas de atendimento do ambulatório da Universidade Católica de Pelotas, distribuídos da seguinte forma:

- 2 médicos
- 2 enfermeiros
- 2 técnicos de enfermagem
- 1 farmacêutico
- 1 psicólogo
- 1 assistente social
- 1 fisioterapeuta

. A seleção dos participantes se dará de forma aleatória a partir de listagem fornecida pela coordenação da Escola de Saúde da Universidade Católica de Pelotas de acordo com a área de atuação. Para manter o anonimato dos sujeitos serão adotados códigos de identificação que serão distribuídos de forma aleatória após a transcrição dos encontros.

2.4 Coleta de dados

Elegeram-se como técnica para este estudo o grupo focal, que é uma técnica de avaliação que oferece informações qualitativas. Há duas orientações quanto ao uso de grupos focais: a primeira é teórica e tem como objetivo a produção de conhecimento científico e a segunda é prática, destinando-se à utilização dos dados em contextos específicos para a intervenção e tomada de decisões. Ambas as orientações podem se combinar em três modalidades: a) grupos focais exploratórios, cujo enfoque é reunir informações significativas que permitam, não só a familiarização com o tema, mas também

a construção de modelos teóricos; b) clínicos, cuja ênfase é no diagnóstico e intervenção terapêutica dos próprios participantes do grupo, muito usada na área de saúde em grupos de hipertensos, por exemplo; e c) vivenciais, cujo foco é no processo de aprendizagem grupal de uma equipe de trabalho, bastante usada na avaliação do impacto de programas do terceiro setor e na preparação de equipes multiprofissionais. (Fern, 2001)

O grupo focal, tem sido internacionalmente usado para a estruturação de ações em saúde pública. Relativamente simples e rápido, o grupo focal parece responder a contento a nova tendência de educação para a saúde, que tem se deslocado da perspectiva do indivíduo para o do grupo social (Mckinlay, 1992; Yach, 1992). Por isso, optou-se por esse tipo de abordagem.

2.4.1 Composição dos grupos focais

A preocupação em conhecer como se expressa a horizontalidade nas relações de trabalho fizeram com que se optasse que 10 profissionais seriam selecionados como participantes para a realização dos grupos focais, número suficiente para todos terem a possibilidade de partilhar suas percepções, fornecer uma diversidade de opiniões e atingir a saturação das respostas de cada tópico proposto.

Os grupos são formados com participantes que têm características em comum e são incentivados pelo moderador a conversarem entre si, trocando experiências e interagindo sobre suas idéias, sentimentos, valores, dificuldades, etc.

2.4.2 Roteiros de discussão nos grupos focais

Para a condução dos grupos focais foi estruturado um roteiro de cinco tópicos para facilitar a dinâmica grupal, permitir um aprofundamento progressivo da discussão e fornecer insumos significativos para a análise dos fatores associados à identidade organizacional. Os cinco tópicos norteadores dos grupos: a) Apresentação do projeto discussão da Política Nacional de Humanização e produção de saúde; b) Integralidade; c) Cuidado; d) Processos de trabalho; e) Subjetividade.

Os dados serão coletados através de 6 encontros cada um com duração de cerca de 120 minutos ou até saturação de dados. Após cada reunião serão elaborados relatórios com

o resumo das informações, e impressões obtidas no grupo focal e suas implicações para o estudo.

2.4.3 Formas de condução dos grupos focais

Antes de iniciar a discussão em cada grupo, a moderadora dos grupos apresentará algumas regras de funcionamento: a) somente uma pessoa deve falar de cada vez; b) conversas paralelas devem ser evitadas; c) ninguém deve dominar a discussão e d) todos têm o direito de falar o que pensam.

O papel do moderador é promover a participação de todos, evitar a dispersão dos objetivos da discussão e a monopolização de alguns participantes sobre outros. O assunto é identificado num roteiro de discussão e são selecionadas técnicas de investigação para a coleta das informações.

Alguns cuidados deverão ser tomados na condução dos grupos focais: a) procurar deixar o grupo à vontade para expressar suas opiniões; b) reafirmar, quando necessário, as regras de funcionamento dos grupos focais; c) explorar ao máximo o tópico, antes que o grupo siga adiante na discussão; e d) evitar digressões que distanciavam o grupo dos tópicos principais.

2.4.4 Habilidades do moderador

Não resta dúvida que, além de se preocupar com os registros dos grupos focais, roteiro, composição, local de realização, etc., é preciso preparar o moderador para exercer um papel que venha a facilitar o curso da discussão. Para tanto, se faz necessário um treinamento prévio do moderador para que, no momento da sessão, não ocorra, em vez do grupo focal, uma entrevista grupal. Em outras palavras, no grupo focal, a relação do moderador é com o grupo, seu papel é o de permitir que, ao sugerir o tema, os participantes do grupo compartilhem a sua opinião com os outros integrantes e não ao moderador. No caso da entrevista grupal, a relação é diádica, ou seja, o entrevistador quer saber o que cada participante pensa individualmente sobre o tema ou assunto.

Uma responsabilidade adicional do moderador no uso da técnica é a preocupação ética de zelar pela preservação da privacidade dos membros dos grupos, evitando que os participantes exponham demais seus sentimentos (o que seria pertinente em um grupo focal clínico, mas contra-indicado para um de pesquisa).

A empatia é fundamental para que o moderador se coloque no lugar do participante e compreenda o seu ponto de vista. A atenção fluente irá favorecer as intervenções pontuais no processo de discussão, permitindo trazer para o centro dos comentários pontos de vista discordantes, quando ignorados pela maioria do grupo. O domínio do tema é essencial para permitir um acompanhamento cuidadoso das trocas verbais. O autocontrole e o autodomínio são importantes para que o moderador iniba sinais de sua concordância ou discordância em relação aos pontos de vista tratados no grupo. Por último, a presteza nos feedbacks é um requisito valioso para que o moderador avalie o sentido de suas interpretações acerca do discurso dos participantes.

III. Processamento e análise de dados

A análise dos dados em pesquisas qualitativas consiste em três atividades interativas e contínuas (Miles & Huberman, 1984):

- Redução dos dados - processo contínuo de seleção, simplificação, abstração e transformação dos dados originais. Na verdade a redução dos dados já se inicia antes da coleta de dados propriamente dita;
- apresentação dos dados - organização dos dados de tal forma que o pesquisador consiga tomar decisões e tirar conclusões a partir dos dados (textos narrativos, matrizes, gráficos, esquemas etc.);
- delineamento e verificação da conclusão - identificação de padrões, possíveis explicações, configurações e fluxos de causa e efeito, seguida de verificação, retornando às anotações de campo e à literatura, ou ainda replicando o achado em outro conjunto de dados.

Temas-chaves e conceitos são identificados nas transcrições e categorizados. A frequência de vezes que opiniões são expressas, assim como tom de voz e comportamento

não-verbal são levados em consideração. Kitzinger (1995) recomenda que a análise deve utilizar-se de todo o material coletado e o uso de certas categorias especiais para determinadas narrativas (perguntas, piadas, anedotas, mudança de opinião...). também recomenda o uso de ilustrações contextuais das conversações.

Para análise dos dados, deve-se levar em consideração: palavras utilizadas repetidamente, o contexto no qual a informação foi obtida, concordâncias entre as opiniões dos participantes, alteração de opiniões ocasionadas pela pressão dos grupos, respostas dadas em função de experiências pessoais de maior relevância do que impressões vagas, idéias principais, comportamentos, gestos, reações, sentimentos, valores de ordem pedagógica, ideológica e ética, preconceitos, dificuldades de compreensão das perguntas feitas, entusiasmos, dificuldades no enfrentamento de desafios, aproveitamento dos espaços de liberdade, etc.

A análise dos dados levantados se inscreverá na tradição hermenêutica, que é algo tradicional em metodologia, porque se refere à arte de interpretar textos e sobretudo à comunicação humana. Parte da constatação de que a realidade social, e nela, sobretudo o fenômeno da comunicação humana, possui dimensões tão variadas, nuançadas e mesmo misteriosas, que é mister não só no que diz, mais igualmente para o que não diz. (Demo, 1995)

Optou-se por uma análise qualitativa, do tipo análise de discurso dos dados coletados.

Assim, a orientação hermenêutica será seguida na análise do material discursivo, porque se propõe a perscrutar o sentido dos textos, na certeza de que as entrelinhas também são definidoras. Um discurso não se entende apenas na sua forma, no seu formato, na sua gramática, mas no conteúdo que quer dizer. (Demo, 1995).

Como o discurso encontra-se na exterioridade, no seio da vida social, o pesquisador necessita romper as estruturas lingüísticas para chegar a ele. É preciso sair do especificamente lingüístico, dirigir-se a outros espaços, para procurar descobrir, descortinar, o que está entre a língua e a fala. Para a Análise do Discurso, o discurso é uma prática, uma ação do sujeito sobre o mundo. Por isso, sua aparição deve ser

contextualizada como um acontecimento, pois funda uma interpretação e constrói uma vontade de verdade. (Fernandes, 2005)

Quando pronunciamos um discurso agimos sobre o mundo, marcamos uma posição - ora selecionando sentidos, ora excluindo-os no processo interlocutório.

O discurso é “uma dispersão de textos cujo modo de inscrição histórica permite definir como um espaço de regularidades enunciativas” (Maingueneau,2005).

A psicologia discursiva,tem por interesse demonstrar como, nas conversas, as versões conversacionais que os participantes apresentam dos eventos são construídas para a tarefa interativa e comunicativa. O foco empírico está mais concentrado sobre o conteúdo da fala, seu tema, e sua organização social, e não lingüística, permitindo a análise dos fenômenos psicológicos enquanto fenômenos sociais e discursivos.

A análise de discurso ao se instituir, se debruçará sobre textos institucionais, sobre documentos, não se propondo a investigar a tessitura das interlocuções espontâneas, conhecidas como conversa que vem sendo estudada por uma corrente anglo-saxônica vinculada à corrente da Pragmática da linguagem, denominada: Análise da conversação.

Pragmática é o ramo da lingüística que visa a captar a discrepância entre o significado proposicional recuperável pela semântica composicional de um enunciado e o significado visado por um falante numa dada enunciação. Estuda os significados lingüísticos determinados não exclusivamente pela semântica proposicional ou frásica, mas dedutível de condições dependentes do contexto extra-lingüístico: discursivo, situacional etc.

O pragmatismo lingüístico, interessado no papel das línguas como instrumento cultural-social, de comunicação e interação entre indivíduos e povos. Embora o conhecimento produzido por filósofos e lingüistas sobre a natureza da linguagem e sobre como esta é originariamente adquirida pelo ser humano (em contraste com a linguagem não-humana).Não é uma teoria nem propriamente uma escola metodológica. Trata-se de uma atitude em face do problema do conhecimento; de uma alternativa ao ceticismo e à tradição clássica; de uma abordagem que utilizará as metodologias disponíveis e que possam ser úteis ao sujeito cognoscente, isto é, ao “conhecedor”, a seu critério e de acordo com a sua visão de mundo. Embora o pragmatismo considere o conhecimento como sendo

arracional (insuscetível de ser racionalizado), reconhece a possibilidade de o sujeito cognoscente poder fazer escolhas racionais com base na maior ou menor utilidade para a hipótese em questão. Assim, por exemplo, diante de duas teorias, não buscará saber qual é a verdadeira ou mais consistente do ponto de vista de uma racionalidade a elas imanente. Através de uma avaliação personalista, calculará a utilidade - também personalista - de escolher entre uma e outra. A verdade de uma proposição estará, então, condicionada à sua verificabilidade, ou seja, dependerá de sua conseqüência prática e do seu valor para a vida concreta. Se uma teoria diz que a criança aprende por imitação, é possível que ela não seja de todo verdadeira, mas será possível verificar que uma das estratégias utilizadas pela criança é realmente a imitação (Brown, 1994).

As origens próximas do pragmatismo, portanto, vão ser encontradas na filosofia estadunidense da virada deste século, particularmente na filosofia de William James e John Dewey, os quais se empenharam em trazer para a área das ciências humanas os métodos experimentais. Como nos informa William James, a palavra pragmatismo (do grego *pragma* = ação) foi introduzida pela primeira vez em filosofia por Charles Peirce, em 1878. Segundo Peirce (1974) nossas crenças nada mais são do que regras de ação, e que o importante é determinar que condutas o pensamento está apto a produzir. Na visão de James, todavia, embora em toda a história do pensamento sejam identificadas abordagens de cunho pragmático, tais abordagens se deram de forma fragmentária, sem que seus propugnadores abandonassem de todo concepções tradicionais.

A pragmática lingüística, que, pode-se dizer, é a materialização, no estudo de línguas e na comunicação, do pragmatismo lingüístico, tem tido uma carreira atribulada desde que começou a firmar-se no início da década de 1970, embora, como nos dão conta Akmajian e outros (1995), tenha sido Charles Morris quem, em 1938, propôs a divisão tricotômica do estudo da língua em: sintaxe, semântica e pragmática, tendo definido esta última por “the study of the relation of signs to interpreters”, e, mais tarde, por “the relation of signs to their users”.

O interesse pelos estudos pragmáticos e o seu desenvolvimento devem-se grandemente a estudos realizados inicialmente por filósofos, como já referi. Nada obstante, como se verá adiante, ainda hoje não se tem uma delimitação clara do campo de investigação da pragmática. Trata-se, sem dúvida, de um ramo da lingüística, mais precisamente, da lingüística aplicada, o qual enfoca prioritariamente a linguagem oral, e ainda assim dentro dos limites em que ela (a pragmática) se encontra com as disciplinas

afins acima aludidas. Interessa-se pela linguagem como forma de comunicação humana, sendo relevantes aqui os chamados jogos da linguagem e as formas de vida de Wittgenstein, como num jogo em que as regras não estão explícitas mas o jogador as vai aprendendo - e criando novas regras - à medida que o jogo se desenvolve.

Todavia, como sublinha Gregolin (2001), a análise do discurso ao longo do seu desenvolvimento estendeu seu território de atuação para diversos gêneros discursivos. De forma que o próprio Pêcheux passa a preferir o termo Análise de Discurso no lugar de Análise do Discurso. Sendo seguido por alguns dos estudiosos de grande reconhecimento neste campo, tais como Orlandi (1999), Gadet e Hak (op. cit), entre outros. Ademais, a AD incorporou a contribuição de outros autores, partidários de disciplinas correntes distintas, como por exemplo, Bakhtin, Ducrot, tendo sido instituídas tendências diversas, cuja evolução, como aponta Maingueneau (1997), não é linear. Grosso modo, essas tendências se encontram identificadas como correntes de origem francesas ou correntes de origem anglo-saxônicas. Dentre elas, esta que foi fundada por Pêcheux é que, sem sombra de dúvida, pode contribuir de modo mais profícuo com a Psicanálise e vice-versa, embora, existam alguns obstáculos a serem ultrapassados para que esta contribuição seja mais efetiva. Esses obstáculos serão tratados mais adiante. Agora tentaremos precisar melhor o que é discurso para essa linha de análise e apresentar em linhas gerais seus princípios norteadores.

A contextualização do fragmento linguístico é uma outra necessidade para a análise do discurso, e é essencialmente por este lado que os pragmáticos anglo-saxônicos, especialmente na linha de Wittgenstein e Austin, abordam o estudo do discurso e das suas especificidades. Contrariamente aos semiólogos da escola de Greimas, os pragmáticos, tanto na filosofia da linguagem como na linguística que aceitam a pertinência da contextualização do sentido dos fragmentos discursivos, defendem a tese segundo a qual o contexto não está no texto mas tem sim uma tenção constitutiva entre o discurso e o seu contexto. Nesta epistemologia, não é um modelo em profundidade ou "a vários níveis" que é apresentado mas sim o modelo que reconstrói a riqueza e a variação dos sentidos na sua distribuição enquanto práticas heterogêneas. Aqui o discurso é visto como um processo de utilização num contexto social e cognitivo. Isso não terá como consequência a dissociação radical de "discurso" e "contexto" como duas noções independentes. O discurso, neste perspectiva, não é modo nenhum um objecto estático e estabilizado mas sim uma actividade manifestando uma acção social determinada e, mais, capaz de transformar este

contexto: Austin lembrou-nos que "dizer é fazer", o que quer dizer, que se toma este slogan na sua extensão maximalista, que a "via do discurso", no fim de contas, é o motor da "vida da comunidade enunciativa" e das realidades psicossociais daí decorrentes.

É preciso por isso admitir que, apesar do discurso e do seu contexto continuarem em tensão perpétua, existe uma interdependência necessária e uma dialética constitutiva dos dois termos antitéticos, o discurso e o contexto. É comum distinguir diferentes tipos de contextos: o contexto referencial (o mundo dos objectos, dos estados de facto e dos acontecimentos; e, para as ontologias alargadas, os mundos actuais e possíveis), o contexto psicológico, o contexto actancial e o contexto situacional. A esta tipologia de contextos pertencem diferentes tipos de pragmáticas. De fato, pode dizer-se que mesmo a teoria dos modelos e a lógica modal que derivam o sentido de um fragmento discursivo de um contexto existencial (por exemplo, o possível e o ficcional como referente; a realidade "modalizada" in se) são um tipo de pragmática ou de análise do discurso (chama-se a esta pragmática "pragmática indexada").

Se se tomar em consideração o contexto actancial onde o próprio discurso é incorporado como a acção mais global e a mais determinante do sentido de todo o fragmento discursivo, vê-se como e porquê a dialética do discurso e o seu contexto são constitutivos: o discurso, com efeito, é o seu próprio contexto. É segundo esta linha de força que Wittgenstein, Austin e Grice - e tudo o que se segue em filosofia da linguagem e em linguística empírica - pensaram a tensão entre discurso e contexto. Todavia, as contextualizações mais estudadas depois da voga da pragmática são os contextos psicológico e situacional. O discurso é um processo cognitivo onde "o conhecimento do mundo" tem um papel primordial. não só o conhecimento, mas também outros sistemas epistémicos são determinantes.: pode pensar-se nos sistemas (ou melhor, pseudo-sistemas) de crenças, de convicções e de pressuposições e, por fim, nas ideologias. Estes sistemas epistémicos que são na sua maior parte estereotipados, dizem respeito a episódios convencionais de uma certa cultura.(Melo, 2005)

Combinam procedimentos analíticos lingüísticos com análises de processos de conhecimento e construções sem restringirem-se aos aspectos formais das apresentações e dos processos lingüísticos.

As questões de pesquisa concentram-se em definir formas capazes de estudar a elaboração da realidade social nos discursos, sobre determinados objetos ou processos (Flick, 2004).

O pano de fundo teórico da análise do discurso é o construcionismo social. A pesquisa social é uma análise das formas de concepção do mundo e dos esforços construtivos dos participantes em sua vida cotidiana (Goodman, 1978).

Este lugar no discurso é governado por regras anônimas que definem o que pode e deve ser dito. Somente nesse lugar constituinte o discurso vai ter um dado efeito de sentido. Se for pronunciado em outra situação que remeta a outras condições de produção, seu sentido, conseqüentemente, será outro.

Na medida em que retiramos de um discurso fragmentos e inserimos em outro discurso, fazemos uma transposição de suas condições de produção. Mudadas as condições de produção, a significação desses fragmentos ganha nova configuração semântica.

Os discursos se movem em direção a outros. Nunca está só, sempre está atravessado por vozes que o antecederam e que mantêm com ele constante duelo, ora o legitimando, ora o confrontando. A formação de um discurso está baseada nesse princípio constitutivo – o dialogismo. Os discursos vêm ao mundo povoado por outros discursos, com os quais dialogam. Esses discursos podem estar dispersos pelo tempo e pelo espaço, mas se unem por que são atravessados por uma mesma regra de aparição: uma mesma escolha temática, mesmos conceitos, objetos, modalidades ou um acontecimento.

O discurso é o caminho de uma contradição a outra: se dá lugar às que vemos, é que obedecem à que oculta. Analisar o discurso é fazer com que desapareçam e reapareçam as contradições, é mostrar o jogo que nele elas desempenham; é manifestar como ele pode exprimi-las, dar-lhes corpo, ou emprestar-lhes uma fugidia aparência (Foucault, 2005).

Por conveniência e clareza Potter e Wetherell (2002), dividiram o processo de análise de discurso em dez estágios. Na prática, obviamente, estes estágios não se apresentam de forma tão clara, mas como fases que emergem juntas em uma ordem que pode variar consideravelmente:

1. Perguntas da pesquisa:

As perguntas levantadas pelo analista podem ser muitas e variadas. Pode-se investigar micro-conversações entre duas pessoas e o discurso produzido por figuras públicas em audiência de milhões. Pode-se focar no detalhe da troca e hipotetizar sobre seu efeito a medida que se torna parte da interação social coletiva. O discurso dos participantes ou textos sociais ganha uma aproximação em seu “próprio direito” e não como segunda via para coisas além. O discurso é tratado como um potente, mas não transparente meio de informação. A preocupação é exclusiva com a fala e a escrita e como podem ser lidas, não com acuidade descritiva. As perguntas onde o pesquisador se foca são amplamente relacionadas a construção e função: como o discurso é composto e o que se ganha com esta construção. As perguntas dão prioridade ao discurso, em qualquer forma, e questionam sobre sua construção em relação a sua função.

2. Seleção de amostra:

Quando há interesse em formas discursivas, dez entrevistados são capazes de fornecer informação válida tanto quanto centenas de respostas em uma pesquisa estruturada de opinião. Por se estar interessado na linguagem e não nas pessoas que a geram, até mesmo porque um grande número de padrões lingüísticos são prováveis de emergir de poucas pessoas, pequenas amostras ou poucas entrevistas são geralmente adequadas para investigar um importante fenômeno de variação.

3. Coleta de dados e documentos

Deveria ser evidente que o analista de discurso trabalha muito frequentemente com gravações e documentos de interação. Tradicionalmente, uma das mais importantes vantagens deste tipo de coleta é a quase total ausência da influência do pesquisador nos dados (Webb et al, 1966).

No entanto, é nesse estágio que dois tipos de problemas surgem: um prático e outro ético. O prático envolve a gravação, que necessitará qualidade suficiente para possibilitar transcrição e escutas repetidas. Já o problema ético é bem mais dificilmente solucionado, a preocupação com a moralidade pesa como potencial desvantagem pelo conhecimento dos

participantes de que estão sendo gravados. Obviamente, antes do uso de qualquer documento, permissão total deve ser obtida de todos os participantes.

4. Entrevistas

Não serão abordadas neste projeto de pesquisa, no entanto, sabe-se que elas têm a virtude de ampliar o espaço que o pesquisador possui para intervenção ativa. Permitem que o pesquisador deliberadamente levante questionamentos, possibilitando maior comparabilidade entre respostas.

5. Transcrições

A importância e a dificuldade desta tarefa são comumente subestimadas. Uma boa transcrição é essencial para uma análise que envolve repetidas leituras dos dados, e o processo por si só pode auxiliar o pesquisador a ler detalhadamente os discursos. Caso trabalhe-se com gravações de boa qualidade de um pequeno número de pessoas em conversação relativamente formal, e se presta pouca atenção a duração de pausas, hesitações, entonações e interrupções, o tempo de transcrição é de aproximadamente dez horas para uma hora de gravação. Que inclui o tempo de escutar a primeira vez, utilizando-se pedal de pé para parar e continuar a fita, confirmação dos dados com material impresso e possíveis correções.

6. Codificação

A meta não é encontrar resultados e sim encaixá-los em categorias. É uma preparação analítica para uma etapa mais intensiva do estudo. As categorias utilizadas são crucialmente relacionadas às perguntas de interesse do pesquisador. É importante frisar que a codificação tem uma meta pragmática mais que analítica e deve ser feita da forma mais inclusiva possível. Todas as páginas transcritas codificadas como relevantes são fotocopiadas e colocadas em arquivos próprios. Estes arquivos servirão como base para a análise detalhada.

7. Análise

Não há procedimento mecânico para produzir achados de um arquivo transcrito. No entanto, é válido lembrar que a regra básica é ler e reler, somente após longas horas de

leitura dos dados que um padrão sistemático emerge. A análise é constituída principalmente por duas fases intimamente relacionadas. Primeiro, há a procura pelo padrão nos dados, este padrão será na forma de ambas variabilidades: diferenças no conteúdo ou na forma e consistência. Segundo há a preocupação pela função e consequência. A base teórica da análise de discurso é o argumento de que as falas das pessoas preenche muitas funções e possui efeitos variados. A segunda fase da análise consiste em formar hipóteses sobre essas funções e efeitos e procurar por evidências lingüísticas.

8. Validação

Existem várias técnicas analíticas que podem ser utilizadas para validar os achados deste tipo de estudo. Os principais são: coerência, orientação do participante, novos problemas e frutividade.

9. Artigo

Neste tipo de trabalho o artigo final é bem mais que uma apresentação dos achados, constitui parte da confirmação e validação dos procedimentos. A meta é apresentar análises e conclusões de maneira que o leitor seja apto a acessar as interpretações do pesquisador. Uma porção considerável do artigo será tomada por extratos de transcrições ou documentos e o resto serão detalhadas interpretações que evidenciam padrões e organização nos materiais. O processo de escrita auxilia na elucidação de questões analíticas, análise de discurso envolve movimentos fluidos entre os diferentes estágios com codificação, análise, validação e escrita cada uma levando de volta a fases anteriores e finalmente para a fala e escrita que foi o ponto original de partida.

10. Aplicação

Normalmente este estágio é ignorado, pois há pequeno entendimento de como ocorre e o conhecimento que se possui é fragmentado e contraditório, com tantos achados se torna difícil identificar alguma aplicação clara. Esta é uma questão particularmente interessante para a análise de discurso que é criticada por considerar-se que apenas “olha palavras e não coisas reais”. Considera-se que uma disciplina preocupada com a linguagem e suas funções terá interesse abstrato, mas não emprego prático. Por isso, é importante

lembrar que virtualmente a totalidade do entendimento de qualquer pessoa é mediada por discursos (Potter & Wetherell, 2002).

IV.Aspectos éticos

O estudo será avaliado pelo comitê de ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. Todos os participantes receberão um termo de consentimento (anexo I) contendo esclarecimentos sobre os objetivos do estudo, bem como os procedimentos a serem submetidos.

V. Cronograma

Etapas do cronograma:

1 – Revisão Bibliográfica

2 - Elaboração do projeto

3 – Qualificação do projeto

4 – Envio para o comitê de ética

5 – Coleta de dados

6 – Análise de dados

7 – Elaboração do artigo

8 – Defesa da dissertação

9 – Envio do artigo para publicação

	Nov/07	Dez/07	Jan/08	Fev/08	Mar/08	Abr/08	Mai/08	Jun/08	Jul/08	Ago/08	Set/08	Out/08	Nov/08	Dez/08
1	x	x	x	X	X	x	x	x	X	x	X	x	X	x

2			x	X	X	x	x							
3									X					
4									X					
5										x	X			
6											X	x		
7													X	
8														x
9														x

VI. Orçamento

500 folhas A4 R\$ 12,00

Mp3 player com gravador R\$ 199,00

Locomoção R\$ 800,00

Um cartucho preto para impressão R\$ 37,50

Duas canetas esferográficas R\$ 3,00

10 CD'S R\$ 11,80

TOTAL.....R\$1063,30.

Todos os custos deste projeto são de responsabilidade dos próprios pesquisadores.

VII. Referências Bibliográficas

ABRAHÃO,A.L.,MARTINS,C.M.,GEISLER,A. O sujeito na literatura acadêmica sobre gestão em saúde: notas para a questão da autonomia. *Ciência e Saúde coletiva*, 13(1):247-257, 2008.

AKMAJIAN, Adrian et alii. *Linguistics: An Introduction to Language and Communication*. Cambridge/London: The MIT Press, 4th ed., 1995.

AYRES, J.R.C.M.Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*.8(14):73-91, 2004.

AYRES, J.R.C.M. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciência e Saúde coletiva* 10(3):549-560, 2005.

BACKES,D.S. A construção de um espaço dialógico-reflexivo, no contexto interdisciplinar, com vistas à humanização do ambiente hospitalar.[dissertação].Rio Grande (RS): programa de pós-graduação em enfermagem/FURG; 2004.

BACKES,D.S., KOERICH,M.S., ERDMANN, A.L. Humanizing care through the valuation of the human being: resignification of values and principles by health professionals.*Rev latino-am enfermagem* 15(1)34-41, jan-fev, 2007.

BACKES,D.S.,LUNARDI,V.L., LUNARDI, W.DFILHO. A humanização hospitalar como expressão da ética. *Ver latino-am enfermagem*, 14(1):132-5. jan-fev, 2006.

BENEVIDES,R., PASSOS,E. A humanização como dimensão pública das políticas de saúde, *Ciência e Saúde coletiva*, 10(3):561-571, 2005.

BERNARDES,A.G., GUARESCHI,N. Estratégias de produção de Si e a humanização no SUS; *Psicologia, ciência e profissão*, 27(3), 462-475, 2007.

BOFF, L. *Saber cuidar. Ética do humano e compaixão pela terra*. 8ªed. Editora Vozes: Petrópolis.1999.

BONET, O. Saber e sentir. Uma etnografia da aprendizagem da biomedicina. *PHYSIS: Ver. Saúde Coletiva* 9(1):123-150, 1999.

BOSI,M.L.M., AFFONSO, K.C. Cidadania, participação popular e saúde: com a palavra, os usuários da rede pública de serviços. Cad. Saúde pública 14:355-65, 1998.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria executive. Núcleo técnico da política nacional de humanização. HumanizaSUS: política nacional de humanização. Brasília: ministério da saúde, 2003.

BRICEÑO-LEON, R. Siete tesis sobre la educación sanitaria para la participación comunitária. Cad. Saúde pública 12:7-30, 1996.

BROWN, D. H. Principles of Language Learning and Teaching. New Jersey: Prentice Hall, 1994.

CAMPOS, G.W.S.Um método para análise e co-gestão de coletivos - a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda.São Paulo:Hucitec,2000

CAPRARA,A., FRANCO, A.L.S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. Cad. Saúde pública, 15:647-54, 1999.

CARAPINHEIRO, G. Saberes e poderes no hospital. Uma sociologia dos serviços hospitalares. Afrontamento, Porto, 1993.

CASATE,J.C., CORRÊA,A.K. Humanização do atendimento em saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem, Ver. Latino-am Enfermagem, jan-fev, 13(1):105-11, 2005.

DEMO,P. Metodologia científica em ciências sociais, São Paulo:Atlas, 1995.

DESLANDES, S.F. A humanização e a construção política do lugar do sujeito no processo comunicacional. Ciência e Saúde Coletiva 9(1):25-29, 2004.

DESLANDES, S.F. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.Ciência e Saúde coletiva 9(1):7-14, 2004.

DESLANDES, S.F.; Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006.

DONABEDIAN, A. Evaluating the quality of medical care. *Milbank Mem Fund Q.* 44:166-206, 1966.

DONATO, A.F. Traçando redes de comunicação: releitura de uma práxis da educação no contexto da saúde [Tese de doutorado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 2000.

FERN, E. F. *Advanced focus group research*. California: Thousand Oaks, 2001.

FERNANDES, J.C.L. Análise do Discurso: reflexões introdutórias. Goiânia: Trilhas Urbanas: 2005.

FERNANDES, J.C.L. A quem interessa a relação médico-paciente? *Cad. Saúde pública*, Rio de Janeiro, 9(1):21-27, jan-mar, 1993.

FLICK, U. Uma introdução à pesquisa qualitativa, Porto Alegre: Bookman, 2004.

FOUCAULT, M. A arqueologia do Saber. ed.7°. Tradução Luiz Felipe Neves. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

FRANCO, T.B., BUENO, W.S., MERHY, E.E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saúde pública*, 15(2):345-353, Rio de Janeiro, abr-jun, 1999.

FREITAS, B.P. O assistente social na assistência hospitalar eo desafio da humanização: reflexões sobre a dimensão intersubjetiva da prática profissional / Dissertação (Mestrado em Serviço Social) – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

GONZÁLES, J., FENSTERSEIFER, P.E. Dicionário crítico de educação física, Ijuí: ed. Unijuí, 2005.

GOOD, B.J., GOOD, M.D. Learning Medicine: the construction of medical knowledge at Harvard Medical School, pp.81-107. In S. Lindenbaum & M Lock (org.), *Knowledge, power and practice: the anthropology of medicine and everyday life*. University of California Press, Berkeley, 1993

GOODMAN, N., Ways of worldmaking. Indianapolis, Hackett, vol. X, 1978.

GUARESCHI, P. Ética. In: Jacques, M.G., Strey, M.N., Bernardes, M.G., Guareschi, P., org. Psicologia social contemporânea. Petrópolis: Vozes, 1998.

GURGEL, C. A gerência do pensamento: gestão contemporânea e consciência neoliberal. São Paulo: Cortez, 2003.

HEIDEGGER, M. Ser e Tempo I. 3ªed. Petrópolis:vozes, 1989.

HEIDEGGER, M. Ser e Tempo I. Petrópolis:Vozes, 1995.

KITZINGER, J. Introducing focus groups. British medical Journal, 311, 299-301, 1995.

MAINGUENEAU, D. Análise de Textos de Comunicação, São Paulo: Cortez, 2004.

MCKINLAY, J. B. Health promotion through healthy public policy: the contribution of complementary research methods. *Can. J. Public Health*, **83**(Supl. 1):11-9, 1992.

MELO, M.F.V. Psicanálise e análise de discurso: interlocuções possíveis e necessárias. *Latin-American Journal of Fundamental Psychopathology on Line*, V, 1, 61-71, 2005.

MENDES, E.V. Uma agenda para a saúde. São Paulo: Hucitec, 1999.

MENEZES, R.A. Etnografia do ensino médico em um CTI. *Interface-Comunicação, saúde, educação* 5 (9):117-130, 2001.

MERHY, E.E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: Cecílio, L.C., org. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec. 117-60, 1997.

Souza et al 1993 artigo

MERHY, E.E., ONOCKO, R. Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2002

MERHY,E.E. O SUS e um dos seus dilemas: mudar a gestão e a lógica do processo de trabalho em saúde (um ensaio sobre micropolítica do trabalho vivo), Rio de Janeiro:CEBES, 1995.

MERHY,E.E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERLEAU-PONTY,M. Fenomenologia da percepção. São Paulo: Martins Fontes, 1996.

MEZOMO,C.J. Hospital Humanizado. Fortaleza (CE): Premius, 2001.

MILES,M.B., HUBERMAN, A.M., Qualitative data analysis: a sourcebook of new methods.Newbury Park, CA: Sage, 1984.

MINAYO,M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6ªed. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1999.

OLIVEIRA,B.R.G., COLLET,N.,VIEIRA,C.S. A humanização na assistência à saúde, Ver latino-am enfermagem, 14(2)277-84, mar-abr, 2006.

PEIRCE, C.S. Os pensadores, vol. XXXVI. Tradução de Armando Mora D'Olivira. Col. Abril Cultural, 1974.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS Rubens A. Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde.Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001

POTTER,J., WETHERELL,M. Discourse and social psychology: beyond attitudes and behaviour.10ªed, London: Sage, 2002.

PUCCINI,P.T., CECÍLIO,L.C.O. A humanização dos serviços e o direito à saúde, Cad. Saúde pública, 20(5):1342-1353, Rio de Janeiro, set-out, 2004.

PUCCINI,P.T. Limites e possibilidades de uma proposta de humanização dos serviços públicos e satisfação dos usuários na luta pelo direito à saúde [dissertação de mestrado]. Campinas: Faculdade de ciências médicas, universidade estadual de Campinas, 2002.

REMEM,R.N. O paciente como ser humano. São Paulo: Summus, 1993.

SCHRAIBER, L.B. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas. Tese de livre-docência. Departamento de medicina preventiva, Faculdade de medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1997.

SCHRAIBER,L.B., PEDUZZI,M.S., SALA,M., NEMES,M.I.B., CASTANHERA,E.R.L.,KON,R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas.Rev C S Col, 4(2):221-242, 1999.

SOUZA,A.M.A., SANTOS, I. Processo educativo nos serviços de saúde- Série desenvolvimento de recursos humanos, n.01, OPAS, Brasília, 1993.

SVENSON,R. The interplay between doctors and nurses- negotiated order perspective. *Sociology of health ans illness* 18(3):379-398,1996.

TEIXEIRA,M.C.B. A dimensão cuidadora do trabalho de equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia, *Ciência e Saúde coletiva* 11(1)-45-51, 2006.

TRAVERSO-YÉPEZ,M. A interface psicologia social e saúde: perspectivas e desafios. *Psicologia em estudo* 6:49-56,2001.

VAITSMAN, J., ANDRADE, G.R.B. Satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. *Ciência e Saúde coletiva*, 10(3): 599-613, 2005.

VARELA,F. O reencantamento do concreto, pp.33-52. In: PP Pelbart & R Costa (org.). *Cadernos de subjetividade: o reencantamento do concreto*. São Paulo: Hucitec, 2003.

WEBB, E.J., CAMPBELL, D.T., SCHWARTZ, R.D., SECHREST,L. *Unobtrusive measures: non-reactive research in the social sciences*. Chicago: Rand McNally, 1966.

YACH, D. The use and value of qualitative methods in health research in developing countries. *Soc. Sci. Med.*, **35**:603-12, 1992

VIII. ANEXOS

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

A ESTRATÉGIA DE HUMANIZAÇÃO NOS PROCESSOS DE TRABALHO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA DA CIDADE DE PELOTAS (RS)

Solicitamos a sua colaboração para uma pesquisa de dissertação de mestrado sobre a humanização na atenção secundária, a ser realizada pela mestrandia Maria Teresa Bicca Dode sob a orientação do Prof. José Roque Junges do PPG em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS).

A justificativa da pesquisa é produzir conhecimento para a melhoria do atendimento na atenção secundária. O objetivo é verificar a percepção dos profissionais da atenção secundária sobre a influência dos processos de trabalho na estratégia de Humanização.

A sua participação deve ser totalmente voluntária. Caso aceite, será solicitada a sua participação em seis encontros de grupo onde serão debatidos assuntos relativos ao tema da humanização. O grupo será formado por diferentes profissionais da atenção secundária do ambulatório da Universidade Católica de Pelotas,

Você terá todos os esclarecimentos necessários para entender os procedimentos da pesquisa. A sua participação não lhe trará nenhum risco. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Os dados coletados serão confidenciais, isto é, o seu nome nunca aparecerá, sendo substituído por nomes fictícios. Este termo será assinado em duas vias, ficando uma com o participante da pesquisa e a outra com a pesquisadora.

Entendi os procedimentos da pesquisa e estou disposto a participar:

Nome e Assinatura do profissional participante da pesquisa

Mestranda Maria Teresa Bicca Dode (51) 84331852

Orientador: Prof. José Roque Junges (51) 99565407

RELATÓRIO DE PESQUISA

SUMÁRIO DO RELATÓRIO DE PESQUISA

I.Introdução.....	65
II. Trajetória metodológica.....	66
III.O método.....	66
IV.Instrumentos de coleta de dados.....	66
V.Amostragem.....	67
VI.Entrevistadores.....	68
VII.Da coleta ao banco de dados.....	68
VIII.Considerações finais.....	73

A HUMANIZAÇÃO NOS PROCESSOS DE TRABALHO DE UM CENTRO DE ATENÇÃO SECUNDÁRIA

INTRODUÇÃO

Ao longo dos anos muitos textos mostram a importância da humanização confrontando-se com o desenvolvimento tecnológico na sociedade atual. Considera-se que o desenvolvimento tecnológico, vem atrapalhando as relações humanas, tornando-as frias, objetivas, individualistas e calculistas. Na possibilidade de resgate humano, naquilo que lhe é próprio, é que pode residir a intenção de humanizar o fazer em saúde. Encontrar formas efetivas para humanizar a prática em saúde implica em aproximação crítica permitindo compreender a temática para além de seus componentes técnicos, instrumentais, envolvendo também as dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido. Nessa aproximação, se faz primordial, inicialmente, a análise do conhecimento já produzido acerca dessa temática. (Casate & Correa, 2005).

O interesse em pesquisar tal assunto justifica-se pela carência de informações e estudos no meio científico sobre o tema proposto. Ademais se tem duplamente a revelação da importância desta pesquisa: não só por possibilitar a identificação das características peculiares da atenção secundária e desta maneira permitir um melhor atendimento, mas também pela possibilidade de fornecer informações aos profissionais e gestores, facilitando sua assistência.

O trabalho de campo no ambulatório de atenção secundária da Universidade Católica foi iniciado em 7 de novembro de 2008, e seu término em 21 de novembro de 2008.

Neste trabalho de campo, além da da pesquisadora, contou-se com a colaboração dos funcionários da instituição, tanto na receptividade quanto no sentido de questões práticas como disponibilidade de local e agendamento das entrevistas.

Os entrevistados atuaram de maneira imprescindível para o sucesso deste estudo, permitindo que fosse possível a inserção da pesquisadora em seu cotidiano e ambiente de trabalho.

TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

O interesse pela temática abordada nesta pesquisa é resultado da formação básica da pesquisadora, graduada em fisioterapia (UCPEL- Universidade Católica de Pelotas). Desde este período, entre as diversas práticas que envolvem a fisioterapia, a pesquisadora esteve sempre com o olhar voltado ao atendimento público. Tem experiência profissional com as práticas de atendimento ao SUS, em seus três níveis de atenção, a partir de atendimentos para reabilitação, ações de promoção de saúde e atividades de educação em saúde, dentro dos projetos da própria universidade bem como os projetos do Hospital Universitário São Francisco de Paulo (HUSFP).

O MÉTODO

Esta pesquisa apresentou uma abordagem qualitativa e se caracterizou por ser um estudo exploratório. As pesquisas exploratórias têm como objetivo proporcionar maior familiaridade com o problema, com vistas à torná-lo mais explícito ou a construir hipóteses. Tais estudos tem como objetivo principal o aprimoramento de idéias. Essas pesquisas envolvem levantamento bibliográfico, entrevistas com pessoas e análise.

O estudo qualitativo, se aplica a esta pesquisa, pois através de seus fundamentos possibilita o acesso ao conhecimento e percepções de profissionais da saúde de uma determinada unidade sobre a temática proposta.

Antes da qualificação do projeto, em agosto de 2008, solicitou-se autorização do Comitê de ética em pesquisa (CEP) da Unisinos. Tendo sido aprovado no dia 27 de agosto de 2008 conforme os preceitos da Resolução CNS 196/96 nº CEP 08/059.

INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Este estudo conta com uma entrevista semi-estrutura composta por cinco tópicos, quatro deles com três perguntas e o último com quatro perguntas:

I. Política de humanização- Humaniza SUS

1. Fale um pouco da política
2. Como ela é repassada aos profissionais
3. De que forma sua implementação modificou os processos de trabalho?

II. Secundarização da atenção secundária

1. Qual a importância da atenção secundária?

2. A atenção secundária está secundarizada de fato? Por quê?
3. Porque a atenção secundária insiste na característica tecnicista?

III. Acolhimento como ferramenta para a mudança nos processos de trabalho

1. De que forma pode se instituir o acolhimento?
2. Como isso irá influenciar nos processos de trabalho?
3. A atenção especializada do atendimento fragmenta o entendimento do processo saúde-doença pelo usuário?

IV. Articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde

1. É possível na atenção secundária?
2. Está acontecendo atualmente?
3. De que forma pode se tornar mais presente esta articulação?

V. Os processos de trabalho dentro da atenção secundária

1. Existe a responsabilização de todos dentro do serviço ou a responsabilidade é também fragmentada?
2. A organização é piramidal ou em rede?
3. Os processos estão centrados no procedimento ou no usuário?
4. A subjetividade do profissional e do usuário é levada em consideração?

Foi elaborada pela pesquisadora, com auxílio do orientador e baseado em outras publicações científicas, de forma que os objetivos do estudo fossem alcançados de maneira satisfatória.

As entrevistas foram realizadas de forma oral e gravada em aparelho mp3 para posteriormente serem transcritas e impressas, com a finalidade de serem melhores analisadas. Uma cópia impressa de sua respectiva entrevista foi disponibilizada aos profissionais para conferência da veracidade dos dados.

O banco de dados deste estudo é composto pelas cópias impressas de cada entrevista realizada.

AMOSTRAGEM

A amostra contém 10 profissionais das diversas áreas da saúde com o mínimo de 2 anos e máximo de 35 anos de atuação no ambulatório de atenção secundária da Universidade Católica de Pelotas, citados a seguir:

- um fisioterapeuta
- dois médicos
- um assistente social
- um farmacêutico
- um psicólogo
- dois enfermeiros
- dois técnicos em enfermagem

A seleção se deu de forma aleatória a partir de uma listagem fornecida pela diretoria da Escola de saúde da Universidade Católica de Pelotas, elegendo-se o terceiro de cada listagem, no caso das profissões com dois participantes elegeram-se o terceiro e o quarto profissional da lista.

ENTREVISTADORES

As entrevistas deste estudo foram realizadas pela própria pesquisadora que realizou treinamento prévio, com objetivo de que os dados fossem coletados igualmente.

Por se tratar de uma entrevista semi-estruturada, optou-se por permitir que o entrevistador interagisse com o profissional, sendo possível assim fazer com que profissionais mais introvertidos conseguissem responder de forma clara e detalhada aos questionamentos.

DA COLETA AO BANCO DE DADOS

A proposta inicial da pesquisadora era a coleta de dados através de seis encontros coletivos com os profissionais onde se dariam discussões em grupos focais.

Com o primeiro encontro agendado para o dia 17 de outubro, e os demais encontros nas próximas sextas-feiras datas de 24 de outubro, 31 de outubro, 7 de novembro, 14 de novembro e 21 de novembro às 17h, após o expediente de trabalho, conforme combinado com a Presidente do Campus da saúde, responsável pela administração do local.

Devido a problemas administrativos dentro da instituição onde foi realizada a pesquisa a tentativa desse primeiro encontro foi frustrada, com o não comparecimento de nenhum dos profissionais selecionados a participar dos grupos. Após discussão com o orientador e a coordenadora do programa de pós graduação em saúde coletiva a respeito da situação financeira enfrentada pelo local de coleta de dados, e o temor de que as grupos focais tivessem suas discussões deslocadas para outros assuntos além daqueles que se

desejava discutir optou-se por seguir uma sugestão dada a pesquisadora pela professora Simone Paulon na banca de qualificação, e modificou-se o instrumento de coleta de dados.

Partiu-se então para entrevistas semi-estruturadas. Fez-se um primeiro contato com aqueles profissionais selecionados por telefone e foi agendado um encontro onde se pudesse explicar os objetivos da pesquisa e de que forma se daria a coleta de dados e se caso o profissional estivesse de acordo, assinar o termo de consentimento.

Estas entrevistas desenvolveram-se ao longo das duas primeiras semanas do mês de novembro durante as quintas e sextas-feiras na ordem a seguir:

06 de novembro: fisioterapeuta e farmacêutico

07 de novembro: médico A, enfermeira B, técnica de enfermagem A e técnica de enfermagem B

13 de novembro: enfermeira A e médico B

14 de novembro: psicólogo e assistente social

Houve dificuldade de encontrar a profissional da assistência social, que realizou a entrevista na terceira tentativa de encontro e uma profissional da fisioterapia que recusou-se a responder e que foi substituída pelo próximo da listagem de sua mesma especialidade.

As entrevistas dos dias 06 e 07 de novembro foram transcritas nos dias a seguir anteriores a nova coleta de dados e as entrevistas dos dias 13 e 14 de novembro transcritas na semana a seguir.

As falas obtidas nas entrevistas foram organizadas em 5 categorias a partir dos tópicos pré-definidos na estrutura da entrevista e os profissionais passaram a ser identificados por códigos e as falas mais relevantes selecionadas para fazerem parte da discussão dos resultados de acordo com os objetivos do estudo.

1. Política de Humanização- Humaniza SUS

“Olha, ela é repassada aos profissionais eu acho que não, se tu pergunta muitas vezes pros profissionais saberem exatamente o que diz a política de humanização talvez eles não saibam...” (Médico A)

“Através de reuniões e ordens superiores de como deveria ser o atendimento, mas também informações de que seria uma política pública implementada pelo governo e que deveria ser implementada dentro do setor.” (Médico B)

“A política de humanização é até engraçado né? Eu acho falar de humanização e tu parte do pressuposto de que as pessoas teriam de fazer o seu atendimento da forma mais humanizada possível.” (Enfermeira A)

“Bom a política de humanização é uma política que surgiu com a preocupação de humanizar o atendimento ao paciente. Resgatar alguns valores que estavam perdidos.” (Médico A)

“Bom existem várias coisas dentro da humanização por exemplo o movimento do parto humanizado...” (enfermeira B)

“Na verdade a gente até não está trabalhando com a política de humanização, nós trabalhamos com os princípios do SUS e aí sim toda a relação de 2006 da psicologia pra cá né tem sido muito voltada pras políticas públicas...” (psicóloga)

“Ah eu acho que modifica no sentido de o profissional ter uma visão mais sistêmica da coisa porque no momento que tu fala de humanização, tu fala em todas as etapas do teu processo de trabalho.” (Enfermeira A)

“Tu repensa o teu processo de trabalho, com isso tu tem um ganho de melhoria da qualidade, de sensibilização do profissional porque ele tem que parar pra pensar o processo de trabalho ele se sensibiliza em alguns pontos.” (Fisioterapeuta)

“Tenho a sensação assim, que pelo menos um alerta, uma chamada de atenção com respeito ao ser humano” (Técnica de enfermagem B)

2. Secundarização da atenção secundária

“Hã eu acho que ela é uma etapa importante é um elo na realidade entre a atenção primária e a atenção terciária. Se não tiver uma atenção secundária não é possível”. (Técnica de enfermagem A)

“...o médico da atenção básica ele tá preparado pra atender os casos mais simples...o especialista vai servir para que essa paciente tenha um atendimento mais completo...” (Médico B)

“...o clínico geral tem todo o respaldo de atender o individuo como um todo e de repente ele se sente limitado e precisa do especialista, então o especialista precisa estar disponível pra atender essa necessidade que o clínico faz referência.” (Médico B)

3. Acolhimento como ferramenta para a mudança nos processos de trabalho

“Eu acho que, não sei se a gente tá se dando conta que precisa né também partir pra parte social mas eu acho que tá se buscando mais não é o ideal ainda” (farmacêutica)

“...A gente até atende da forma mais integral possível, mas ainda não é uma coisa natural, se faz porque é exigido.” (técnica de enfermagem A)

“Acho que o acolhimento influencia na visão e na mudança de cultura também da população”. (Técnica de enfermagem B)

“Eu acho que proporcionou uma relação transdisciplinar dos profissionais dentro do ambulatório.” (Enfermeira B)

4. Articulação dos processos de formação com os serviços e práticas de saúde

“Pois é isso é uma coisa que a gente discute muito que é fazer a integração entre ensino, pesquisa e assistência. Quando a gente fala que isso é muito bonito e muitas instituições sonham em fazer a articulação é justamente isso porque dentro da academia, quando a gente tá dentro da academia uma coisa a gente vê modelos teóricos dentro da sala de aula e na aplicabilidade prática muito pouco que que eu penso disso? Muitas vezes o professor de sala de aula não é aquele profissional que tá lá na prática no dia a dia então fazer a integração eu acho que depende muito mais até da academia do que mesmo dos profissionais, por exemplo se tu for pensar dependendo de áreas de atuação tem pessoas por exemplo professores que só são professores eles não são nos campos de trabalho então isso as vezes essa interação dificulta muito.” (Enfermeira B)

“Acho que os alunos poderiam participar nos grupos de atendimento e não só em consultas? Acho. Mas aí seria necessário a presença de um professor, o que aí afeta questões de gastos e torna mais difícil. Acho que os alunos poderiam estar mais envolvidos com pesquisa? Também acho, e de novo se esbarra em questões financeiras. Mas no geral, acredito que aqui essa articulação funciona bem, os alunos estão presentes na atenção básica desde o primeiro semestre, depois na atenção secundária e terciária mais adiante no curso.” (médico)

“Coloca na rua, coloca atendendo o usuário, ter a parte prática mesmo, fornecendo unidades que dê estrutura tanto pro usuário quanto pro acadêmico poder aplicar essa política.” (Farmacêutica)

“...eu acho que se fazendo atualizações, isso se poderia fazer. Até assim, eu sempre penso que como trabalhei muito tempo em saúde pública eu poderia de repente passar conhecimentos dessa saúde pública pra um grupo que esteja começando e que não saiba como é a vivência toda. Eu acho então que alguns poderiam passar pros outros, haveria reuniões e assim... chamadas pra atualização, acho que seria importante.” Médica

“Prática mesmo no dia-a-dia da entidade, do paciente. Eu acho que é tu trabalhar mesmo, tu ter mais contato com o paciente, mais horas de estágio sabe? Estar mais em contato com as pessoas”. Enfermeira

5. Processos de trabalho dentro da atenção secundária

“Pra mim, o que falta principalmente é o retorno. O profissional de unidade básica referencia a paciente para um especialista, mas o que acaba acontecendo é que o profissional lá do posto não tem o retorno, ou porque o médico do ambulatório não instrui a paciente a fazer isso, ou porque a própria paciente não faz” (médico B)

“A gente vem de um modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, a gente não tem um olhar ainda voltado pra prevenção.” (Assistente social)

“É uma tendência que acontece a medida que tu vais te especializando, quanto maior o conhecimento o processo acaba se tornando mais automático.” (Fisioterapeuta)

“Hã...Bom, a gente tem várias mudanças nisso, mas isso acho que leva muito tempo.” (Farmacêutico)

“Nós temos um problema de formação que é a idéia do profissional liberal aquele que parece que se é problema psicológico é também criado pela própria estrutura interna da família e poucas vezes a gente consegue entender que o que o paciente as vezes sofre individualmente foi construído histórica e coletivamente.” (Psicólogo)

“Existe a responsabilização, mas cada um de sua parte. Acaba que as principais responsabilidades em relação aos processos cai sobre o médico”. Médico B

“olha, em geral é hierarquizada, porque na medicina por exemplo a responsabilidade final é a do médico, ou seja a primária, ou a maior responsabilidade é a do médico...”(Médico A)

“Aham, não ainda tem aquela coisa o chefe, os funcionários, eu obedeço o chefe do serviço e aquele então eu não falo muito eu não dou a minha opinião porque quem decide é o chefe, eu não tenho voz ...” (Técnica de enfermagem A)

“Existem ordens que vem de cima pra baixo, desde o faraó já que estamos falando em pirâmide até os carregador de pedras.” (Fisioterapeuta)

“Não, ela é mais digamos de cima pra baixo vem a ordem de como tem que ser e ai vai ser...” (Farmacêutica)

Após selecionadas e categorizadas as falas consideradas mais importantes, as mesmas foram discutidas de acordo com a literatura encontrada sobre o assunto e recategorizadas em duas grandes categorias:

- O serviço de atendimento
- Processos de trabalho em rede

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo foi realizado buscando proporcionar uma reflexão acerca da humanização nos processos de trabalho dentro da atenção secundária e contribuir de alguma forma para a contínua melhora da situação atual da atenção à saúde no nível secundário.

Ao término de mais esta etapa da obtenção do título de mestrado fica a satisfação de ao menor ter levantado mais uma vez o questionamento entre os profissionais, o pensamento de que muita coisa necessita ser feita para que possamos alcançar melhorias significativas no atendimento ao usuário e que essa mudança torna-se possível somente no momento em que os próprios trabalhadores mudam seus pensamentos e seu modo de agir.

ARTIGO CIENTÍFICO
