UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA

DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL NO SISTEMA DE SAÚDE:
RE/VELANDO PROCESSOS DE EDUCAÇÃO E TRABALHO

Marcos Paulo Fonseca Corvino

Tese apresentada à Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Prática de Saúde Pública, para a obtenção de título de Doutor em Saúde Pública.

Orientadora:
Prof^a. Dr^a. Isabel M.T. Bicudo Pereira

São Paulo
1996

AGRADECIMENTOS

Desculpando-me de antemão por prováveis falhas, inclusive do esquecimento de importantes contribuições, desde as espirituais àquelas mais modestas, arrisco uma seleção, embora todas imprescindíveis, pois influenciaram no ânimo para percorrer esse probatório e providencial percurso.

Assim, espero incorporar o talento da condução serena da Isabel, acompanhada pelos demais integrantes da Comissão Julgadora, Prof^{as}. Marcia e Vitória e Prof^s. Carneiro e Nildo, incluindo os suplentes - Prof^a. Cecília e Prof. Gil. Também foi indispensável o profissionalismo dos funcionários da USP, com destaque para a Maria Aparecida e Angela (Pós-Graduação), Maria Lúcia (Biblioteca), Prof^{as}. Evelyn e Éris, entre outros docentes e colegas. Penhor, as cooperações de Iacy, Lúcia, Isis, Luci, dentre as amizades "paulistas" da Secretaria de Estado da Saúde.

Dos novos companheiros no Estado do Rio e, precisamente, de Niterói, ressalto a colaboração recebida através da Maria Célia, representando a Fundação Municipal de Saúde, pelo elevado senso público, que deu oportunidade para a realização da pesquisa de campo. A viabilização na rede foi possível graças as equipes de saúde das unidades participantes dos pré-testes dos instrumentos e técnicas metodológicas, bem como daquelas envolvidas na investigação definitiva.

Permanecerão presentes, as ajudas dos Prof^s. Wilson Câmara, Armando Pires, Hugo Tomassini, Ana Schroeder, Gilson Oliveira, João Marins, Manuela Santos, entre outros parceiros de trabalho, como o pessoal técnico e administrativo do Instituto de Saúde da Comunidade da Universidade Federal Fluminense, onde a satisfação do ingresso em 1994 é renovada, periodicamente, pelos valiosos préstimos acadêmicos e literários, em especial, dos Prof^s. D^{rs}. Aluisio Silva e Marcos Moreira.

Saúdo ainda, o Programa Institucional de Capacitação de Docentes da CAPES, gerenciado pela Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da UFF/MEC, pelo auxílio financeiro, parcial, mas tão necessário, em particular num país como o nosso e que propiciou o suporte logístico para a conclusão da tese, com a agilidade da digitadora e a vital introdução de alguns alunos na pesquisa científica.

Sou inteiramente grato aos familiares, sobretudo os meus filhos Fernando e Geórgia e a minha esposa Clélia, que hipotecaram incondicional e integral apoio, como estímulo afetivo para eu enfrentar aquelas situações, não raramente, desfavoráveis.

RESUMO

O autor traça um perfil do setor saúde, em um contexto da crise do Estado, que sob a ordem mundial de globalização da economia está associada, no Brasil, a reforma neoliberal. Fatos geoeconômicos e político-institucionais, são confrontados com as múltiplas determinações históricas e culturais que configuram a pós-modernidade. O estudo do inter-relacionamento das áreas de educação, saúde e trabalho, com suas singularidades, revelou, ao longo do tempo, a reprodução de modelos de desenvolvimento para a instituição e para os profissionais, ou a emergência de situações determinantes de novos modelos. Através de pesquisa qualitativa, realizada durante 1995, como um estudo de caso, busca-se compreender e interpretar no conflito de cotidiano, a realidade e as representações imaginárias dos profissionais, acerca do trabalho, num serviço básico e regionalizado de saúde de Niterói, na área metropolitana do Rio de Janeiro. A análise dos documentos escritos e de conteúdos de discursos colhidos nas entrevistas dos indivíduos e no grupo focal, apóia-se, fundamentalmente, numa linha de pensamento hermenêutico-dialética. Os resultados revelaram dimensões do dia-a-dia da "equipe" de saúde, que permitiram a criação de novas categorias analíticas, em especial àquelas inerentes à ação comunicativa entre os sujeitos sociais, à mudança de paradigmas da atenção à saúde e à articulação intra e intersetorial. O autor, através das falas dos servidores e das suas próprias análises, tenta apresentar a lógica do desenvolvimento institucional e profissional. O processo de formação dos profissionais se dá no cotidiano, que ora promove, ora oculta, um desenvolvimento educacional latente, que mantém uma relação intrínseca com o poder simbólico e as condições materiais, do trabalho e de vida dos participantes da investigação. O autor conclui que determinadas questões, de ordem sócio-econômica e antropológico-cultural, desempenham relevante papel no enfrentamento, ou na superação, de problemas vivenciados pelos profissionais e pela comunidade, no espaço das instituições, e assim, podem ampliar as bases de luta por uma vida melhor.

SUMMARY

The author outlines a profile of the health sector in a context of the State crisis, that, under the world order of economical globalization, is associated, in Brazil, with a neoliberal reform. Geoeconomic and politicoinstitutional facts are confronted with the multiple historical and cultural determinants that configure postmodernity. The study of the interrelation of the education, health and work areas revealed the reproduction of models of development of institution and professionals, or the emergence of situations that determine new models. By means of a qualitative research - performed in the year of 1995, as a case study - the author tries to understand and interpret the reality and the imaginary representations, concerning their own work, of the professionals; the research was conducted in a basic, regionalized, health service, in Niterói, in the metropolitan area of Rio de Janeiro. The analysis of written documents and of the contents of the speeches obtained through interviews of individuals and of the focal group, relies, in essence, in an hermeneutic-dialectical line of thought. The results of the study revealed dimensions, in the conflict of the quotidian activities of the health "team" that permitted the creation of new analytical categories, in special those inherent to the communicative action of the social actors, to the changing of paradigms in the field of health care and to the articulation inside and outside this field. According to the author, the process of formation of the professionals occurs through quotidian activities that reveal, or occult, a latent educational development and that maintain an intrinsical relationship with the symbolic power and with the material conditions, of work and life, of the participants. In the conclusions, the author indicates socioeconomical and anthropological situations that perform a relevant role in the confronting, or in the superation, of problems that professionals and community face in the space of the institution, and that may, so, amplify the foundations of the continuous effort towards the improvement of life.

ÍNDICE

AGRADECIMENTO	ii
RESUMO	iii
SUMMARY	iv
1. INTRODUÇÃO	001
Delimitação temática	005
2. OBJETIVO	011
3. CONTEXTO	012
3.1 Panorama educacional	021
3.2 Cenário trabalhista	025
3.3 Quadro sanitário	027
4. REFERENCIAL TEÓRICO	032
5. METODOLOGIA	044
5.1 Pressupostos básicos da investigação-	044
5.2 Delimitação geo-institucional	046
Características locais	049
5.3 População de estudo	053
5.3.1 Seleção do pessoal	053
5.3.2 Perfil dos participantes	057
5.4 Plano de análise documental	061
5.4.1 Instrumental tático de análise	061
5.4.2 Estratégia de análise das informações	065
5.4.3 Técnica de análise de dados	069
6. RESULTADO	074
Breves notas sobre a operacionalização	074
Categorias e sub-categorias interpretativas	076
6.1 Comunicação entre sujeitos sociais	078
6.1.1 Avaliação da qualidade	090
6.1.2 Qualidade da avaliação	098
6.2 Mudanças organizacionais na rede	103
Críticas aos modelos críticos	107
6.3 Apoio tecnológico e institucional	115
6.3.1 Reuniões de equipe	117
6.3.2 Equipe de reuniões	122
6.4 Desenvolvimento científico-cultural	125
6.4.1 Manifestações de superiores	133
6.4.2 Superiores manifestações	135
6.5 Re-flexibilidade nos empregos	138
Identificação sócio-profissional	145

7. DISCUSSÃO.....	150
7.1 Comentários adicionais.....	151
7.2 Considerações finais.....	160
8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	174
ANEXOS	

DESENVOLVIMENTO PROFISSIONAL NO SISTEMA DE SAÚDE: RE/VELANDO PROCESSOS DE EDUCAÇÃO E TRABALHO

1. INTRODUÇÃO

As transformações pelas quais passa o setor saúde no Brasil têm acarretado mudanças na dinâmica da sua força de trabalho, principalmente a partir da última Constituição Federal e seus desdobramentos nos Estados e Municípios, através de disposições que prevêm o controle social dos serviços. Essas transformações, por si só geradoras de inúmeras contradições e conflitos, são fruto de embate político travado entre os diferentes ou mesmo divergentes segmentos que constituem a sociedade brasileira. O aumento da participação popular, na conquista de seus direitos fundamentais, tem provocado pronunciamentos e manifestações compatíveis aos interesses públicos. Nessa perspectiva, inclusive, o setor saúde insere-se no capítulo da Seguridade Social, enquanto integrante de um conjunto de medidas de resgate da cidadania. Assim, as instituições existentes e dirigidas, direta ou indiretamente, pelo aparelho de Estado para atender as demandas sociais, são questionadas quanto às suas capacidades de responderem quantitativa e qualitativamente aos serviços e ações a que se destinam. Cada vez mais ampliam-se ou aprofundam-se as perspectivas de entrosamento e, com isso, de

enfrentamento, entre a população e aqueles que a atende pessoalmente no dia-a-dia.

Em nível mundial, as mudanças ocorridas na Comunidade dos Estados Independentes e Leste Europeu¹³, ao lado do crescente descontentamento de povos considerados desenvolvidos pela industrialização, reforçam a premência de novas relações entre as iniciativas públicas e privadas e, em particular, na antiga e polêmica contradição capital/trabalho⁹⁵. Com derrubadas de governos ditatoriais ou totalitários, tanto de “direita” quanto de “esquerda”^{12,179}, ressurgem ondas neoliberais^{89,111}, sob uma nova ordem para o poder público, de associação da social-democracia com a economia de mercado⁷². Parte dessa crise ideológica-estrutural deve-se à constatação de coexistirem num mesmo território, país e continente, grandes reservas econômicas e imensos bolsões de miséria.

No Brasil, os reclamos do povo pelos seus legítimos direitos colocam em constante xeque as legislações que os amparam. Ainda que fatos marcantes e recentes demonstrem os progressos obtidos no campo político-judiciário (descoberta do “esquema PC Farias”/ impedimento do Presidente da República, entre outros), o povo continua a se defrontar com obstáculos, aparentemente de fácil superação, no campo técnico-operacional, mas que para serem removidos ou transformados requerem urgentes e profundas

reformulações. Cada vez fica mais patente a importância de leis simplificadas, coerentes e reeducadoras. Além disso, o respeito aos cidadãos pressupõe uma série de ações e serviços que extrapolam a área exclusivamente jurídica, até mesmo pela imprevisibilidade da vida e pela necessária liberdade para a própria expressão e sobrevivência física e cultural da humanidade.

Para o cidadão, mais do que os aspectos jurídicos e estruturais da organização do serviço, interessa a capacidade de solução imediata de seus problemas e, especialmente, nos casos menos graves, o tipo da relação que o profissional de saúde estabelece com ele^{22,52}. Aceita-se o profissional que, apesar de não resolver seu problema de saúde, pelo menos: “tenha sido educado”, “dado atenção” ou o contrário, isto é, “tratou mal, mas acertou”. A interdependência desses dois elementos (organização dos serviços e práticas profissionais), remete ao gerenciamento e formação dos recursos humanos. As áreas de administração e desenvolvimento de pessoal implicam gastos financeiros, o que, num país de enormes deficiências, agravam seu quadro social.

O fato do Brasil constituir-se na décima Potência Econômica Mundial revela um paradoxo. Em função da significativa desigualdade em sua distribuição de renda, apresenta indicadores de saúde piores que os de outras nações de sua categoria^{121,146}, como as integrantes do chamado “grupo dos quinze” países,

classificados entre os primeiros "em desenvolvimento" no *ranking* elencado por organismos internacionais, tais como a Organização Mundial de Saúde - OMS e Banco Mundial (Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento - BIRD)^{31.183}. Esse diagnóstico convalida a falência do "sistema de saúde" tal como ele se encontra, em que tanto Estado quanto iniciativa privada não respondem, suficientemente, ao conjunto da demanda social nessa área.

Tem-se observado a gradativa retirada ou saída de entidades particulares do sistema, a medida que o pagamento da prestação de serviços, ínfimo para todos, não se faz tanto como anteriormente, sem critérios e controles eficazes, o que leva a fraudes e situações de corrupção.

Por sua vez, as instituições públicas vêm-se em acirrada disputa de poder, num processo de descentralização para os Municípios que, invariavelmente, não dispendo de recursos para assumir, de maneira integral e efetiva, os crônicos problemas do setor, tendem a reproduzir os vícios das instâncias superiores, estaduais e federais.

Todos esses processos políticos e sociais agregados a indefinições, naturais em determinados momentos ou situações, têm provocado insatisfações tanto nos usuários dos serviços

(comunidade em geral) quanto nos executores das ações (corpo de profissionais), que se distanciam da gestão do setor, em acusações bilaterais sobre seu mal funcionamento⁴⁵. Com a propalada necessidade de reforma constitucional, aumenta-se o risco do comprometimento dessa difícil fase de implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, embora reconhecendo a imperiosa e racional evolução de sistemas complexos, com custos crescentes em todo o mundo.

Em países como o Canadá, Itália e Cuba, para citar alguns dos exemplares serviços sanitários existentes, esses processos de implantação duraram quase uma década. Afinal, é através do conflito dialético gerado pelas idéias e forças dos trabalhadores, que o sistema de saúde pode se aproximar, genuinamente, dos níveis desejados de qualidade de vida.

Delimitação temática

A classe política e o poder público ao defenderem a melhoria da qualidade dos serviços, têm de enfrentar a área de pessoal, assoberbada com imensas desigualdades administrativas, salariais e de incentivos. No sub-setor particular, a enorme liberdade, auferida legalmente, permite lidar com esses três fatores (gestão, honorário, benefício), de modo a atrair e a manter sua força de trabalho mais competente, o que traz retornos

favoráveis à empresa. No sub_setor público, geralmente estigmatizado por uma burocracia rígida, difusa, e distante da realidade, com faixas de vencimento aviltantes e medíocres investimentos, a compensação talvez seja a estabilidade, uma vez que se confundem ainda, alguns benefícios, como “mordomias” e determinadas articulações, transpareçam “oportunistas”. Indubitavelmente, há possibilidades de corrupção em qualquer um desses subsectores. A insuficiência crônica de recursos, de praxe associada ao amadorismo gerencial, não deve justificar a resignação e o nivelamento num patamar inferior, ou seja, perpetuando o ciclo vicioso entre a baixa motivação/remuneração e a baixa resolutividade/produtividade.

A diversidade de ofertas de serviços ou sistemas de saúde impõem um grau de eficácia aceitável pelas diferentes camadas da população, independente de seu poder aquisitivo. Concorde-se com a afirmação de PROENÇA & CAULLIRAUX¹⁵⁰ (1991) em que as empresas ao se tornarem de fato participativas, tendem a aumentar sua eficiência. Entre os aspectos relativos à organização da produção, o seu *“padrão deve ser passível de identificação com um determinado perfil de dimensões competitivas”* (ibid.), voltado para o seu mercado-cliente, a medida que os serviços de saúde também estão regidos pelo código do consumidor. Na sociedade brasileira, onde campeia a má distribuição de recursos, encontra-se a terceira pior “justiça social”, que é proporcionável, em grande parte,

quando há redistribuição equânime da renda¹⁴⁶. Em sociedades assoladas por substancial pauperização, afligindo até a classe média², falar em competitividade do setor saúde, naturalmente, é diferente do que desregular outros setores produtores tradicionais de bens de consumo.

SUZIGAN¹⁷² (1991) identifica um descompasso da indústria nacional em relação à estrangeira, o que é aplicável à chamada indústria da saúde, dizendo: “esse ‘upgrading’ teria necessariamente que apoiar-se em medidas consentâneas da política industrial e tecnológica e de **formação de recursos humanos, desde educação básica até treinamento específico**” (grifo do autor). Apresenta-se, portanto, uma defasagem geral de mão-de-obra qualificada¹⁶⁵. Os poucos investimentos em pesquisas contribuem para esse atraso científico-cultural, com o Brasil ocupando posição de destaque na América Latina, mas, ainda proporcionalmente incompatível ao seu poder econômico e necessidades sociais^{67,112,113,140}.

Os tipos de relação capital-trabalho em distintas sociedades servem de modelo e de alerta para o desenvolvimento do sistema de saúde brasileiro, destacando-se o italiano, com sua influência histórico-conceitual, marcada pela imigração de trabalhadores, em acordos bilaterais^{15,51,109,117}. Ressaltam-se que as forças atuantes na tensão capital-trabalho, podem produzir um *exército de reserva*,

constituindo um grande contingente de desempregados ou sub-empregados. Estes, na maioria, são sem qualificações facilmente reaproveitáveis, pois falta educação (geral, básica) e/ou profissionalismo (especializado, técnico). Muitos dos trabalhadores da saúde são originários dessas faixas sociais marginalizadas. Essa situação resulta num despreparo para a chamada “terceirização” ou “terceira revolução industrial”^{9,98}, cuja cultura mercadológica se dá, geralmente, através de tecnologias desenvolvidas, onde se destaca a informática, que vem, paulatinamente, penetrando nos serviços oficiais de saúde e de educação⁸. A tecnologia que embasa e marca a cultura organizacional, difunde-se rapidamente, não só através de seus instrumentos, mas sobretudo pelos conhecimentos (teórico-práticos) com que os profissionais constroem sua fama⁷⁴. Corroborando para isso, no entender de MATTOSO¹¹⁷ (1991) como um dos problemas do Brasil, a existência de uma legislação trabalhista de cunho corporativo e a ausência de uma qualificação profissional adequada. Na “Terceira Itália”, região da Emília-Romanha, quem garante, décadas atrás, a profissionalização, basicamente, é a instituição político-partidária e familiar⁵¹.

Não se trata de supervalorizar ou fazer apologia dos técnicos, mas de acordo com o dizer de DUSSAULT⁴⁴ (1992) “os desempenhos excepcionais da medicina moderna não seriam evidentemente possíveis sem uma certa profissionalização”. O

próprio Estado legitima, por leis, essa transferência de responsabilidade para um dado grupo profissional que, no caso do setor saúde é monopolizado pela categoria médica. Cada vez mais a desqualificação atinge e aproxima as diferentes categorias mesmo no trabalho em equipe. Esse processo de desqualificação acontece, primordialmente, pela obsolescência do conhecimento, devido a novas, contínuas e rápidas mudanças da demanda^{46,168,191}, e pelo desgaste da autoridade, por implicações políticas do Estado que, enquanto poder público é assumido e cobrado pela sociedade ou parcela mais atuante da população. Paralelamente, as comunidades mais organizadas exigem dos políticos e técnicos, maior controle da produtividade e resolutividade dos serviços.

O tema objeto de análise é a prática dos profissionais, não exclusivamente em seu conteúdo técnico-específico, mas, em particular no seu modo de produção, institucionalizado em determinadas unidades de saúde. Concentrando-se a atenção na equipe multidisciplinar, enquanto grupo de trabalhadores em permanente tensão interna, condicionada pelas pressões sociais, tanto de ordem institucional, através da demanda por serviços, quanto de ordem cultural, mediante o conflito de valores.

A partir desse contexto preliminar, justifica-se o propósito de realizar uma pesquisa que aborde sob diferentes ângulos,

ampliando e aprofundando, questões relacionadas aos recursos humanos, como forma de explicitação da problemática de equipe de trabalho de duas unidades básicas de saúde. No inter-relacionamento entre processo educacional, movimento sanitário e trabalho cotidiano, focaliza-se o objeto-sujeito deste estudo, através do que seja patente ou **revelador** e do que possa ser potencial ou **velado**, para o desenvolvimento humano.

2. OBJETIVOS

Geral

Avaliar o processo de desenvolvimento profissional relacionado com situações de educação e trabalho no cotidiano dos serviços básicos de saúde, de modo que as instituições afins possam cumprir seu papel, contribuindo para a melhoria da atenção prestada à comunidade.

Específicos

- a) Analisar as consequências de determinados aspectos sócio-culturais contemporâneos, na organização do trabalho e da educação dos servidores da saúde;
- b) Delinear o perfil de necessidades e demandas da força de trabalho em saúde voltada às suas qualificações, realizações e satisfações, pessoais e profissionais;
- c) Evidenciar possíveis relações existentes entre os processos educativos, de trabalho e de saúde da população; e
- d) Identificar pontos críticos e facilitadores envolvidos nos processos produtivo-educacionais da rede de saúde.

3. CONTEXTO

Num contexto sócio-político, reflexo de conturbada conjuntura internacional, particularmente no movimento da reforma sanitária brasileira, com seus intermitentes impasses, entra-se num ciclo de sua história que se espera, redunde em avanços maiores do que os experimentados até agora.

Adotando-se como diretriz a concentração de esforços para maior racionalidade e economia dos sistema de recursos humanos, a integração interinstitucional entre os setores da saúde e da educação, permeados por suas administrações, deve sempre resultar em trabalho voltado ao atendimento das necessidades da população. Neste trabalho, têm-se como principais atores, comunidade e servidores. Como um dos recursos para viabilização de políticas públicas e, mais corretamente, como força produtiva, a massa de trabalhadores e os profissionais de saúde, em particular, são os agentes de mudanças e resistência. Para tanto, sua atuação precisa também ser analisada quanto aos aspectos inerentes ao cotidiano de seu trabalho, com as repercussões internas e externas, sob o ponto de vista histórico-social.

Um efetivo funcionamento dos sistemas de referência e contra-referência preconizados de um modo geral para qualquer estabelecimento de saúde, exige administradores e técnicos

qualificados, ou seja, conscientes, compromissados e competentes para analisar as múltiplas tarefas impostas pelo serviço criado pela e para a sociedade. Através de um planejamento estratégico situacional^{59,158}, procura-se construir esses sistemas locais de saúde, difundidos pela Organização Pan-Americana de Saúde - OPAS/ OMS¹⁴², com base nas peculiaridades e potencialidades dos serviços de saúde da região, que, por sua vez, também precisa constituir-se referência educacional^{93,135,139}. Não há resolutividade no serviço sem profissional que atenda a demanda da clientela, sem que se motive para a busca do seu bem-estar e da população. Portanto, pressupõe-se um investimento educacional que, ampliando os conhecimentos, propicie a devida valorização pessoal e profissional.

Independente à necessidade mínima de instâncias intermediárias para gerenciamento e planejamento regional, cada local deve estar suprido com profissionais preparados, a fim de disseminar as **funções educativas**, pedagogicamente embasadas, aos demais integrantes da equipe e à coletividade abrangível por determinada unidade de saúde.

A complexidade e os riscos inerentes ao *exercício profissional* no setor saúde, por lidar direta e intensamente com a saúde-doença e com a vida ou morte do ser humano, impõem

permanentes trocas de experiências, através da adoção de medidas consagradas e inovadoras para a sua efetiva solução.

Os insucessos da importação de modelos assistenciais e educacionais, alheios ou pouco aderentes a realidade, não invalidam a utilização ou adaptação crítica de experiências factíveis. É interessante notar, que alguns ideólogos “radicais” propõem modelos ou sistemas que deram certo em outros lugares, desconhecendo ou desprezando dados essenciais, explicativos do porquê de seus sucessos. Esta postura culmina em verdadeiros “becos sem saída” ou em insuperáveis pontos de estrangulamentos.

A conclusão, nesses casos, é que o plano é bom, mas só funciona sob determinadas condições, ou com um pré-requisito inatingível no momento, ainda que, na busca de um equilíbrio, as ponderações suscitem discussões e possibilitam o encontro de alternativas.

Muito se tem debatido e escrito sobre os sistemas de saúde, nacionais, regionalizados, locais, em inúmeros países, especialmente naqueles do Primeiro Mundo, mas, mesmo nesses, há poucos relatos sobre as condições e investimentos na força de trabalho envolvida no processo de implantação e implementação desses sistemas. A partir de meados da década passada é que

começam a ser registradas, com maior sistematização, na literatura, a situação de trabalho dos recursos humanos em saúde^{43,45,153,190}. A procura de informações externas, às vezes inevitáveis, deve resultar em reflexões e sugestões que conduzam a uma melhoria do atendimento à população. Nessa perspectiva, a análise comparativa de determinados serviços, ainda que estrangeiros, além de servir como referência, pode colaborar no contorno dos problemas, clareando seus limites e tendências.

Estudo em diferentes países sobre as três principais dimensões abordadas nessa pesquisa, como saúde, educação e trabalho, revelaram os que apresentavam maiores pontos de similaridade em relação ao Brasil, seja em termos histórico-conceituais, seja em termos político-operacionais, no que tange ao planejamento e execução dos modelos educacionais e atenção à saúde. Nos primeiros (histórico-conceituais), situam-se predominantemente, os países mais industrializados e entre as dez nações mais ricas do mundo¹⁸⁴, a Grã-Bretanha, a Itália, a Espanha e o Canadá. Em termos político-operacionais, evidenciam-se a França, os Estados Unidos, o México e a Argentina. Cuba, reconhecida internacionalmente por seu sistema de saúde, co-responsável pelos baixos coeficientes de morbimortalidade, vem exercendo crescentes influências histórico-conceituais e político-operacionais^{20,126,141}. Dos quinze principais países em desenvolvimento, em que o Brasil se integra, estão o

México e a Argentina e com maior proximidade geopolítica o Chile, a Venezuela e a Colômbia, que contribuem com algumas experiências e projetos^{93,114}. Países, como alguns luso-africanos, mais próximos em termos de origens étnicas e idiomáticas, diferem muito do Brasil no conjunto da sociedade e das tecnologias e infraestrutura disponíveis.

Vários países, seguindo movimentos unificadores liderados pela Comunidade Econômica Européia, vêm tentando efetivar a Associação Latino-Americana de Integração e, mais regionalmente, o Mercado Comum do Cone Sul - MERCOSUL. Esses movimentos, como o da reunificação das Alemanhas, representam interesses politicamente determinados, não restritos à história econômica ou à geografia humana. Esses rearranjos macrorregionais tanto importam, que países do extremo oriente recebem apoio técnico-financeiro do Japão para se desenvolverem^{83,95}. Apesar da tentativa do "diálogo norte-sul" (negociações políticas dos países desenvolvidos com os subdesenvolvidos de cada hemisfério), a distância entre ricos e pobres continua a aumentar assustadoramente⁸⁶. Portanto, interessa acompanhar as repercussões, com redobrada atenção as negativas, dessa integração, fundamentalmente econômico-comercial, que tendem a influenciar os demais setores da sociedade.

Simultaneamente, em contraposição, há lutas de secessão, segregacionistas na maioria, por motivos raciais ou religiosos, sobrepujando dogmas político-ideológicos, fomentados pela disputa das superpotências armamentistas, que constituía a guerra “fria” polemizada entre os Estados Unidos e ex-União Soviética. Assim, devem ser consideradas as vertiginosas mobilizações centrífugas de repartição territorial que vêm se sucedendo, desde o bloco comunista, também latentes em certos países, como o Canadá e Espanha até outras divisões internas com estados e municípios. Essas questões macroeconômicas influem na organização dos serviços, em seus processos de trabalho e, principalmente, de educação, neste sem perder de vista seu conteúdo técnico-específico. O Encontro de Saúde Coletiva do Cone Sul, em 1992, por exemplo, revelou a necessidade de maior intercâmbio, infelizmente motivado pela reintrodução da cólera na América do Sul, através de país vizinho⁴⁹.

Para uma avaliação mais global, os indicadores econômicos são fundamentais porque revelam a capacidade financeira potencial e sua total* produção de bens e serviços. Porém, torna-se indispensável proceder a análises comparativas entre esses indicadores e associá-las a situações contingenciais e conjunturais. Assim, a razoável renda *per capita* (anual) brasileira, equivalente a US\$ 3,400.00, contrapõe-se, três vezes mais, ao salário mínimo mensal de R\$ 112,00 que, segundo estatísticas, não chega a ser

* (oficial, formal)

recebido por mais da metade da População Economicamente Ativa-PEA^{47,85}. O rendimento mensal de quase metade das famílias, mal atinge a dois “pisos salariais”^{57,150,161}. A renda *per capita* de Cuba é bem menor e, no entanto, a qualidade de saúde, em especial, é mundialmente reverenciada^{20,141,37}.

Mesmo considerando o custo de vida dos mais baixos, é registrado empobrecimento acelerado, inclusive da classe média, com o aumento do desemprego, arrocho salarial e condições de vida e trabalho subumanos. Tais situações, que também ocorrem em países avançados, têm causado o aumento da marginalização, criminalidade e outras “disfunções” sociais¹¹¹. Recente pesquisa feita por universidade argentina ilustra os reflexos dessa política recessiva naquele país, com a conseqüente queda do poder aquisitivo dos trabalhadores de nove setores, entre eles o da educação, em geral, e do funcionalismo público, em particular¹²¹.

Embora existam situações que não permitem plena ou adequada aceitação pela cultura de cada uma das organizações em processo de integração, historicamente, há uma transferência de conhecimentos (informações/formações) e tecnologias (modelos/processos). No entanto, ressalta-se, as iniciativas integracionistas, apesar de possuírem finalidades confluentes, esbarram nas diferentes culturas dos setores da saúde e da

educação e em cada um dos sub-setores público e privado, que são vividas ou assimiladas individualmente.

Para fins comparativos e de aprofundamento das questões relacionadas ao processo organizativo do trabalho, pode-se utilizar algumas análises elaboradas para empresas lucrativas, onde a competitividade assume papel preponderante. Apresenta-se, possivelmente, mais que em muitos lugares, uma competição desleal, com desvios no entendimento e uso da “coisa pública”, conforme denúncias de autoridade do próprio governo, noticiados por jornais diários de grande circulação. Argumenta-se que as instituições públicas não teriam necessidade de competir entre si ou com os serviços privados, porque estariam atendendo a camada baixa da população, desprovida de poder financeiro hegemônico e, conseqüentemente, sem muitas ou reais condições de formar grupos de pressão política, a fim de ter seu atendimento assegurado e com qualidade.

Assim, cometem-se alguns equívocos ao se desprezar a tendência crescente de ganhos políticos da população mais organizada, em virtude, parcialmente, do processo de descentralização do poder para os Municípios. Tenta-se assim inverter o eixo direcionador do planejamento e das políticas do *poder central para as diversas regiões e cidades que compõem os Estados e a Nação.*

Esse deslocamento das atenções para a esfera municipal, com sua autonomia, não a isola da região urbano-rural que a rodeia, como que lembrando sua participação num contexto maior. Quando se pensa em sistema local de saúde, de preferência auto-suficiente em nível de Município, com unidades sanitárias (ambulatorial e hospitalar) constituídas como referências assistenciais e educacionais³⁴, passa a fazer nexos uma competitividade civilizada e democrática, eficazmente regada e controlada pela clientela e população potencialmente usuária¹¹⁷. Isso torna-se cada vez mais desafiante numa economia de mercado em processo de globalização¹³.

A prestação de serviços na saúde é uma questão de interesse público, voltado portanto, para a população em geral, independente de suas condições sócio-econômicas. A saúde é um direito e um bem inalienável de qualquer cidadão, conforme consagrado nas Cartas Constitucionais da União e dos Estados. Foi superado, conceitual e legalmente, o velho mote destinado à Saúde Pública, de trabalhar com a medicina simplificada, desprovida de recursos tecnológicos, entendidos unicamente como equipamentos de última geração (tomografia computadorizada, entre outros). Na prática, bem menos que nos Estados Unidos, "espelho" político-operacional para o mundo, contam-se com raros exemplos de respeito e concretização de um sistema de referência

e contra-referência local de saúde eficaz, presenciando, gradativamente, tentativas iniciais e isoladas de implantação. Em outros sistemas de saúde conceituados dispõem-se de centros de referência e excelência assistenciais/educacionais, preservando autonomia, não soberana, harmonicamente integrados e acessíveis ao cidadão comum, de forma rápida, democrática e humanizada.

Nesta linha, podem ser úteis os modelos desenvolvidos na indústria e posteriormente estendidos ao comércio (setor terciário), como aqueles referentes à organização da produção com “qualidade total”, “controle de qualidade”, entre outros modos de gerenciamento propostos^{42,131,173}. Os serviços públicos de saúde, por sua história e extensão, em geral, são analisados como um bloco homogêneo, sendo mais vulneráveis e abertos às avaliações externas, o que tem sido preconizado para todas as empresas públicas ou privadas. O serviço público no Brasil possui bons serviços e profissionais, dispersos e esquecidos nesse complexo de problemas. A relação harmoniosa entre os serviços e os profissionais é um dos “segredos” de *marketing* de conceituadas empresas médico-assistenciais de grupo.

3.1 Panorama educacional

Segundo TEIXEIRA¹⁷⁴(1969), “*mesmo com uma legislação avançada em matéria de educação e de o pensamento pedagógico brasileiro ser majoritariamente progressista*”, tem-se um dos

menores desempenhos no setor, com mais de 31 milhões de brasileiros entre 7-19 anos, sem nunca terem freqüentado um curso regular. Em 1989, o Tribunal Superior Eleitoral, por ocasião do pleito para Presidente da República, divulga uma pesquisa sobre o grau de escolaridade dos 75 milhões de eleitores, que revelava o nível do atraso educacional em que 68% são analfabetos, semi-analfabetos, ou não tenham completado o nível fundamental. Naquele mesmo ano, a Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE estima em 18,8% o percentual de analfabetos com mais de 15 anos⁴⁷.

Ainda aquele mesmo educador¹⁷⁴, discorrendo sobre a extensão e volume da educação no Brasil e nos Estados Unidos, afirma, na época, que enquanto entre nós apenas 7,8% chegam à última (8ª) série do equivalente ao ensino fundamental, nos Estados Unidos, essa percentagem é de 75%, portanto quase dez vezes mais. Atualmente, esta situação pouco muda no conjunto do país e mesmo nos estados e municípios mais desenvolvidos. Paradoxalmente, costumam sobrar vagas, em escolas oficiais, destinadas às crianças dos 7 aos 14 anos (faixa "compulsória") contra um déficit de um milhão e meio em todo o país⁴⁷. A crise no setor da educação é mundial, conforme confirmam recentes notícias¹⁰¹. Até a França e os Estados Unidos, tradicionais redutos de ensino público gratuito e de excelente

nível, enfrentam dificuldades no setor, mas mesmo assim com cifras superiores ao do Brasil.

A relação entre a oferta de **educação básica e qualificação profissional** é bastante estreita. É certo que ambas acontecem no Brasil, mas em números inexpressivos, se considerados proporcionalmente às necessidades e demandas. Este é um dos pontos críticos e discriminantes na comparação com determinados países emergentes, como os denominados “Tigres Asiáticos”, entre eles Coréia e Taiwan, além de alguns outros do Oceano Pacífico meridional, destacadamente China e Austrália, cujos traços histórico-culturais são bem distintos do mundo ocidental^{51,95}. Entretanto, mesmo nesses países de acelerado crescimento e outros desenvolvidos, reforça-se a importância de melhoria na qualificação profissional, para enfrentar as adversidades e concorrências internas e externas¹¹⁷.

Segundo a Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura - UNESCO, 90% dos recursos humanos, preparados técnica e cientificamente, concentram-se nos países industrializados¹⁴⁰. Por isso, a ciência e a tecnologia, com seus desdobramentos sócioéticos^{112,113}, compõem um dos cinco principais programas da Universidade das Nações Unidas, voltados para o desenvolvimento e bem-estar do homem⁷⁵.

Um dos problemas que tem sido frequentemente apontado é o baixo nível de escolarização e/ou qualidade de ensino regular no país, que o coloca em desvantagem em relação ao potencial de competitividade¹, no sentido da busca de aperfeiçoamento da prestação dos serviços. Se nos países de elevado padrão sócio-cultural é reconhecida a importância da **educação em saúde**, mais valor ela deve ter em nosso meio, pois, parte desse déficit de escolaridade acaba sendo suprida ou suplementada pelos próprios serviços assistenciais. Quer aumentando o grau de informação, quer o da formação, até para ajustar-se a sua realidade, o setor saúde requer e estabelece novos e diferentes **processos de educação**¹³⁹. Estes, podem ser exemplificados pelos projetos de qualificação profissional para pessoal em nível médio e fundamental (Larga Escala ou Classe Descentralizada)³⁴, para alunos de graduação de medicina e enfermagem (Reformas Curriculares) e para servidores e comunidade (Programa Uma Nova Iniciativa - Pro-UNI)⁹³. A função educativa do servidor volta-se à comunidade, por meio de trabalhos realizados com ela e com as instituições de saúde e ensino, além de outros setores produtivos, como fábricas e agro-indústrias, só para contemplar as principais áreas de intervenção da educação em saúde¹¹.

3.2 Cenário trabalhista

Convivemos com a manutenção do *status quo* calcado nas atrasadas relações capital / trabalho vigentes, com a promessa neoliberal, privatizante e desregulamentadora, embasada na visão de modernização do Estado⁵⁰, e, finalmente, com a tentativa de negociação de um pacto social, a ser firmado sob um novo padrão de desenvolvimento sustentado^{13,86,117}. Embora mais intensas no setor industrial produtivo de consumo imediato, tais situações reproduzem-se analogamente em todo o setor terciário (comércio, serviços, educação), de modo particular na prestação dos serviços públicos de saúde.

Os países pós-industrializados ou em seu estágio avançado, vêm experimentando novos paradigmas de organização do trabalho¹⁰⁰, que muitos países menos desenvolvidos ajustam as suas realidades com sucesso¹⁶⁵. No Brasil, poucas empresas incursionam neste campo, chamando atenção relatos de experiências isoladas, como o de uma indústria de “processo contínuo” ou de ponta, que se refletem sobre as expectativas do técnico e do peão⁷⁶. As análises de HIRATA⁸³ (1989) e KERGOAT⁹² (1989) sobre o sujeito coletivo no universo do trabalho são muito pertinentes e podem ajudar a desvendar variáveis envolvidas no processo de constituição das equipes de saúde.

As políticas de desenvolvimento profissional e gerencial mostram interdependência significativa. O controle de qualidade do produto e a flexibilidade/autonomia/competência profissional são bastante coerentes às políticas de descentralização do poder, e às formas de gestão participativa^{27,165}. Genericamente, esses processos são convergentes no trabalho industrial e sanitário, pois buscam a melhoria do atendimento às demandas sociais por meio da competência profissional¹⁴⁶.

Entre algumas das principais questões reguladas pela Organização Internacional do Trabalho, tais como, liberdade de associação, acordos salariais, jornadas de trabalho (horários) e condições materiais, todas elas são decorrentes da incessante luta dos trabalhadores, desde os primórdios da revolução industrial inglesa no século XVIII⁸⁴. Assim, à precariedade no atendimento de um padrão mínimo de condições de trabalho, soma-se um rol de reivindicações na pauta das lideranças, como capacitação tecnológica, educação e formação profissional^{54,55}. Essas questões são levantadas e intermediadas pelos sindicatos, que têm maior atuação no setor secundário da economia. O comércio e os serviços, por sua difusão e essencialidade, respectivamente, são privados de ter, por décadas, a representação dos seus funcionários^{104,155,168}.

Sem aprofundar as raízes históricas, demarcadas em retrospectiva de FLEURY & FISCHER⁵⁵ (1987), concorda-se que apesar dos avanços, “as políticas de recursos humanos propriamente ditas, raramente têm incorporado as propostas de flexibilização, participação e congêneres, permanecendo nos limites mais convencionais da administração de pessoal”, a ponto de chegar “a conflitar com o conteúdo das diretrizes organizacionais mais amplas”. Tal análise reitera a reciprocidade entre os padrões de relações do trabalho e de gestão do trabalhador, geralmente repletas de contradições.

A otimização do desempenho tem sido obtida em muitas empresas de países industrialmente avançados e em processo recente de industrialização, através de métodos “modernos” de organização do trabalho^{13,84,95}. A procura de modos alternativos ou inovadores de produção e relações no trabalho que se voltam para o seu cotidiano e ligado ao meio exterior, se não têm alcançado pleno êxito, pelo menos encorajam a persistência e a luta diária dos trabalhadores socialmente comprometidos.

3.3 Quadro sanitário

A análise do desenvolvimento histórico dos sistemas de saúde no Brasil parte da constatação do fracasso na implantação do Sistema Nacional de Saúde criado pela Lei 6229/75, que

ensejava contradições, como a dicotomia entre as ações preventivas e curativas, de planejamento e execução, públicas e privadas. Paralelamente ao processo de distensão política e redemocratização no país, são inquestionáveis as conquistas obtidas com as Ações Integradas de Saúde, a VIII Conferência Nacional de Saúde, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde - SUDS e o Sistema Único de Saúde - SUS nas Constituições Federal e Estaduais e nas Leis Orgânicas dos Municípios.

O SUS, no bojo da reforma sanitária brasileira, mobiliza forças políticas e populares, incorporando conceitos e propostas autênticas, modernas e universais. No entanto, sua operacionalização vem mostrando dificuldades de ordem conjuntural, fruto de uma crise sócio-econômica, que recai sobre os trabalhadores e a população em geral. Parte dessas vicissitudes são compartilhadas por outras sociedades mais desenvolvidas. O “sistema de saúde” oscila, num gradiente, entre um modelo de fortes influências norte-americanas, em termos político-operacional e anglo-italianas, em termos histórico-conceitual^{15,51,109,117}. Dentro da política de descentralização e criação de sistema de referência e contra-referência, ou hierarquizados regionalmente, sob as diretrizes gerais do SUS, vêm despontando desde 1986 várias experiências de Sistemas

Locais de Saúde, com o apoio da Organização Pan-Americana de Saúde- OPAS/OMS¹³⁵.

Não obstante a reconhecida fama do desenvolvimento científico e tecnológico da medicina norte-americana e, excepcionais sistemas de saúde isolados - alguns vinculados ao *Health Maintenance Organization / Medicare-Medicaid*^{176,184} - o próprio atual governo já admite a falência do sistema como um todo²⁰.

O setor saúde nos Estados Unidos consome, em média, substantivos 12% do Produto Interno Bruto - PIB e estaria entre as três maiores "indústrias" daquele país¹⁶⁰. De fato, encarado filosoficamente como um negócio lucrativo, o sistema americano está submetido às grandes empresas seguradoras, que corroem os recursos tanto dos clientes quanto dos profissionais, alijando quase quarenta milhões de pessoas²¹. Apesar dos serviços de atenção primária à saúde virem declinando⁵, ainda representam 46% da produção^{88,143}, com o seguro-saúde predominando num sistema extremamente liberal e diversificado. Bem mais organizado e socializado, o sistema de saúde francês apresenta também, na verdade, inúmeros sistemas ou regimes de livre escolha, com grandes desigualdades entre si, especialmente, nas suas condições operacionais^{28,53,159}. A inserção e a atuação dos profissionais e suas representações nesses sistemas, têm pontos

de concordância com a realidade do caótico e oneroso sistema de saúde brasileiro^{20,27}

As inter-relações do funcionamento dos serviços e os profissionais estão descritas em estudos sobre o sistema de saúde canadense, considerado um modelo eficaz de atenção à saúde¹⁴¹. Lá, a assistência primária está basicamente dividida em serviços de pré-pagamento tradicional (privado) e comunitário local alternativo (público)⁴³. Os resultados alcançados demonstram compatibilização entre as dualidades levantadas na província canadense de Quebec^{17,148}, compartilhadas em muitos casos pelo Brasil, só que agravados aqui, porque os serviços, via de regra, são precários e não complementares como rege a própria Carta Magna da Nação e seus dispositivos infra-constitucionais.

O processo de municipalização dos serviços de saúde, sob a orientação da política de descentralização e autonomização dos poderes locais, está longe de atingir o apogeu das Cidades-Estado, como na extinta Guanabara e, de forma radical, em antigas repúblicas que, posteriormente, é unificada como no império romano, simbolizando a primazia citadina, que centraliza o poder espalhado por quase todo o "velho continente". A forte corrente migratória dos povos peninsulares europeus, itálicos e ibéricos, por diferentes motivos, atesta suas influências nos locais de destino.

A partir do final do século passado é expulsa da Europa grande parcela de mão-de-obra semi-qualificada, principalmente para as Américas (Estados Unidos, Argentina e Brasil). No Brasil, o Estado do Rio de Janeiro recebe enormes contingentes que ajudam a criar suas bases sócio-econômicas. Esse Estado possui serviços sanitários municipalizados, em função das Prefeituras, Secretaria Estadual e Ministério de Saúde, com o apoio de algumas instituições de ensino superior, como*, o Instituto de Saúde da Comunidade e as Faculdades de Medicina, de Odontologia e de Enfermagem, da Universidade Federal local.

A par do fenômeno urbano-regional no mundo, no Brasil mais evidente no eixo Rio-São Paulo, as sedes ou capitais que concentram os poderes político-econômicos, recaem ou transformam-se em cidades de grande e médio porte². De 500 cidades com melhores qualidade de vida e saúde, entre pouco mais de 5.000 municípios brasileiros, o Estado do Rio de Janeiro contribui com um número significativo deles^{41,161}. Este Estado, o sétimo em número de municípios (distritos ou cidades emancipadas)** , é o 3º mais populoso, porém apresenta contrastantes realidades que se identificam com a situação vivida no resto do país.

*
no caso da cidade a ser enfocada,

**
em gestão semi-plena

4. REFERENCIAL TEÓRICO

Os serviços de saúde, como qualquer outro espaço de trabalho, vêm sendo enfatizados como *loci* privilegiados de ensino-aprendizagem, por sua proximidade ao cliente-consumidor e, por extensão, à realidade que o cerca¹⁹. Cada vez mais se reconhecem as interferências histórico-culturais no comportamento organizacional, com suas peculiaridades e na institucionalização do *modus operandi* motivado pelas representações dos personagens que por aí circulam, entre eles, os profissionais da saúde. Esse processo de aculturação institucional que, geralmente, na concepção de BARBIER⁶ (1985), se constituem em violência simbólica é mediado por **modelos** de atenção à saúde e de gestão educacional¹⁶³. Esse modelos são reprodutores do *poder econômico* determinante das *políticas públicas* que, marcadamente, desde há duas décadas tentam se refazer da crise do Bem-Estar Social. Esse movimento, posto em marcha pela *tecnoburocracia desenvolvimentista*, iniciada anteriormente, é dominada por organismos internacionais de “cooperação” e que vem sendo contestada por várias organizações não-governamentais, ainda que poucas, já com denúncia de corrupção⁸⁶. Hoje, as críticas a essa política, pelo seu efeito mais devastador que construtivo, especialmente no Terceiro Mundo, faz com que o desenvolvimento “da forma como vem sendo praticado é parte do problema, não da

solução" (NERFIN¹³⁰, 1992). O fenômeno da tecnologização, estruturada no mundo da vida^{77,158} é de tal envergadura, que se constitui em paradigma central desta era contemporânea, como fator cultural e ideológico^{112,113,140,149}.

Assim, defende-se que o desenvolvimento profissional, enquanto processo educativo centrado no trabalho, não se circunscreve a concepções capitalistas de desenvolvimento econômico-social, nem ao perfil positivista de profissional tecnoburocrático, mas está sempre inserido em seu contexto *histórico-cultural*^{19,78,157}. A imposição de se construir um efetivo sistema de saúde, onde *conflitantemente* ocorre a reprodução das relações sociais, leva ao propósito de encará-los como uma luta para que se alcance justa condição de plena cidadania⁹⁴.

O cotidiano neste trabalho, apesar de seu papel relevante, não está calcado numa ideologia da cotidianidade, enquanto área do conhecimento da Sociologia, escola de pensamento ou metodologia. Evita-se também uma absolutização do cotidiano e não se propõe ter história de vida, ainda que partes dela sejam oralmente resgatadas^{29,82,152}. De qualquer modo atribui-se importância às críticas, quanto à ausência ou insuficiente abordagem e valorização do poder e estrutura que permeiam os micro processos e "as definições de situação", intrínsecas à vida cotidiana^{16,79}. Feito esse reparo, resgata-se dialeticamente a

fenomenologia, enquanto sociologia da vida cotidiana, na qual “o homem se situa com suas angústias e preocupações em intersubjetividade com seus semelhantes” (SCHUTZ apud MINAYO¹²³, 1994), onde os significados, de cada um dos atores, ganham sentido. A intersubjetividade é a fenomenologia social que, através da história biográfica, “*cria significados e constrói a realidade*”, proclamando “o componente ético na relação da ciência com a sociedade” (ibid., p. 58) e onde a cultura, juntamente com as “*posições étnico-religiosas, intelectuais e políticas*”, desempenham papel fundamental. Associam-se assim, situação e intersubjetividade como “*as bases sociais de produção dos sistemas econômicos, políticos e ideológicos*” (ibid., p.63).

A práxis, enquanto filosofia do pragmatismo gramsciano, é coletiva⁴⁰. Ela reveste-se de especial importância porque preenche a existência cotidiana, repleta de afazeres e refazeres domésticos, mas nem por isso desprovida de simbologias, onde se misturam a ideologia, os sonhos, as tristezas⁶. Afinal, conforme pensamento de MARX, citado por DIAS⁴⁰ (1982): “a vida social é essencialmente prática”. Ao mesmo tempo que o cotidiano aliena, desaliena - é a riqueza e miséria da vida. O cotidiano, segundo LEFÉBVRE apud DIAS⁴⁰ (1982), é o “setor privilegiado da prática” e nele “se reúnem os gestos e as palavras coerentes à cultura”, onde tudo pode acontecer.

Os processos de educação e trabalho que ocorrem no cotidiano podem ser aparentemente iguais, mas são sempre, dialeticamente, diversos.

"apresentando aos homens os dilemas e os conflitos gerados pelo tecer contínuo das relações sociais de produção, teia infinitamente variada, aberta ao inesperado, lugar onde se plasma o presente a partir dos materiais do passado e a presença e perspectiva do futuro" (DIAS⁴⁰, 1982).

Entende-se cultura como *"um conjunto de sistemas simbólicos dentre as quais os principais são: a linguagem...as relações econômicas, a arte, a ciência, a religião"*(LÉVI-STRAUSS apud BARBIER⁶, 1985). O simbólico está presente na estrutura institucional, que sob tensão dinâmica *"realiza o estado de totalização parcial e de auto-regulação conflituosa, sempre inacabada, da dialética"* (ibid., p. 143). A teoria dos contrários permite o processo dialetizável de totalização do simbólico ou imaginário social, fundamental para se distinguir nos produtos, práticas e discursos, os diferentes momentos de universalidade (ideologia, normas, valores instituídos), particularidade (negação do momento anterior, instituinte) e singularidade (institucionalização, organização-fim: educacional, sanitária, entre outros)⁶.

A instituição é vista em suas dimensões sócio-econômica, político-administrativa e ideológico-cultural, ora como estrutura fechada de um aparelho de Estado burocrático, ora aberta, pois se

“as organizações canalizam, represam, controlam, enfim, domesticam as forças sociais, é necessário que elas fracassem para se manterem vivas: é sabido que a aplicação integral das normas de trabalho numa empresa leva-la-ia à paralisia total e não sobreviveria se agisse sempre assim no cotidiano” (STOURDZÉ apud BARBIER⁶, 1985).

O cotidiano é heterogêneo em vários aspectos, *“sobretudo no que se refere ao conteúdo e significação ou importância de nossos tipos de atividades”*, como a *“organização do trabalho e da vida privada... o descanso... o intercâmbio”* e *“se modifica de modo específico em função das diferentes estruturas econômico-sociais”* (HELLER⁸², 1989). Outras concepções desta autora são úteis a este trabalho, como *“o homem aprende no grupo os elementos da cotidianidade”*, pois a vida cotidiana *“é a vida do indivíduo”*, sendo que este é *“simultaneamente ser particular e ser genérico...e está... no centro do acontecer histórico”*. Mesmo a não cotidianidade, que é contada nos livros como grandes façanhas, parte *“da vida cotidiana e a ela retorna”*, pois é *“graças a seu posterior efeito na cotidianidade”* (ibid.), onde são legitimadas ou

eternizadas. Não é possível *"traçar uma linha divisória rigorosa e rígida entre o comportamento cotidiano e o não cotidiano"*, mesmo nas artes e nas ciências; *"toda obra volta à cotidianidade e seu efeito sobrevive na cotidianidade dos outros"* (ibid), como um legado cultural deixado ou processado por herança a um indivíduo, grupo ou à humanidade.

O homem intervém na cotidianidade, através de transformação, improvisação²⁹ e *mimesis*³⁹ - imitação conservadora ou criadora, que, com maior ou menor frequência, acontece no desencadear da vida⁸². Dependendo da intensidade, amplitude ou profundidade das ações, pode-se destruir *"a rígida ordem da cotidianidade"* (HELLER⁸², 1989), dada em grande parte pela espontaneidade, que é a característica dominante da vida cotidiana. Aparentemente paradoxal, essa espontaneidade, sincera em sua quase totalidade, *"é a tendência de toda e qualquer forma de atividade cotidiana... o ritmo fixo, a repetição, a rigorosa regularidade"* (ibid.).

As atitudes decorrentes do *"pensamento cotidiano apresenta-se repleto de pensamentos fragmentários, de material cognoscitivo.."*, e por *"motivações efêmeras em constante alteração, em permanente aparecimento ou desaparecimento..., longe de expressar a totalidade, a essência do indivíduo"* (ibid.). Esta é a anarquia do claro-escuro do cotidiano, a indeterminação

que nos cerca, a clara dificuldade de desvelar todos os mistérios da vida²⁹.

Portanto, fica difícil de se trabalhar a totalidade dos fatos, fenômenos ou coisas, pois a *“ordenação da cotidianidade é um fenômeno nada cotidiano, uma vez que o caráter representativo, provocador, excepcional, transforma a própria ordenação da cotidianidade numa ação moral e política”* (grifo no original, HELLER⁸², 1989).

O cotidiano é utilizado, então, como *“instrumento interpretativo”* e *“princípio metodológico”*, dando uma *“perspectiva heurística”* da complexa realidade, em que se *“busca reter a explicação do particular no geral e vice-versa”* (MINAYO¹²³, 1994). Por sobre os problemas do dia-a-dia repousa a *“lógica dialética da compreensão do conflito como algo permanente e que explica a transformação”* (ibid.).

O método heurístico por ser regressivo e progressivo, portanto histórico, constrói-se através da eterna busca da totalização que *“demanda a destotalização e a retotalização, num processo dialético da práxis quotidiana”*, onde *“mesmo os erros contêm conhecimentos reais”* (DIAS⁴⁰, 1982). Essa totalização não é mero artifício filosófico. Mais que instrumental, é um exercício que, concreta ou simbolicamente, procura explicações, nem que sejam

metafísicas. Há situações tão dilemáticas no mundo, cuja saída impõe, em dado momento, o subterfúgio da alienação ou sublimação, algumas vezes até para manutenção da própria integridade. No serviço de saúde, onde se vivencia a possível evolução trágica de determinadas doenças e a morte, como parte do cotidiano profissional, exige-se deste, uma atitude de compreensão tanto do drama do paciente, quanto da conduta ético-social que deve tomar, com seus vários desdobramentos político-institucionais.

A abordagem interpretativa, em uma cultura verbal como a brasileira, acentua a importância de uma aporte *hermenêutico*. A busca de um texto, **metatexto** ou um *modelo*, na concepção estruturalista, é a construção teórica das relações observadas e invisíveis. Como diz FOLBERG⁵⁶ (1985) a *“leitura hermenêutica do texto aponta para o sujeito, como produtor do discurso, bem produzido por ele”*, mostrando, dialeticamente a *“interdependência autor-obra e passado-presente”*. Assim, é inevitável introduzir-se em novos campos de conhecimento.

Na estrutura lingüística, destacam-se pares dicotômicos que se inter-relacionam como significante-significado, metonímia-**metáfora**, sintagma-**paradigma**, onde este último, sobretudo, é utilizado, não sob determinada ótica, puramente semântica⁵⁶, mas na visão epistemológica de KUHN^{23,134,188,189}. Daí o interesse em

se saber os dois sentidos mais comumente usados por KUHN apud GARCIA⁶⁴ (1987) para conceituar paradigma, enquanto o conjunto “de crenças, valores, técnicas” e enquanto as “soluções concretas de quebra-cabeças que, empregados como *modelos* ou exemplos, podem substituir regras...” (grifo do autor). Esta concepção coaduna-se a concepções de PICHÓN-RIVIÈRE e HABERMAS, também citados em GARCIA⁶⁴ (1987). Particularmente em HABERMAS⁷⁷ (1988), reflete-se sobre o “ato da fala” e o “mundo da vida”. Este filósofo, da escola fenomenológica de Frankfurt, dissimula a idéia de que o leigo, o popular, o inculto é simples e o cientista, o profissional, o intelectual é complexo. Os questionamentos que elaboram e dissertam sobre o pré-entendimento (busca no início de seu processo) e o próprio entendimento, através das diferentes linguagens, principalmente verbais (atos da fala), fornecem subsídios propiciadores de uma profícua comunicação, democrática, entre um emissor, também receptor e vice-versa. A comunicação, essencialmente, não é um ato mecânico, direto e tão próximo. Existe um pano de fundo histórico-cultural e de experiência de vida, que se superpõem nesse processo. Parte-se da teoria da divisão de trabalho de DURKHEIM apud HABERMAS⁷⁷ (1988), e concentra-se no conceito de mundo da vida e seu desacoplamento do sistema, procurando fundamentar mudanças de paradigmas. Estes, norteiam aprendizados e ações que vigoram nos serviços de saúde,

auxiliando a re/produzir modelos, que nem sempre vêm ao encontro dos anseios da população^{170,171}.

Assim, fecha-se, virtualmente, um ciclo, de referenciais teórico-metodológicos, que se baseia no conflito do cotidiano construído por e construindo uma história. Não se trata de fazer apologia ou cultivar problemas, mas ao contrário, procurar esmiuçá-los para descobrir meios de vencê-los ou viver enfrentando-os diariamente. E, ainda que tangencial à discussão sobre a filosofia da práxis e outras correntes do pensamento, aqui citados, recorre-se a LEFÉBVRE apud DIAS⁴⁰ (1982) para reafirmar que qualquer cidadão

"adquire estatura universal, sem perder na especificidade: ao mesmo tempo que trabalha o solo de sua comunidade, acha-se ligado, indissoluvelmente, aos acontecimentos mundiais, através das relações dos mercados, da sociedade, do conjunto de forças que age sobre um cotidiano".

Ao desenvolver uma linha teórico-metodológica que identifica, nos processos de educação e trabalho, questões referentes ao dia-a-dia dos profissionais, depara-se com as fortes inflexões dos acontecimentos de dimensão macroeconômica (super-estrutural); em microespaços onde ocorrem sua operacionalização. Procede-se, então, empiricamente, à tentativa de análises, a partir desse universo local, nível este, de referência

para o planejamento das ações de saúde, de um sistema em construção¹⁵⁸. Ganha-se, aqui, o sentido de espaço dado por CERTEAU²⁹ (1994), o qual pressupõe superposições, *“de certo modo animado pelo conjunto de movimentos que aí se desdobram... e o leva a funcionar em unidade polivalente de programas conflituais ou de proximidades contratuais”*. Essa noção de espaço é, portanto, dinâmica. Tem sua história feita pelos atores reais e imaginários que por aí transitam e constroem ou mantêm o cotidiano. Cada situação⁷⁹, mais que diagnosticada, acopla-se ao vivenciado, essencial à estruturação de um efetivo sistema de saúde.

As categorias analíticas comportam generalizações que *“expressam a unidade das relações entre o histórico e o lógico”*, enquanto as categorias empíricas se referem às operacionalizações, que *“expressam na realidade... as determinações e as especificações”* (MINAYO¹²³, 1994). Mas tanto a empírica pode se inserir num *“quadro mais amplo de compreensão teórica da realidade”*, sem perder sua especificidade, quanto a analítica ser *“operacionalizada”* (ibid). Procura-se, assim, fazer um movimento incessante do empírico para o teórico e vice-versa, entre o concreto e o abstrato, o particular e o geral, de forma dialética, confrontando o conhecido com o ainda desconhecido, pois o material está sendo colhido.

Ainda que a análise do discurso desenvolvida em PÊCHEAUX, citado por MINAYO¹²³ (1994), se assente sobre *um “texto que pode ser uma simples palavra”, esse “texto é o discurso acabado para fins de análise...enquanto objeto teórico, porém..... é infinitamente inacabado”, enquanto objeto empírico, que requer contínua análise. Já o discurso, “é o efeito...de relações estabelecidas e do contexto da linguagem” (ibid.), em permanente interação. Por isso, pode-se dizer que o texto é um conceito analítico-interpretativo e o discurso “é um conceito teórico-metodológico”, porém ambos, apesar das diferentes funções, encontram-se “imbricados entre si” (ibid., p. 213). A unidade básica de análise acaba transcendendo o texto de cada entrevista individual para ganhar terreno no espaço coletivo e que constitui o sujeito social. Assim, a análise de conteúdo, desenvolvida por BARDIN⁷ (1979) ao inclinar-se menos para a lingüística, favorece a identificação e o seu uso nesta pesquisa.*

5. METODOLOGIA

5.1. Pressupostos básicos da investigação

Fruto da percepção sobre a realidade que se tem, a dicotomização entre **objeto** e **sujeito** é enfrentada quando se busca a *“totalidade, onde tanto os fatores visíveis como as representações sociais integram e configuram um modo de vida condicionado pelo modo de produção específico”* (MINAYO¹²³, 1994). Repete-se a falácia da dicotomização ao se polarizar a abordagem quantitativista de um problema, tendenciosa à super-objetivação e a qualitativista, tendenciosa a subjetivismos. Ambas são interdependentes e interagem, embora, momentaneamente, uma possa se sobressair. Conforme imagem metafórica, consubstanciando uma figura de linguagem, usada por MINAYO¹²³ (1994), *“a singularidade do fenômeno social... é menos um retrato e mais uma pintura”*, no sentido de permitir uma maior liberdade de expressão e associações, desde que em condições democráticas. Esta condição nem sempre é vivenciada, plenamente, no dia-a-dia, e quase sempre encontra-se em permanente ameaça. O tema **objeto** da pesquisa origina-se assim na própria população-**sujeito** responsável pelos atos geradores da saúde de uma comunidade.

As idas e vindas ao **objeto-sujeito**, se por um lado enriquecem a visão porque retrata mais fielmente a realidade, por certo trazem consigo também dificuldades. Como no dizer de MINAYO¹²³(1994), a pesquisa *“é uma atividade de aproximação sucessiva da realidade que nunca se esgota, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados”*, predominantemente empíricos. Assim é que se entende e se procura alimentar o processo de trabalho enquanto um método. Conceituado por LÊNIN apud MINAYO¹²³ (1994), o **método** é *“a própria alma do conteúdo, porque ele faz a relação entre o pensamento e a existência e vice-versa, e não só forma exterior e algo secundário”* (grifo do autor), contrapondo-se a simples pontuações ou arcabouços vazios, supostamente neutros, pela irremediável dialética epistemológica. Essa dificuldade deve-se ao fato da metodologia incluir concepções teóricas de abordagem que possuem referenciais calcados em visões de mundo ideológicas, ontológicas e, particularmente, teleológicas⁶², posto que busca as relações de um fato com suas causas e entre meios e fins. Desse modo, a metodologia irradia-se, dialéticamente, em várias direções, acompanhando problemas tanto anteriores, tratados nos referenciais, quanto posteriores, como possíveis resultados. Como refere MINAYO¹²³(1994), na dialética,

“os princípios de especificidade histórica e de totalidade lhe conferem potencialidade para, do

ponto de vista metodológico, apreender e analisar os acontecimentos, as relações a cada momento como etapa de um processo, como parte de um todo”.

5.2 Delimitação geo-institucional

No momento de análise para escolha do serviço objeto da pesquisa, tornam-se mais claras a relevância e a multiplicidade de sentidos dados, por CERTEAU²⁹ (1994) ao espaço. Isso corresponde à aceitação e construção de uma “*filosofia do espaço social*”, tal qual definido por SHEPS & MADISON apud NOVAES¹³² (1990). A situação problematizada dos recursos humanos em relação a alguns aspectos primordiais, como o conflito capital x trabalho, conduz os estudos em direção àqueles lugares em que se concentram diferentes regimes contratuais. É importante que a unidade esteja inserida num sistema regionalizado de saúde integral, a fim de se visualizar a problemática da insolubilidade, através de uma referência e contra-referência, inclusive investigativo-educacional. Esta referenciação, deve estar consubstanciada, preferencialmente, em projeto de Integração Docente/Assistencial-IDA¹¹⁴ que, de fato, se dirija à comunidade, possibilitando seu envolvimento e desenvolvimento, portanto, com um programa de extensão, que contemple o ensino e a pesquisa, ou a partir destes, estendam-se os serviços à comunidade^{93,115}.

No entanto, face à proximidade física da população e a necessidade de fortalecer ações promotoras e recuperadoras da saúde, no sentido de sua maior facilidade e pertinência, fica selecionado como o *locus* da pesquisa, o nível primário de atenção. Assim, a problemática da construção de um Sistema Local de Saúde - SILOS, está sendo estudada a partir da sua rede ambulatorial. Ainda que consideradas de baixa concentração tecnológica, do ponto de vista dos equipamentos industriais, são selecionadas duas unidades, predominantes em termos de perfil organizacional e distribuição espacial, onde se encenam situações entre aquelas de maior e menor **complexidades**. Esses parâmetros, de diferente porte institucional e localização geográfica, devem corresponder à diversidade demográfica e epidemiológica da cidade e região escolhida e, conseqüentemente, às diferenças na composição dos perfis profissionais das equipes de saúde. Essa medida é orientada pela intencionalidade na definição da amostra populacional a ser analisada¹⁸⁷.

Mesmo com os esforços envidados por alguns municípios, frente à resistências político-culturais e dificuldades econômico-operacionais, é vital que se assuma o caráter construtivo desse processo de tentativa de mudança do modelo da atenção à saúde vigente (hospitalo-cêntrico, biomédico) para o preconizado pelo SUS. Esta opção teórico-metodológica, se não resolve,

satisfatoriamente, afasta o problema de se estudar um serviço privilegiado, excepcional, que esteja isolado da realidade nacional, ou seja, longe da pobreza - coisa difícil de não se encontrar num país de terceiro mundo. Evidencia-se assim, a problematização da amostra de locais representativos do que se propõe a estudar. Essa problemática traz ainda, à tona, a questão de se trabalhar um caso exemplar do que não acontece no restante da área fisiográfica, ou mesmo de conhecimento, apesar de sempre poder ocorrer risco de ficção, ao se defrontar com futuros resultados.

Nesse sentido, reconhecendo a ampliação das potencialidades de abordagens e intervenções sobre a qualidade de vida, mediante esforços inter-setoriais, a escolha inclina-se a favor de áreas que contenham experiências e integração ensino-serviço em suas diferentes fases e modalidades, como da atual Rede Uma Nova Iniciativa à Integração Docente/Assistencial - UNIIDA^{93,114}. No momento de identificação das unidades, evidencia-se a importância da escolha recair em uma das que experimente ou tenha experimentado gerência participativa, mesmo com incipiente planejamento estratégico situacional^{119,120,158}.

O arcabouço metodológico desenhado permite ainda o desenvolvimento de um estudo de caso^{7,81,83,169} com singularidades^{6,123}, que retratam situações problemáticas, de vida e trabalho, de populações de cidades em áreas metropolitanas,

como a do Rio de Janeiro. Entre outros exemplos existentes, o Município de Niterói enquadra-se, perfeitamente, nesse estudo de caso, por reunir condições histórico-culturais e político-administrativas e estar implantando novas iniciativas na organização de seus serviços públicos de saúde. Trata-se, portanto, de uma sub-região que, caracteriza essa experiência de implantação, possibilitando analogia com parte da própria rede de serviço loco-regional do SUS, nessa cidade.

O período de realização da pesquisa, de maio a outubro de 1995, é precedido de pré-testagens dos instrumentos em outras unidades, além das análises e dos contatos desde o início do mesmo ano.

Características locais

Na região do Grande Rio destaca-se, além da Capital, a cidade de Niterói (**Anexo A**), cujo setor saúde possui cultura institucional que permite avaliar aspectos levantados nos capítulos anteriores. Esse potencial pregresso a faz, inclusive, figurar como uma das “áreas de demonstração imediata” no Plano do Conselho Consultivo da Administração de Saúde Previdenciária - CONASP⁶⁹ em 1982. Este é um dos fatores que serve de alavanca ao Projeto Niterói, sob os auspícios das Ações Integradas de Saúde - AIS. Até 1987, ele ajuda a estruturar o gerenciamento colegiado

(Secretarias Municipal e Estadual de Saúde, Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social - INAMPS, Universidade Federal Fluminense - UFF e Federação das Associações de Moradores de Niterói - FAMNIT) para um tentativo sistema de referência e contra-referência e do Programa IDA, que patrocina nesse período a capacitação de gerentes, entre outras ações. Mais recentemente, junto com outros municípios (menos de cem, apenas) de diferentes regiões do país, obtém a condição de gestão semi-plena pela Norma Operacional Básica 1/93 do SUS, conferida pelo Ministério da Saúde, inclusive por ter o Conselho Municipal de Saúde funcionando. Como fruto de um trabalho de mais de dez anos, inicia-se, a partir de 1994, a reforma curricular dos cursos de graduação de medicina e de enfermagem da UFF que se compatibilizam às propostas da reorganização dos serviços e das práticas de atenção à saúde e do módulo médico de família¹¹⁰.

Na década de 70, a cidade sedia a 1ª Reunião Nacional de Secretários Municipais de Saúde³⁶ e suas autoridades sanitárias, muitas das quais provenientes dos quadros da Universidade Federal local, vêm participando do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde - CONASEMS e de projetos com os Ministérios de Educação e da Saúde, como os de qualidade e gestão hospitalar e de serviços, através do acordo de Cooperação Brasil-França^{26,60}.

Entre os noventa estabelecimentos de saúde existentes no município, em 1989, praticamente a metade público (das três esferas de governo)¹⁶⁷, contam-se com mais de 5.000 servidores gerenciados pela Fundação Municipal de Saúde¹¹⁶. Esse valor representa, por sua vez, quase metade do funcionalismo da Prefeitura e parcela significativa da força de trabalho ou População Economicamente Ativa - PEA local¹³². A rede básica de Niterói, à cargo da Superintendência de Atenção Ambulatorial e Coletiva - SUAAC, inclui uma diversidade de equipamentos com distribuição relativamente homogênea por quase todos os bairros, seguindo um processo de territorialização^{119,120,182}. Busca-se um sistema de referência que abrange, desde os médicos de família até as unidades de internação, envolvendo os atuais órgãos responsáveis pelas áreas hospitalar e programática (pesquisa, geo-processamento de dados, avaliação). Os serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, também da SUAAC, encontram-se regionalizados, com os laboratórios funcionando em várias unidades^{60,61}.

Entre as unidade periféricas, é selecionado um posto de saúde de pequeno porte e, entre as centrais, um de médio porte, ambos com nível primário de atenção. Ao lado de algumas características peculiares de cada unidade, destaca-se ainda o fato de que ambas desenvolvem, prioritariamente, ações dos programas de saúde da criança e da mulher e do sub-programa

contra a tuberculose, que atendem cerca de 60% dos pacientes por demanda espontânea¹³². Situam-se em áreas de abrangência com mais de 20 mil habitantes, que recebem um afluxo significativo de pacientes de populoso município limítrofe. As duas unidades municipalizadas, anteriormente do Estado, possuem também funcionários da União, minoritários, por remanejamentos realizados. Já serviram de campo de estágio para Programa de Residência em Medicina Preventiva e Social da UFF por curto período e, desde 1994, recebem alunos do curso médico desta universidade para trabalho supervisionado com preceptores, junto à comunidade. Quanto a algumas diferenças entre as duas unidades dessa pesquisa, em uma delas a equipe de Saúde Mental é mais completa e dispõe de melhores recursos, como oficina terapêutica, sendo uma das quatro referências para a rede nessa área de atuação. Na outra unidade, o perfil dessa equipe vem se formando, porém, sem impedir que se iniciem atividades de grupo (terapêutico, educacional, de funcionários), além dos atendimentos individuais, inclusive interconsultas de psicologia e fonoaudiologia¹⁵⁶. Na unidade menor, o laboratório conta com mais recursos tecnológicos (humanos, físicos e materiais). A gerência de uma das unidades trabalha junto ao Núcleo de Avaliação e Informações Técnicas - NAIT, enfatizando a vigilância em saúde, com seu planejamento participativo^{158,181} e mapeamento das sub-áreas homogêneas, onde, numa das mais pobres, situa-se um módulo do médico de família, dos doze existentes no município. A

unidade menor tem sessenta funcionários para dez consultórios compartilhados por diferentes categorias profissionais e a outra unidade tem aproximadamente o dobro de trabalhadores para vinte consultórios, também não exclusivos dos médicos (**Anexo B**). A unidade periférica menor está situada em bairro de padrão sócio-econômico mais baixo e outrora industrializado, enquanto a unidade central (maior) encontra-se em sub-região, predominantemente com grande oferta de serviços.

Com esses locais, pretende-se abarcar maior diversidade cultural onde convivem os profissionais, num embate de constantes conflitos, desafios e convergências de esforços, aproveitando momentos e situações representativas da realidade, cujo recorte analítico é tentado no decorrer da tese.

5.3 População de estudo

5.3.1 Seleção do pessoal

Antes de definir o número de pessoas que participariam da pesquisa, é importante situá-las no subsetor público de saúde, no Brasil, e mesmo no mundo. Este exercício, essencialmente empírico, vai se projetando para espaços sócio-institucionais cada vez menores, de modo a alcançar uma dimensão estrutural observável e vivenciável em maiores detalhes, na realidade de

trabalho. Tendo definido as unidades sanitárias, paralelamente a esse processo de contextualização acima descrito, não há necessidade e, principalmente, viabilidade, para mobilizar todo o universo de seus recursos humanos (cerca de 120 funcionários na unidade central e 60 na periférica) - **Anexo B**. A definição de um grupo social relevante para entrevista e observação deve se dar *pari passu* com o delineamento do quadro empírico, dependente da capacidade operacional, tempo disponível e acesso aos recursos humanos e institucionais¹²³.

Na opinião de QUEIROZ¹⁵² (1991) “a escolha dos informantes também está diretamente presa ao problema pré-formulado”, mas isso não afasta outros problemas extrínsecos, que surgem no decorrer da pesquisa e intrínsecos, como o da representatividade, enquanto “*tipo médio*” no sentido estatístico. Nesse caso, tem-se um falso-problema, uma vez que não se busca a média, mas sim, diferentes opiniões ou **representações**. É um processo de universalização relativa, dependente de uma dada sociedade, num certo momento histórico que revela o “processo a que é submetido um objeto, um fenômeno, uma sucessão de acontecimentos” (ibid.), interior e exterior aos grupos sociais. Por isso vale “o que o informante presenciou e conheceu”, desde que se proceda ao “cotejo do relato com dados oriundos de outras fontes”, (ibid., p.100), correspondente a multiabordagem ou

triangulação do objeto-sujeito social, histórica e culturalmente determinado^{123,169}.

Norteados pelas orientações fornecidas nos referenciais teóricos^{7,122}, parte-se da menor amostra dada pelo grupo focal*, arbitrando-se cinco vezes mais para a amostra anterior, ou seja, das entrevistas individuais. Isto equivale reduzir a 20% qualquer amostra inicial, portanto, com uma margem de segurança, no caso de eventuais entrevistas, que não forneçam informações suficientes para a análise. Essa presunção verifica-se em campo, porém, com baixo índice de desaproveitamento que não atinge a 10% (3 entrevistados). Considerando que o grupo pode oscilar de 2 a 15 participantes¹²³, ou em média, de seis a dez¹²⁷, tira-se seu número mediano, 8, que multiplicado pela proporção definida (o seu quíntuplo), resulta em 40 profissionais. Isso é mais que o recomendado por BARDIN⁷ (1979) para a análise de conteúdo de entrevistas, escritas ou pré-gravadas, de natureza individual ou grupal. Essa medida propicia contatos e impressões apuradas da população e instituição escolhidas, que geram um volume de informações considerável, além dos objetivos iniciais traçados, cuja validade é, inclusive e primordialmente, a de questioná-los e verificar seus alcances e pertinências. Este é um exercício que desenvolve o discernimento entre importância e relevância.

* descrito adiante e especificamente no item 5.4.,

O tamanho final das amostras para cada uma das estratégias eleitas (ou sub-amostragens¹²⁹) está determinado pelo fato de que forma (como) se procede à coleta dos dados. Esta não fica restrita ao esgotamento da etapa de entrevistas individuais/grupais e à observação participante, na unidade de maior complexidade e depois reproduzida, com adequação, na unidade periférica. Tampouco, a coleta de dados utiliza um critério estritamente matemático-estatístico, como discriminador para o recorte populacional, mas, ao contrário, de forma coerente com os princípios filosóficos da pesquisa qualitativa, servindo-se de parâmetros referidos no quadro teórico exposto em capítulo anterior.

Lançando-se mão ainda da proporcionalidade, 26 profissionais são entrevistados na unidade maior e 13 na menor, totalizando 39 entrevistas individuais. São indicadas 7 pessoas para o grupo focal, 5 da unidade maior e 2 da menor. No grupo, conta-se com a participação de dois servidores da unidade maior e dois da menor, dando um total de quatro, que não são previamente entrevistados. Esses últimos participantes, convidados em função da análise preliminar das entrevistas individuais, mostram a importância de se incluir as áreas onde eles três atuam (recepção, laboratório e odontologia). As contribuições que dão em termos de informações e à dinâmica imprimida pelo grupo, reforçam a decisão de envolvê-los. Tem-se então ao todo 43 pessoas (**Anexo C**),

representando aproximadamente 23% dos 180 funcionários lotados nesses dois serviços.

O processo de quantificação das amostras está associado ao de sua qualificação, considerando-se a complexa situação da força de trabalho em saúde no Brasil. Procura-se, assim, assegurar, no conjunto, pelo menos um representante de cada uma das categorias indicadas, conforme discutido no item seguinte (perfil da amostra). Norteia-se também pelo alerta de QUEIROZ¹⁵² (1991), em que para a identificação da amostra, não importa tanto *“a qualidade dos informantes e sim o tipo de análise utilizada”*. Pelo menos na experiência realizada, constata-se, na maioria dos casos, essa afirmação. No entanto, há profissionais que se revelam informantes-chave, à semelhança do prescrito na técnica de estimativa rápida¹³⁷, cuja configuração, em certa medida, constitui um tipo de amostra intencional, como será visto no item a seguir.

5.3.2 Perfil dos participantes

Como fruto de observação empírica, é prevista a participação de profissionais que melhor se relacionam entre si para prestar atendimento direto à população, não só em termos individuais (clínicos), mas também coletivos (epidemiológicos) ou, menos polarizadamente, perpassando combinadas ações

assistenciais, gerenciais, educativas e investigativas. Forçosamente, essa previsão conduz, não a categorias funcionais constituintes de uma “equipe de saúde” cuja formação se reduz a um só perfil de profissional, como o de medicina, mesmo que ele comporte sub-divisão (especialidades), mas que incluam outras categorias como o de enfermagem e odontologia, onde se encontram servidores com nível médio de escolaridade. Tampouco importa, nesse momento, se a equipe é retórica, desde que haja diversidade na proveniência institucional (de ensino e de serviço), pois a realidade da atuação profissional retrata uma heterogeneidade educacional e, especialmente, cultural, que interessa ainda mais^{105,166}. Busca-se, portanto, contemplar, na amostra, critérios de “dispersão”, ou o máximo de diferenças de funções ou formações e critérios de “concentração”, mas com proximidades físicas e fatuais, no desenvolvimento dos trabalhos profissionais, tanto sob o ponto de vista técnico-científico quanto administrativo-institucional.

A dificuldade metodológica de precisar perfis profissionais é contornada por observações pregressas que se inclinam para determinadas situações de conflito vivenciadas. Mas, também é na pesquisa de campo que esses perfis se delineiam, quando do levantamento dos quadros de funcionários existentes, no teste-piloto dos instrumentos e na coleta de informações institucionais (orais e escritas), além da literatura específica^{116,132}. A escolha

dá-se, pois, a partir de um *“determinado grupo cujas idéias e opiniões são do interesse do pesquisador”* (MINAYO¹²³, 1994), mesmo que elas sejam frontalmente contra as suas. Para evitar tendenciosidade, o pesquisador vai *“procurando garantir o envolvimento de todos os participantes selecionados para representar as diferentes categorias de pessoal... que de algum modo podem estar relacionados...”* (WESTPHAL¹⁸⁷, 1995). Encontra-se, assim, um núcleo básico de observação e análise, amplo o suficiente, em sua composição qualitativa ou conteúdo potencial, para integrar a amostra, que seja representativa ou típica do processo de trabalho em saúde, com seu subjacente processo de educação e cultura, em cada uma das unidades selecionadas.

Os objetivos e referenciais induzem a pertinência de uma amostra do tipo intencional^{129,187}, sobretudo no grupo focal, que permite um envolvimento coletivo maior sobre as situações-problema. Aliás, QUEIROZ¹⁵² (1991), numa linha de pesquisa qualitativa com histórias orais ou de vida, ressalta que a escolha de pessoas para a amostra *“raramente é deixada ao acaso”*. Vale mais *“a relação do informante com o que se quer conhecer”* (ibid, p. 106), relação esta suficiente para atender os objetivos desejados. Daí só podem ser plenamente confirmados, no final do trabalho de análise. Além do mais, os inconvenientes existentes não são exclusivos deste tipo de amostra^{127,187}. Cabe ao

pesquisador delinear os contornos do grupo, observando preceitos éticos, em qualquer população sujeita à análise, onde seus informantes-chave *“representam sempre uma coletividade e as coletividades são sempre diferenciadas”* (QUEIROZ¹⁵², 1991).

A amostra tende a ser heterogênea, mesmo após a fase inicial da pesquisa, quando já não predomina o caráter exploratório do tema. O recrutamento dos participantes para a entrevista individual é mais *ágil, “quase ao acaso”* (TEMPLETON apud MORGAN¹²⁷, 1988), interessando mais a profissão, que a pessoa, diferentemente do grupo focal onde passa a pesar as singularidades pessoais, mesmo aquelas relacionadas aos atributos profissionais. Isso torna difícil a conciliação de dia, hora e local para reuniões.

Os informantes do grupo objeto de observação, com as informações geradas (universo amostral), constituem um perfil suficientemente, *“diversificado para possibilitar a apreensão de semelhanças e diferenças... (que) contenham o conjunto das experiências e expressões”* livres (MINAYO¹²³, 1994). Dedidiu-se por aqueles funcionários que prestam atendimento direto aos usuários dos serviços selecionados. Buscam-se profissionais não só investidos em cargos com diferentes níveis de escolaridade (desde o primeiro grau incompleto à pós-graduação), mas, também aqueles que contemplem tanto funções mais verticalizadas, como a

área de saúde bucal, quanto horizontalizadas, como a área de enfermagem. No grupo focal, dos sete participantes, cinco profissionais são da unidade maior: dois enfermeiros e um técnico de enfermagem (pré-entrevistados individualmente), um terapeuta ocupacional e um auxiliar destacado também para o consultório dentário (não previamente entrevistados) e dois profissionais são da unidade menor: um técnico de laboratório e um agente administrativo (ambos sem entrevistas prévias). Com isso, o perfil da amostra fica constituído por médicos (11), enfermeiros (9), auxiliares de enfermagem (9), odontólogos (2), farmacêutico, nutricionista, fonoaudiólogo, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social, técnicos de higiene dental, enfermagem e laboratório e agentes de saúde e administrativo (um de cada) [Anexo B].

5.4 Plano de análise documental

5.4.1 Instrumental tático de análise

Acatam-se ponderações e críticas ao enfoque eminentemente instrumental da investigação quantitativista, que se apóia na racionalidade do positivismo⁶². Opta-se, assim, por orientações que integram a pesquisa qualitativa, cujos recursos metodológicos e bases filosóficas próprias, não descartam a importância de tratamento dos dados mensuráveis.

Por enfatizar os aspectos qualitativos na investigação, são dados passos relacionados à abordagem que se busca, inicialmente compreensiva, para posterior aproximação da totalidade explicativa¹⁷⁵. Parte-se para a construção de instrumental, ciente de sua relação com a teoria e, principalmente, de sua importância como suporte ao desenvolvimento do próprio trabalho metodológico^{70,90,97,123,180}. Em sua elaboração, vislumbra a estratégia de prévia categorização que se insurge nesta fase da pesquisa, já como ensaio analítico. Preocupa-se com as perdas do conteúdo, nas rígidas categorizações predeterminadas, principalmente porque, agindo assim, diminuem-se as chances de descobertas ou ampliam-se os riscos de um maior afastamento da verdadeira situação que se pretende pesquisar. No entanto, alerta-se para a intransigente utilização de tais cuidados metódicos, pois são simétricos os perigos e problemas provenientes de retardamento da categorização¹⁴⁶.

Os referenciais teóricos cotejados aos problemas delineados e aos objetivos de solução constituem as categorias observacionais^{91,175}, que se encontram engendradas, desse modo, nas questões do formulário e roteiro das entrevistas (**Anexos D e E**). A apreensão de situações do cotidiano e que extrapolam esses dois instrumentos (formulário individual e roteiro de discussões), é anotada livremente em agenda diária e fichamentos³⁸.

A elaboração das questões do formulário da entrevista individual (abertas e fechadas) e o do roteiro do grupo focal (abertas)¹⁷⁵ discutidos mais adiante, leva em consideração, fundamentalmente, trabalhos de BREILH¹⁸ (1991), de MARX¹¹⁸ (1987) e LANZARDO⁹⁹ (1987) e de MARSIGLIA¹¹⁵ (1992). Outro importante instrumento para a análise é a gravação em fita cassete, usada no registro dos depoimentos do debate grupal, orientado pelo roteiro, com a devida flexibilidade¹⁵².

Os instrumentos, adequados às estratégias planejadas e ao tipo de análise, apresentam diferenças entre si, em função também dos objetivos e métodos de abordagens, próprios para sua aplicação, lembrando que não são realizados simultaneamente. Tal procedimento possibilita, conforme programado, remeter para o segundo instrumento (o roteiro), alguma questão que requeira maior aprofundamento, não ocorrido através do formulário.

A estruturação do formulário resulta de perguntas agrupadas em quatro blocos. O introdutório, refere-se a assuntos oficiais, isto é, passíveis de serem administrativamente confrontados. O segundo bloco é específico sobre formação e o terceiro é essencialmente subjetivo e nuclear da pesquisa. O último bloco trata de questões sócio-econômicas, pessoais, e equivale, em parte, a ficha do informante¹⁵².

Os dados objetivos ou concretos do formulário¹²³, tratam de temas diversificados e exteriores, ainda que particulares em suas origens. As questões mais subjetivas do formulário são elaboradas, procurando englobar o máximo a problemática do cotidiano, tal qual as questões do roteiro, só que neste, tenta-se maior aprofundamento dos temas, sem prejuízo de sua contextualização. O roteiro do grupo focal, tem sua terceira e quarta questões esboçadas no decorrer da entrevista individual, observação de campo e leituras bibliográficas complementares, incluindo documentos técnico-institucionais.

O ato de reflexão para formular as questões nucleares da pesquisa, na primeira etapa, de pré-categorização, busca também a *"identificação dos temas que fossem aflorando"* (QUEIROZ¹⁵², 1991). As categorias analíticas, referem-se ao modo de produção e formação social dos profissionais que, face ao alto grau de totalidade¹²³, impõem detalhamentos cada vez maiores, tais como, renda familiar e mercado de trabalho, visão de mundo, consciência e modelo cultural¹⁷⁵, relações interinstitucionais (intersetoriais), interprofissionais e capital-trabalho¹²³ e cotidiano e história⁸².

Em síntese, as categorias acima, resumidas, basicamente, no formulário e roteiro, são levadas ao campo, mediadas pelos instrumentos, abertos a críticas e novos problemas locais, para

teorizações comprometidas, que buscam mudanças ou aperfeiçoamentos substantivos na prática¹⁷⁵.

5.4.2 Estratégia de análise das informações

Destacam-se, a seguir, as estratégias básicas escolhidas, que cotejadas entre si, constituem o processo de **triangulação** utilizado:

- Entrevista semi-estruturada, individual, realizada nas referidas unidades, através de formulário, previamente testado em outros locais (**Anexo D**);
- Grupo focal, selecionado sob critério de maior homogeneidade possível, entre diferentes categorias funcionais, seguindo roteiro, também pré-testado (**Anexo E**); e
- Observação participante, do tipo livre e informal, captando, direta e indiretamente, os acontecimentos e dados relevantes, anotados em diário.

Como qualquer técnica de coleta de dados, a entrevista requer o máximo de clareza do pesquisador quanto ao seu papel e posição⁷⁹, especialmente em campo. As peculiaridades da população que se quer conhecer devem estar balizadas em

parâmetros mais gerais, em parte analisadas ou descritas quando de sua problematização e referenciação. Assim, THIOLENT¹⁷⁵ (1987) alerta para a diferença de condução e postura, diante de uma *“real preocupação de centrar a investigação nos problemas relevantes enfrentados pelas pessoas entrevistadas”*, só que aceitando, *“pelo menos a título provisório, os quadros de referência do seu interlocutor”*. Esses referenciais dizem respeito a problemas hipotéticos ou constatados de interesse universal, ainda que, a partir só de alguns entrevistados ou do pesquisador, de forma dirigida ou espontânea. O entrevistador/pesquisador não consegue, nem deve, isentar-se, totalmente, de suas idéias e emoções, sobretudo quando se juntam diferentes classes de participantes, cujas liberdades de expressão são, historicamente, desiguais¹⁵². Sob o risco de ser intervencionista, o pesquisador vivencia um processo dilemático entre desvencilhar-se ao máximo de seus preconceitos e, simultaneamente, cuidar para não se “neutralizar” tanto, a ponto de perder referenciais ou a própria atenção^{56,175}. Essas são apenas algumas das contradições, naturais no processo intelectual-cognitivo, que precisam ser dialeticamente trabalhadas, pois em diferentes papéis, de falante e de ouvinte, cada participante tem ou vai fazendo suas representações do que está sendo perguntado e respondido, numa conversação dialógica¹⁶⁹.

Na visão ontológica, o ser-no-mundo, mais do que estar nele, busca a compreensão desse meio social e suas relações de produção. Essas relações estabelecem e perpassam as questões cruciais (situações) e os veículos mediadores (comunicacionais) entre o pesquisador e o pesquisado. Desse modo, resumidamente, há quatro elementos presentes numa investigação, quais sejam: o entrevistado, a situação da entrevista, o instrumento de registro e o entrevistador⁷⁹. Estes dois últimos são os que mais têm merecido críticas e recomendações, particularmente o entrevistador, por ser o mais vulnerável a erros e deter maior poder de manipulação. Esses elementos estão interligados entre si e a outras técnicas, como as observações. Portanto, é essencial ir para o campo com os questionamentos que se fazem, aos excessos de intervenções, a polares situações de extrema liberdade ou rigor cientificista, e à pseudo-neutralidade¹⁷⁵.

A entrevista é denominada individual, mas, no sentido da busca do conjunto de suas singularidades, cuja individualização permite mais confidências, e para distingui-la da grupal, uma vez que elas se aproximam, quanto às problematizações já delineadas.

A instituição do grupo focal¹²⁷ é necessária para aprofundar, sob o ponto de vista dos próprios atores, os temas motivadores de inquietação ou mesmo acontecimentos emergentes, refletindo um processo coletivo de reunião de opiniões e juízos de valor.

A observação participante permeia todo o processo de pesquisa, no decorrer do ano (1995), desde os pré-testes dos instrumentos, em duas outras unidades, até a realização da última atividade - o grupo focal, passando pelos contatos iniciais para identificação e posterior escolha das duas unidades definitivas.

Obedecendo a linha de investigação qualitativa, a observação é problematizada e vivenciada na sua dimensão singular/social, evitando cair em psicologismos e empirismos¹⁷⁵. Portanto, talvez aqui, até mais que nas entrevistas, são maiores os riscos de uma tendenciosa ou distorcida observação^{79.91.123}, devido a sua natureza abstrata e subjetiva. Tal visão não exclui a validade de determinados recursos criados ou utilizados pelos positivistas, como, até certo ponto, revestem-se os fichamentos³⁸ que também induzem a uma análise das representações dos atores, em diferentes papéis, envolvidos no processo de observação. Nessa intersubjetividade, procura-se restituir o ponto de vista ou visão de mundo do indivíduo e grupo em estudo, podendo, conforme QUEIROZ¹⁵² (1991), *"corrigir a própria visão do pesquisador em relação ao problema que se propôs esclarecer"*. Por mais penoso que seja admitir perdas, falhas, erros, revelações desnorteadoras, as primeiras caracterizações / codificações que brotam dos entrevistados permitem comparações *"de tal modo que reflexão teórica possa progredir a partir do confronto com a vigorosa informação empírica"* (ibid, p.79).

5.4.3 Técnica de análise de dados

Mais que um procedimento técnico para tratamento dos dados e seus significados, a análise de conteúdo trata de *uma “histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais”* (MINAYO¹²³,1995), e que pressupõe hipóteses problematizadas¹⁵². Nessa busca histórica, *“Bardin situa a Retórica e a Lógica também como prática milenares de tratamento de discurso”*, juntamente com a hermenêutica, resultando em mais uma *“técnica de função heurística”* pois a *“análise de conteúdo como método, não possui qualidade mágicas”* (ibid) e *“raramente se retira mais do que nele se investe”* (BERELSON apud BARDIN⁷,1979).

Entre as cinco técnicas de análise de conteúdo descritas por MINAYO¹²³ (1994), este trabalho aproxima-se de duas delas: a da enunciação e, especialmente, da *temática*. Diferentemente da primeira, tendente ao discurso linguístico, a análise do conteúdo temático restringe-se mais aos seus núcleos objetivos de idéias e concepções. Assim, *“apoia-se na concepção de comunicação como processo... do discurso como palavra em ato”* equivalente ao *“ato da fala”*, desenvolvido na Teoria da Ação Comunicativa de HABERMAS⁷⁷ (1988), partindo-se do *“princípio que a estrutura de qualquer comunicação se dá numa **triangulação** entre o locutor,*

seu objeto de discurso e o interlocutor" (MINAYO¹²³, 1994) (grifo do autor). A **triangulação** de seus conteúdos, obtidos através das entrevistas individuais e grupal e da observação, confunde-se com o processo de análise. Busca-se um entendimento do *"ato da fala"* entre o que um ator está querendo dizer e o que um outro está entendendo.

Na análise temática, *"uma palavra, uma frase, um personagem, um acontecimento... é a unidade de significação"* (BARDIN⁷, 1979). Esta é identificada através de *"atenção flutuante"*, concomitantemente à re/constituição do material empírico, que com seu conjunto forma um *corpus*^{16,175}. O tema, enquanto núcleo da análise, resulta, ainda, do crivo das normas de validade científica, além do rigor sobre a representatividade da amostra e pertinência temática¹²³. Em seguida, testa-se o conjunto de dados obtidos, quanto aos critérios de homogeneidade (interna) e heterogeneidade (externa), inclusividade e exclusividade (mútua), reprodutibilidade e credibilidade (iniciando-se esta última pelos atores, população-alvo da pesquisa)^{4,102,133,152}. Portanto, buscam-se desde a coerência e lógica das respostas parciais, na análise de conteúdo, e da entrevista interna, na análise do discurso, até à aceitabilidade grupal e validação científica⁴. No entanto, utilizam-se ainda outros critérios, em particular, para julgar a abrangência e a delimitação da pesquisa e que são, igualmente, difíceis de determinar com total precisão, seu momento

ou ponto de parada. Em ordem de acontecimentos, mencionam-se o esgotamento das fontes de informação, a exaustividade dos limites do tema, o sentido de integração da área e a saturação das categorias de análise. Estes critérios não têm o mesmo peso. No presente caso, a concatenação de idéias ou seu distanciamento e, principalmente, a **repetição**, funcionam como principais discriminadores, propiciada pela quantidade de entrevistas individuais realizadas (39), em número próximo, ao estimado na literatura^{7,122}. Pondera-se sobre a flexibilidade, a proximidade, a falsificabilidade, a falibilidade, dos procedimentos investigativos, para eliminar ou minimizar erro de julgamento do que é relevante. Procede-se à **triangulação** dos dados, com o propósito de se obter a *"representação social dos fenômenos estudados, o mais próximo possível da realidade, contribuindo para sua melhor compreensão"* (ANDRÉ⁴, 1982) ou interpretação^{91,169}.

A análise de conteúdo, somente para fins didático-heurísticos, é dividida em duas etapas. A primeira etapa, inicia-se da identificação dos temas, mediante o processo de pré-categorização. A segunda etapa, corresponde a *"reconfirmação dos temas e encaminhamento da síntese"* (QUEIROZ¹⁵², 1991), que não se contenta com similitudes ou convergências e diferenças ou divergências. No momento de proximidade da conclusão analítica, em finalização nessa segunda etapa, emerge com maior força a

questão de sua validade científica, no sentido de uma legítima utilidade pública¹⁷⁵.

O processo da categorização vai surgindo do encontro entre as representações dos entrevistados e do entrevistador, isto é, na interpretação do observador no campo, com suas primeiras hipóteses e teorizações, referidas, posteriormente, a um quadro específico e contextual de apoio. A classificação dos dados contruídos, dá-se, então, a partir das referências teóricas e do material recolhido no campo, que constitui o quadro empírico^{4,123}. O momento de leitura instigante, e extenuamente, é providencial para o estabelecimento das categorias empíricas, confrontadas de forma dialética com as categorias analíticas, teoricamente referendadas. Daí resultam “*unidades de registro*” que constituem diferentes (gerais e específicos) “*corpus*” (BARDIN⁷,1979) de informações e representações especiais (conjuntos diferenciados) peculiares de cada agrupamento de respostas, mas que, posteriormente, com o aprofundamento da análise, vão sendo reagrupadas. O movimento dialético entre o material empírico e o teórico, conduz a revelações e, conforme MINAYO¹²³ (1994) a ser a “*expressão da visão social de mundo, do segmento, em relação à sociedade dominante*”, desde que represente, através de luta concreta, iminente melhora da qualidade de vida.

A inter-relação dos instrumentos de análise ajudam a conformar as sucessivas **triangulações** entre os momentos de observação do cotidiano e suas tentativas de explicação, mediante a combinação de diferentes métodos, técnicas e fontes^{123,127,152}. Como uma técnica, os procedimentos propostos por DEMARTINI³⁸ (1992), que se denominam fichamento e refichamento, também ajudam no processo de categorização (**Anexo F**). Mas é a contínua *"leitura transversal"* ou a *"atenção flutuante"*, que mais colaboram para a evidência das categorias empíricas, principalmente, e a partir destas, as analíticas^{123,175}.

A fim de descobrir novos ângulos e aprofundar a visão, acata-se a recomendação de se constituir um processo de divergência, digressão ou exteriorização analítica⁴. Esse é um estágio de desenvolvimento de uma ou algumas respostas em que, num primeiro momento, se procura interligar a questões mais gerais, correspondentes a categorias analíticas, como estratégias de conexão e ampliação do campo interpretativo final^{91,124,169}.

6. RESULTADOS

Breves notas sobre a operacionalização

A divisão do formulário em três partes (**Anexo D**) facilita as fases de aquecimento e relaxamento nas entrevistas, não tornando monótona a conversação, que dura 40 minutos, em média. Na maior partes das vezes, há um *continuum* das respostas, reproduzindo um diálogo descontraído e natural, de modo a se obter fidelidade à forma e ao conteúdo do pensar e do agir desses profissionais no seu dia-a-dia. No grupo focal, esse processo é mais complexo, pela própria dinâmica estabelecida por interrupções para se contrapor idéias ou reforçá-las, mas por outro ângulo. Não fosse a inibição, que em geral produz, e, secundariamente, seu custo, a filmagem talvez fosse o ideal. Em parte isso é sanável pelas atuações cautelosas de um moderador (o pesquisador) e de um observador (um psicólogo).

Verifica-se o potencial da entrevista em grupo, quando se compara pouco mais de duas horas de discussão, às quase trinta horas de entrevistas individuais. No grupo focal, produz-se, proporcionalmente, o dobro de respostas (frases ou período das falas). E deve-se ressaltar que parte-se para esta segunda etapa

da pesquisa (do grupo focal), com mais conhecimento e direcionalidade, o que, por sua objetividade, tende a resumir-se.

As entrevistas possibilitam, assim, obter mais de mil respostas que, no processo de análise, exigem cruzamentos entre si e o observado durante as idas às unidades. Das falas escritas imediatamente (nas entrevistas individuais) e das transcritas do gravador (na entrevista grupal), são extraídas de cada participante, excertos numerados nas seqüências originais. Em seguida são sublinhadas as palavras-chave e os núcleos temáticos, conforme sua identificação, oposição ou diferenciação, relacionados não só com os objetivos traçados, mas também com hipóteses e problemas que se mostraram relevantes para outras questões. A partir daí, usa-se o artifício de enquadrá-los, por aproximação, às indagações formuladas nas entrevistas grupal e individual. Esse procedimento, trabalhoso e aparentemente mecânico, de cruzamentos entre as questões de cada uma das duas estratégias utilizadas (entrevista individual e grupo focal), funciona como um teste, preparador das etapas seguintes, verificando ou buscando possíveis nexos entre questões que resultem em futuras categorias.

Numa linha de problematização, as dificuldades vivenciadas no tratamento das respostas é que delimitam as fases do trabalho de análise. Frisa-se que o grupo focal, apesar de rápida execução,

impõe um processo de trabalho que, além de experiência, demanda tempo. Entre as dificuldades surgidas, em particular nessa etapa, destacam-se duas. Partes das falas/discursos, apesar de atenderem a uma objetividade imediata (perguntas nos instrumentos), podem, inicialmente, até ser óbvias ou sem importância mas que só mais adiante mostram seu significado e valor. E, como uma segunda dificuldade, um mesmo conteúdo ou conteúdos muito semelhantes, permitem interpretações até antagônicas, reforçando a necessidade de se respaldar nos referenciais e objetivos propostos.

Categorias e sub-categorias interpretativas

Das categorias analíticas, delineadas neste trabalho, resultam categorias empíricas, ambas destacadas em termos de seus núcleos temáticos e que representam as inter-relações hegemônicas nos discursos ou falas dos servidores. As categorias analíticas comportam-se, assim, como recursos intermediários, entre as diversas categorias empíricas possíveis de se obter, objeto de novas análises e processos de categorização, e que se referem aos seguintes problemas ou questões:

- Falhas na **comunicação**, **qualidade** do atendimento e **avaliação** de desempenho;
- **Críticas** ao trabalho e **mudança** institucional;

- **Reuniões das equipes**, relações interprofissionais e **apoio técnico**; e
- **Desenvolvimento profissional**, com a **manifestação das chefias** e sentimento ao trabalhar naquele posto e em outros empregos.

Essa categorização mantém coerência, principalmente, com determinados elementos das questões subjetivas, da segunda parte do formulário, associadas às questões do roteiro, porém com sistematização e ênfase, fruto da análise do conteúdo empírico. Nesse processo são desenhadas figuras e quadros para facilitar sua compreensão, análise interpretativa e definição de relevância entre as categorias prévias e emergentes. Procura-se mostrar os principais fragmentos dos fatos, que retratam pequena parte da realidade, formando um texto único, como o sentido que aqueles atores transmitem. Ao pesquisador cabe, além da seleção e confrontação das entrevistas, interligá-las de modo a reproduzir as situações vivenciadas pelo grupo e que possibilita inúmeras interpretações, algumas delas aqui pontuadas.

As falas não são discriminadas por qualquer critério predeterminado, como diferenças de gênero, idade, escolaridade, etc., mas, eventualmente aparecem, quando revelam importância para o entendimento do problema. Em *itálico* e com “aspas” estão

as falas (geralmente partes delas) dos servidores, extraídas, quase na totalidade, das entrevistas individuais, mesclando-as entre eles e com as observações do pesquisador. As falas do grupo focal, são as que se encontram destacadas com outra formatação, referindo-se cada frase a um indivíduo, mesmo que intercalada, em um determinado período. Entre parênteses (), estão palavras subentendidas, citadas antes ou depois da fala selecionada. Procura-se, como já referido, compor um novo texto que passe uma idéia dos grupos representativos dos sujeitos coletivos. Algumas vezes, para facilitar a identificação, são destacadas determinadas palavras, em **negrito** ou *itálico*, referentes aos temas das categorias analíticas ou empíricas, originárias de entrevistas individuais ou grupal, desde que mais diretamente relacionadas aos processos de educação e trabalho em saúde. Aqui não são identificadas determinadas manifestações, como consentimentos ou discordâncias gesticulares, risos, etc.

6.1 Comunicação entre sujeitos sociais

Na busca do desvelamento de alguns entraves no processo comunicacional, entre a população e a equipe de saúde das unidades (particularizando, nesta, as chefias e demais funcionários), destacam-se palavras ou frases que podem explicar, ou no mínimo explicitar, fatos/fenômenos relacionados, mesmo indiretamente, ao desenvolvimento profissional.

Para alguns servidores, a população **aprende a lidar** com a “*estrutura*”, enquanto recursos existentes. Eles exprimem esse contato da comunidade com o serviço, através de “*quem vem, sempre sabe os macetes*”. Porém esse conhecimento é parcial, pois mesmo com um segmento mais esclarecido, falta “*cumplicidade*”. Em parte isso ocorre porque “*se dá uma norma e depois se fere*”, ou quando “*se distorce ou se omite*” algo que beneficia o paciente e ainda resguarda o profissional de eventuais responsabilidades externas, num processo de cooptação. No entanto, isso não é transparente, pois, como no dizer de um funcionário, “*todo mundo só repassa o que interessa*” e o “*trabalho ainda é personalista, verbal, não se valoriza o escrito, o oficial*”, fica-se assim, “*sem memória e como cobrar*”. Mais que uma mera transmissão entre emissor e receptor e transpondo problemas restritos às relações interpessoais, os entraves comunicacionais avançam:

- *É tão absurdo esse negócio que a tevê diz uma coisa e as pessoas vêm procurar. O funcionário não sabia ou não existe nem essa vacina: “ A tv falou que ‘tá tendo vacinação de 12 a 16 anos” . Não tem essa campanha (contra hepatite B). A coisa ‘tá solta ! Não estamos tendo os elementos pra colocar em ordem.*

- No fim é uma desmoralização. A imprensa sabe primeiro que a gente. O pessoal acima ainda não sabia e já estava sendo divulgado. A população diz que isso já foi anunciado no comercial há uma semana!

Como sintoma dos problemas de postura anti-democrática, em que a comunicação é abalada, têm-se as seguintes falas:

- muda-se por exemplo de sala sem ouvir o outro lado;*
- tenho observado que respeitam mais os médicos que os demais funcionários;*
- já presenciei paciente destratando colega; e*
- a população também sabe jogar um funcionário contra (o) outro.*

Do grupo focal são selecionadas as seguintes queixas:

- Uma paciente aplicou um golpe pra cima de mim. Pra quê fazer isso? Nesse dia reconheci o erro mas não aceitei a "chamada". Veio chefe geral, só faltou o Corpo de Bombeiro ! A doutora fez uma... .*
- Eles (os usuários) são os primeiros a criticar, ser contra a gente. A greve não é só pelo salário é por melhores condições de trabalho. Por ignorarem esse*

fato, aliás não querem perceber, contribui pra manter a situação. Nunca são a favor da gente, mesmo sendo prejudicados (com as atuais condições).

Referindo-se aos ressentimentos e reações conflituosas, um servidor destaca:

- Essas coisas formam uma bola de neve.

Na unidade central há recorrência quanto à dificuldade de avaliar essa comunicação em função da rotatividade das chefias: *“estamos numa fase de entrosamento, adaptação às últimas mudanças de chefe”* e *“desconheço o trabalho feito pela chefia pra (a) comunidade, não há nada concreto ainda, talvez pelo pouco tempo da atuação que eles têm”*. Esse é um fenômeno constante e agravador, reforçado quando um funcionário responde: *“o relacionamento fica difícil também por estarmos em reestruturação dos serviços devido à greve”*, deixando antever mais um problema - a greve, que reaparece como outro problema de base estrutural. O mote do discurso institucionalmente incorporado é a mudança, mas conforme questionado: *“como manter, continuar ou concluir trabalhos”* com uma interrupção que *“desvia pra novas prioridades?”* São dados exemplos da consulta por telefone e *“determinados trabalhos de grupo que resolvem algumas coisas pra*

comunidade” e que acabam, pressupondo anteriores facilidades materiais e bom relacionamento entre o usuário e o serviço (profissional e chefia). Reclama-se do direito à informação, que não é socializada, “sabe-se depois e justifica-se pelo esquecimento”, revelando uma “desorganização” ou que “não é planejado direito”. Mas há propostas que “surpreendentemente” funcionam, em geral em período de campanhas (inclusive político-eleitoral) como “tele-sugestão...., pena que é episódico”. É reconhecido que “como sempre, a maior vítima dessa situação caótica, estrutural, continua sendo a população de baixo poder econômico”, porque “não tem consciência de seus direitos”. Fica subentendido que a comunidade precisa de forças políticas e canais de expressão conseqüentes. É essencial, mas não suficiente, a liberdade para reclamar sobre o óbvio ou o que todos acreditam já conhecer.

- Tem que conversar muito. A colega de serviço, coitada, se desgasta com tudo, porque até o pessoal (a população) entender... . A gente tem que ter muita paciência pra lidar como o público, porque é difícil....,tem gente que vem de longe, com criança....

Ou ainda:

- Muita vezes o público, as mães, as avós, se refere(m) à gente como o bicho-papão da história. A

gente percebe, por trás disso, uma grande desinformação. A desinformação é total. E isso é de todas as classes. Ele (o paciente, pai...) não tem a menor noção, não consegue se inteirar. Isso não é só em vacina, não!

Esse problema estrutural, para outros, esbarra na administração pública, de governo do país às gerências das Instituições. Para outros, ainda, a falha está no fato de que as necessidades da população *“não se encaixam nas normas”*, sendo que alguns deles acreditam num desajuste ocasionado pela própria população, como no caso de *“querer ser atendido na hora”*, enquanto o agendamento obedece (ou deveria obedecer) ao plano de tratamento e revisão *“estipulado”* pelo profissional, considerando seus conhecimentos técnicos. Outro servidor, como que complementando diz: *“a população só vem pra resolver problemas agudos, não preventivos”*, ainda que não mutuamente excludentes, pois podem ser *preveníveis*. Assim como, há problemas de saúde crônicos que, mesmo prevenindo, não deixam de acontecer. Há um conjunto de respostas que explicita essa relação entre informação, educação e comunicação em saúde, variando, ora com: *“a comunidade não entende que sua participação é importante pra ela mesma exigir mais”*, bem como para o próprio trabalho do profissional; ora variando com: *“ela entende a situação”* e, por isso mesmo, não reclama.

- (O paciente) recebe um resultado negativo. Por mais que se **explique**, não consegue **entender**, acha que já melhorou..., mas, mais tarde, piora. Ele não **distingue** que tem que levar esse tratamento até o final pra poder ter outra chance.

- A gente faz um grupo pra **explicar como faz, o que acontece**. A gente **trabalha** muito com essas coisas (trabalho educativo).

No entanto, também é verdadeiro que, “se é *difícil entender, quanto mais aceitar*” determinadas ações e reações, apesar de que o povo tem dado provas de resignação, a não ser os mais jovens, excluídos, revoltados com a pobreza, impelidos para a violência, como sugerido nas falas dos profissionais. Parece que essa última situação de indignação vale para qualquer uma das partes envolvidas, pois, falando de que todos são contribuintes, com direitos a bons serviços, não se **entende** o volume de recursos para os programas “*contra a AIDS*” e o exaustivo e ineficaz **trabalho educacional**, porque raramente atendem ao recomendado: “*não adianta muito*”.. Depreende-se, assim, que cada um procura explicações nem sempre completas para determinados problemas de imensa complexidade, como o da violência, entre outros. No entanto, ainda assim, falam:

- *Só nós, profissionais que **trabalhamos** nisso, é que vai (vamos) conseguir mudar essa **impressão**.*

A situação a que se refere, em geral, relaciona-se diretamente ao “*nosso esforço diário*” para tentar estabelecer uma comunicação harmoniosa do profissional com a população, prejudicada, às vezes, “*por não dispormos de informação correta*”, além da falta de tempo, entre outros motivos. No que pese a falta de informação, nesse relacionamento, mostra-se a expectativa de uma comunicação que não depende só de dados. Um contexto conflitivo não contribui para o alcance de uma meta praticamente utópica, de harmonia no quadro caótico de hoje, mas não se exclui a validade de sua busca.

- *Em termos de estrutura, população, **cultura** de muita gente, as coisas andam devagar. Por exemplo. a população não só daqui, de municípios próximos, sabe da existência deste posto, e **sabe mais ou menos** como vai ser atendido. Há uns 5 anos, tinha um serviço aqui, e isso ainda está na **memória** das pessoas, porque tem gente ainda procurando, quando já acabou!*

E quanto ao sistema de comunicação interna, reagiram:

- Até (a) o nível estatístico é ruim. É um programa que você perde.

- A informação lá no meu setor é tudo.

Não se completa a comunicação para alguns por não terem “muito acesso, sinto um distanciamento dos chefes e profissionais liberais”, apesar dos auxiliares estarem no “dia-a-dia no setor, mais perto da comunidade”. Outros já dizem que, por terem “espírito prático”, “objetividade”, “as pessoas não são mobilizadas a se comunicarem por causa de determinados assuntos polêmicos ou que não dão em nada, não se resolvem”.

É dito que a “linha de frente” da unidade, ao tentar **resolver os problemas** da comunidade, no **exercício** natural de sua função, contribui para “cortar a comunicação com a chefia”. Esta linha de frente inicia uma cadeia que passa geralmente pelo nível universitário e então chega ao chefe. Entre os funcionários há periódicos constrangimentos, quando, por exemplo, o paciente **indaga** se “não é médico que tira a pressão?”. Nas falas, dos funcionários que levantam essas questões, nota-se uma demonstração de desinteresse institucionalizado em passar **informações** para a população, bem como, isso acarreta e é fruto de desgaste da **imagem** de todos os profissionais.

Um conjunto de funcionários remete à chefia as mazelas da comunicação na unidade, justificando a dificuldade de direção, principalmente por *“falta de conhecimento específico de gerência colegiada”* mas alertam: *“não é só cumprir metas de produtividade, pois esta produção é decorrente do trabalho”,* nem *“juntar pedaços, mas conversar, entender as diferentes partes do serviço”*. Também se reconhece que *“o maior amparo são os funcionários que tentam resolver os problemas antes de chegar à chefia”*; *“na maioria se consegue contornar ou evitar que coisas corriqueiras subam pro nível superior ou deste pro chefe, distanciando da realidade”*; e *“se chegar até à chefia, volta, e vai pro servidor, que pode empurrar o caso...”*. Isto representa o sub-desenvolvimento institucional ou profissional. Tais falas denotam ainda um tipo de serviço que sofre a problemática da autonomia gerencial. Nesta linha de **raciocínio**, sofista, às vezes, outros servidores falam que *“a culpa não é das chefias atuais ou mesmo anteriores, por não resolverem os problemas nem às solicitações concretas, pois há falta de condições gerais de trabalho”*. Mas nem por isso deixam de cobrar competência em *“trabalhar um tipo de comunicação facilitadora do fluxo de informação já tão tumultuado”*. Para alguns desses e outros servidores, a política de saúde e determinados programas não são claros, ou *“se percebe a falta de esforço do governo”*, ficando suas definições para serem operadas na rede, restritas ao círculo de poder central, independentemente de grau de participação (influência) dos Conselhos de Saúde, já que

também têm poucas condições de alterar essa situação, estrutural, de excesso de **demandas** sociais.

- Um exemplo: a gente avisa que se vier no dia tal pode ter vaga, mas antes acaba: "Eu já vim aqui mês tal, que em tal dia ia ter aplicação e já acabou? Estão me enrolando! "

*- Outro exemplo: a gente diz que vai até tal dia, quando chega, foi adiado pra não sei que dia, sei lá, mil **influências**. Quantas vezes vim pra tratar e não consigo. Vocês dizem que é pra cuidar e aí?*

Para certos funcionários, a população ainda aceita melhor os programas, porque as unidades são referências antigas em dadas especialidades, atraindo pacientes, inclusive de outros bairros e até de municípios vizinhos.

Sobre a relação comunidade-chefia foi dito que "já se fechou a unidade pra reunião com lideranças, no intuito de *manipulação política*", e que "não adianta ir bem só no papel", referindo-se aos relatórios. Em outra entrevista: "houve tanta participação que até deu policia, porque não há **cultura** pra controlar". Nessas tentativas de comunicação, como dizem "não pode ser um pacto entre a chefia e a comunidade contra o funcionário" e "deixar o usuário reclamar com funcionário é mais

democrático, afinal há muitos funcionários que já são da comunidade, estressada pela vivência do jogo de empurra”.

- A gente recebe uma ordem que tem de cumprir. Isso traz um descrédito muito grande para a população e para o posto. Quando você diz uma coisa, a população já sabe que *não é bem assim*. A população sabe que, depois, com jeitinho, não sei o quê, vai mudando... .

Como exemplo, discute-se que,

- Na campanha de meningite, a gente marca para a pessoa voltar, que é importante a 2ª dose, que tem um prazo certo. Quando retorna, *não é bem assim*: agora a vacina acabou ! É... traz descrédito, n'ê? A gente *passa* isso... .

E concluem, interrogando:

- Porque essa desvalorização? Essa falta de **confiança** que a população sente cada vez mais em relação ao serviço público?

Essa indagação está parcialmente respondida na categoria sobre qualidade, exposta mais adiante.

6.1.1 Avaliação da qualidade

Como requisito para a qualidade, na unidade central enfatizam o maior **comprometimento** com o serviço, a valorização profissional, a integração da referência e da contra-referência, a superação do difícil intercâmbio profissional e a articulação do trabalho curativo com o preventivo. No entanto, frisam que normalmente a questão da qualidade extrapola o âmbito profissional, *“é mais falta de infra-estrutura da instituição, associadas às precárias condições de vida da população, onde inexistem o essencial: a **educação**, saneamento, segurança e etc”*. A respeito da insegurança, é feita a ressalva de que *“aqui temos menos favelas sob a violência do tráfico de drogas e suas consequências”*, como uma nova epidemia. De qualquer modo ela repercute no **trabalho**, pois como apontam, em decorrência da péssima situação financeira da população, *“atrapalha”* por causa das implicações na recuperação e proteção à saúde. Apontam ainda a alimentação, a moradia e outras necessidades básicas como antigas e silenciosas reivindicações não respeitadas pela própria sociedade, que está representada em suas instituições, através de seus gerentes e governadores. Essa postura, para alguns, de isenção social, atua como um dos elos dessa corrente, com auto-crítica e consciência de seus limites. Para outros, representa ausência de responsabilidade, como, *“isso já não é*

conosco”, “mas não é nossa culpa”. Essas críticas, às Instituições ou pessoas, podem refletir comportamentos gerenciais e profissionais anti-éticos.

- Se não passaram a informação e já é pra treinar a demanda... a gente se vira... a gente consegue terminar o esquema de quem já começou. Como é que vão liberar pra todo mundo, se não tem vacina nem pra fechar daqueles que já começaram? Não acho correto. Espalharam a liberação enquanto não tinha para fazer a 2ª dose... a gente não se convence.

- Os profissionais têm uma resistência em receber o paciente, principalmente, com doença desse tipo (infecto-contagiosa).

A sub-utilização dos recursos é apontada quando um servidor se refere à necessidade de *“melhorar o potencial do serviço”*, e outro como que justificando, explica que: *“o recurso é que dá a condição da prática”*. A importância dada aos recursos tecnológicos físicos (equipamentos, basicamente) adquire um *status* superior aos recursos tecnológicos funcionais (conhecimento, fundamentalmente), que a relação homem-máquina chega a se inverter. Nesta relação, de monopólio econômico-industrial, onde se insere e se destaca a medicalização, que

reproduz a interdependência entre os seres humanos e as coisas materiais, se subvertem as ordens naturais, ético-sociais. A insuficiência ou ausência de um desses **produtos** chega a paralisar a **atividade** e a embotar a **criatividade** do trabalhador. Nesse processo e embate tecnológico intrínseco, onde se entrecruzam o **concreto** e o **simbólico**, é veementemente questionado o **trabalho em equipe**, reprodutor de um modelo biomédico que *“sempre esbarra na parte médica, que se põe num patamar muito alto”,* e torna *“difícil trabalhar onde há muita desigualdade”*. Determinado profissional extrapola ao reclamar para sua área *“mais autonomia, pois assume tudo de todos”*. É lembrado que o papel do profissional na relação com a comunidade depende também do interesse pessoal e mesmo afetivo do próprio paciente e seus familiares ou acompanhantes. Apesar da sabida interferência negativa, pelo baixo nível **educacional** da população, para o sucesso do tratamento ou da prevenção, ajuda aquele funcionário que *“respeitasse mais os diferentes valores culturais”*. Essa recomendação é estendida para o relacionamento interprofissional. Para outros, a ajuda surge de um trabalho educativo, mesmo que seja pela transmissão do conhecimento. Um profissional diz que no atendimento se deve *“ter e dar mais tempo para ouvir a comunidade”*, e que se precisa fazer um *“maciço investimento técnico-educacional, para corrigir determinados comportamentos”* e mudar as **mentalidades**, condições de saúde e

vida de todos, especialmente dos mais excluídos, os marginalizados.

- Eles já vêm com má condição, condicionado pra extrair dente, não pra cuidar. Isso não tem cabimento..., mas respeito eles.

*- O doutor vê que não há necessidade.. vê o que tem de bom pra se aproveitar. Há uma dificuldade muito grande, até de **convencer** a conservar. A gente **explica, explica...** . Por exemplo: a gente fornece muitas vezes escova e creme dental, ele faz a escovação; aí, enquanto espera..., come um biscoitinho!*

O trabalho educativo reflete um compromisso que os profissionais demonstram, reconhecendo que,

- São direitos que eles (pacientes) têm, mas muitas vezes o material (setor) não tem como consertar no momento, aí fica difícil o atendimento.

Mas, como apontam, vêm-se limitados, por condições de trabalho, a atender “o mal-estar” do usuário do sistema:

- O número de pessoas que atendo é muito grande e tem pouco profissional. Acabou porque temos 2 ou 3 profissionais e a população carente é muito grande. Já tem um bocadinho de atenção, mas não é o suficiente para dar vazão a necessidade.

- O profissional tem de atender de acordo com a necessidade de cada um. Nunca atende em 5 minutos. Fica meia hora. Revisão leva 10 minutos.

Para tentar reverter esse quadro, surgem propostas, poucas, de desenvolvimento profissional que se resumem, objetivamente, a ter mais ofertas de cursos e reuniões, afinal “o servidor vive aprendendo”. Mas interagem como, se “não há reciclagens, se surge uma técnica nova não se repassa, se você não procurar, ninguém avisa pra melhorar?”. Ainda se reclama de que

- há muita cobrança com coisas pequenas, frequência, e não pela produção humana;

- a parte funcional nem se preocupam;

- como qualidade ?, quando se cobra quantidade !; e

- se empura com a barriga, nada se planeja, tudo no ar, urgente. No final se faz muita coisa e não se faz nada.

Na unidade periférica, paradoxalmente, reclama-se da necessidade de se desenvolver a sensibilidade e ter visão de unidade, não só externa como internamente, justo no lugar menor em que o fluxo é simplificado e o “*espírito de equipe*”, mais presente, revelando uma aparente integração do **trabalho local**.

Ressentem-se também de uma efetiva coordenação técnico-multiprofissional, minimamente informativa, já que o trabalho de **conscientização** envolve aspectos mais difíceis de se lidar. De fato, aspectos operacionais inicialmente simples, complicam-se no dia-a-dia, como o observado no caso das filas.

- Um paciente de idade está lá atrás, então a gente tenta controlar a situação - o que está na frente não aceita: “ah! mas eu cheguei às 6 horas da manhã!” A gente tem atrito assim. Agora adotamos um esquema: criança tem que ser atendida primeiro. Aí as pessoas de idade não aceitam. E assim se sucede a rotina do dia-a-dia... Os pacientes com essa doença, assim que eles chegam, já têm um número reservado para que eles possam logo ser atendidos na frente dos outros.

- *Essa é uma coisa chamada **solidariedade**. Você quando vê um sujeito na fila ou tá na hora de ir embora, já fechou tudo e chega alguém. Você volta reclamando: “da próxima vez chega mais cedo”, mas vai fazendo, atendendo.*

Insinua-se o perigo de manipulação, numa espécie de **velado** “*clientelismo profissional*”, **transparecendo** ambigüidade ao se dizer que “*se encaminha para o doutor resolver, até coisa burocrática*” e “*isso é controlado pelo sistema de consulta*”. No entanto, o contrário é enfaticamente referido.

- *Eles (os usuários) são os primeiros a **criticar**, ser contra a gente. A greve não é só pelo salário, é por melhores condições de trabalho. Por ignorarem esse fato, aliás não querem **perceber**... . Nunca são a favor da gente, mesmo sendo prejudicados (com as atuais condições).*

- *O paciente também já chega com uma barreira , esperando mal trato, porque já passou por alguma experiência ou ouviu falar (por isso) chega muitas vezes agredindo como defesa.*

Os profissionais conhecem os sacrifícios da população e se auto-avaliam:

- *Quando o paciente vem de longe, cedo, e 9 ou 10 horas ainda 'tá ali, isso é **criticar** a gente.*

Para um servidor a queda *“violenta do padrão de atendimento”* é conseqüente a uma *“demagógica horizontalização”*, pois *“é mais barato uma unidade básica que um centro de referência”* e *“é mais fácil ter um generalista que dois especialista(s)”*, fazendo uma alusão ao médico de família, que também é um especialista, em tempo integral, mas com remuneração, contrato e tarefas diferenciadas.

Apesar de não ser usual, busca-se a ampliação de unidades primárias como centros de referências. Sentimento semelhante foi expresso por profissional que se ressentia de *“um coringa para dividir responsabilidades”*. Essa tarefa é reconhecida com unanimidade como sendo uma supervisão que devia estar mais próxima, temporal e fisicamente (presença local), sobretudo com *“rápida e sincera identificação”*. A prontidão deve-se ao fato de relatarem entrosamento só quando o supervisor está para sair ou ser dispensado, de tal modo que um servidor afirma: *“estamos nos acostumando a receber depois coisa pior”*. Essa rotatividade de supervisores, para quase todos, é devida a não gratificação

financeira, que na maior parte das vezes põe em risco uma das mais importantes estratégias pedagógicas de educação permanente.

Para implantar ou implementar a qualidade do atendimento é lembrada a importância de se retomar ou ativar novos programas de saúde, além dos da mulher e da criança, alegando que enfrentam dificuldades de iniciar a operacionalização, particularmente dos trabalhos de grupo. Esses programas são relacionados aos momentos de mudança institucional, como a proposta iminente de uma das unidades passar a ser policlínica: *“dizem que somos nível primário e secundário; era preferível que fosse só primário mas funcionasse bem”*. Com base nessa proposta de reorganização dos serviços, um funcionário faz associação da qualidade com o preparo e a prática profissional. Estas, não restritas à reciclagem do conhecimento técnico-específico, avança em aspectos das ciências humanas, do contato com o outro, tanto colega quanto cliente e praticam determinada ação, potencialmente, resolutiva mais que *“prestando certo serviço”*.

6.1.2 Qualidade da avaliação

A avaliação é feita *“um pouco”, “informalmente”,* em reuniões mensais ou semanais, *“com o observado pelo atendimento, seu jeito”,* ou *“quando os problemas aparecem”*. É

quase lugar-comum taxarem de *“só estatística”*, *“o que interessa é a quantidade”*, *“é burocrática”*, *“fechada”* e encaminhada diária, semanal e mensalmente para a *“administração”*. Algumas vezes considera-se de caráter administrativo o Núcleo de Avaliação e Informação Técnica, em especial, quando se referem ao Sistema de Informação Ambulatorial - SIA/SUS. Em geral essas informações são *“sem retorno”* e para se ter uma avaliação oficial *“só se procurar”*. Como reforça um funcionário, *“pro Estado e a Prefeitura o que interessa é o número pra receber o dinheiro.... importante, mas não o bastante, pois se limita ao nível superior e mais ainda ao médico”*. Este por sua vez, não deixa de se queixar da *“papelada”* para ser preenchida. Um funcionário prefere e tem avaliações institucionais indiretas mesmo de outros lugares, em eventos externos à unidade, o suficiente para desinteressá-lo pela avaliação, *“apesar da importância desse instrumento”*. Outros funcionários referem que a avaliação não é organizada e *“não é rotina”*, mas simultaneamente um diz: *“acho que funciona, conversando entre os integrantes da equipe”* ou *“individualmente com colega”*. Alguns asseguram que a qualidade está *“preservada no tipo de atendimento que fazemos”*, pressupondo bom padrão. Apesar de se ter observado:

- *Uma pessoa mal remunerada não vai trabalhar com tanta eficiência profissional. Quando chega o pagamento fica todo mundo irritado. A saída do banco parece um muro de lamentações.*

Mas como é melhor tratado mais adiante, na questão sobre o sentimento ao trabalhar, refere-se que:

- *Até esqueço do contra-cheque no dia-a-dia; e*

- *Não atendo mal, porque gosto do que faço.*

No entanto, outros servidores declaram: “se sabe o que atende a demanda, mas ainda não é palpável, por isso se ‘tá programando uma avaliação de resolatividade”. O tipo e o que se atende, geralmente, refere-se ao nível de ação ou de solução dada para o caso, revelando mais uma preocupação que uma “garantia de qualidade”. Entre alguns que se posicionam exemplificando, há quem prefira “dez bons atendimentos que vinte ruins que não resolve o problema básico do paciente cuja volta à unidade é certa”. Também há aqueles que reconhecem que:

- *Nossa cultura também é assim: taca remédio no cara e pronto, acabou. Aí ele vai vir aqui depois pra tratar dos sintomas.*

Um grupo menor de funcionários afirma que a avaliação “é só pela observação das chefias”, ou que esta “cobra o SIA/SUS como critério para avaliação”, não necessariamente com a sua devida utilização. As trocas das chefias quase anuais funcionam

como pretexto para minimizarem ou apoiarem suas críticas, mas sentenciam que *“também, avaliar o quê, se não participamos das reuniões ?... estamos na ponta”*, arrematando: *“a gente aqui é meio povo !”*; e

*- Não temos nem muito obrigado do paciente, de colega, ninguém reconhece. O governo não reconhece, o salário é pequenininho. Nem sua família consegue reconhecer: “o quê?, tu é bobo !”.
Só uma coisa - a esperança de ir pro céu... só isso !*

Alguns entrevistados justificam a dificuldade de se avaliar, face a tantas mudanças, estruturais e funcionais, com uma série de acontecimentos, em virtude, para a maioria deles, de *“abortamento do SUS”*. O SUS, para eles, só mostra pleno êxito na universalização do atendimento, que passa a dispensar a carteira do segurado, quando são estadualizadas ou municipalizadas as unidades do antigo INAMPS. Outra mudança destacada é a proposta das policlínicas comunitárias, cuja transformação das duas unidades envolvidas, em diferentes etapas, vai fazer *“afluir mais a demanda, por causa dos especialistas”*.

A avaliação de desempenho delineada na unidade periférica, ganha contornos mais nítidos, ficando caracterizada, além da observação, pela cotidianidade, quando referem que a faz *“na rotina diária do trabalho”*, ainda que seja intermitente ou

semanalmente, com base na lembrança. No entanto, conforme alertado por outros servidores, essa avaliação cotidiana, *“geralmente é sem início, meio e fim”*, ou não flui e nem está sistematizada ao longo de todos os processos de produção, *“sequer tem sensibilidade para perceber como acontecem as coisas”*. Indo mais além, um deles diz: *“seria mais que avaliação”*, referindo-se à necessidade de intervenção político-administrativa de outras ações, ou à *metanálise* de base, fundamentalmente, epidemiológico-social ou a interação entre elas. É enfatizada a supervisão: *“procuro estar sempre supervisionando e aí já se vai alterando, ajustando”* e *“estou junto com os funcionários”*. Poucos servidores mencionam, como instrumento de avaliação, os relatórios anuais solicitados pelo nível central, sobre o que já é desenvolvido (executado), quais são as dificuldades e as propostas de solução. Alegam que têm a resposta de 1993, mas o de 1994, que mais interessa, ainda não havia retornado. A cobrança nesta unidade periférica tem uma conotação diferente da outra, no sentido de que se faz *“entre a gente”*, em relação à tarefas, horários, *“num clima de informalidade”*. Há quem reclame da falta de cumprimento de carga horária por parte de alguns servidores:

- O horário do outro (fulano) chegar é às 8, às vezes chega às 7 e vem *“chamar a atenção”* da pessoa (há mais de um) que *“tá tirando ficha - aí gera atrito entre o funcionário e o médico;*

ou mesmo em situação contrária, envolvendo diretamente a clientela:

- ... só que o horário dele chegar é às 8 e ele chega às 9, quer dizer, quem escuta é o cidadão aqui, que tem de controlar a ira da comunidade !

Mas cobra-se mais ainda o fato deles não serem chamados para a avaliação, e também, porque os próprios dados consolidados são pouco avaliados: *“Como avaliar, se falta material (educativo) atualizado até para prevenção ?”*. Dessa forma, lembram que a avaliação de desempenho deve ser democrática e institucionalizada. Há o reconhecimento, generalizado, da necessidade de uma avaliação formalmente organizada, mais participativa e qualitativa, englobando num mesmo processo o profissional, a equipe e o serviço.

6.2. Mudanças organizacionais da rede

Sob o ponto de vista dos funcionários selecionados das duas unidades é consensual a importância do SUS e corretas suas premissas, ressaltando, porém, que *“é bonito no papel, mas um fracasso na prática”*, e que *“no geral, mudou pra pior”*, isto *“mesmo a nível de estrutura e funcionamento, porque sem os*

insumos necessários, 'tá ruim pra população e pro servidor". No entanto, aparecem após essas manifestações, desde uma crença de que "pode melhorar, se implantado direito", até "poderia privatizar, com a presença do governo, calcado na redistribuição de renda, pois descontado na folha de pagamento, hoje, daria para um bom plano de saúde particular". Um servidor acusa os governos por "não conseguir desenvolver um serviço sério. Aí, a gente vai perdendo o pique, vai ficando cético e abandona os ideais e, às vezes, o serviço também". Essas visões são contestadas, entre alguns servidores, pois se alega que "o que não dá lucro não interessa a ninguém", referindo-se à iniciativa privada e à corporação partidária. Outro sentimento ligado a essa deteriorização dos serviços de saúde e também bastante frequente é que "ficou uma bagunça", "uma confusão, nem quem 'tá em cima sabe bem", "fica meio solto, indefinido, nem o nível central tem certeza", ocasionando insegurança para a base do sistema. Para alguns, o Distrito Sanitário, tal como é concebido, é mais próximo das unidades e "a sua extinção desestruturou os serviços, porque a quem recorrer ?(...) Ficou mais complicado, demorado". Para outros, pode estar acontecendo "um boicote ao SUS, greves..., é difícil até avaliar", "não sei se mal implantado, orientado ou conduzido, sei que não 'tá indo bem" e:

- A gente vai chegar a um ponto tal que o governo não investirá em mais nada de saúde pública !

- Isso aí facilita o quê ? Só facilita que os grandes seguros-saúde estão cada vez mais cheios. Todo mundo só indo pros planos, acreditando que lá eles são bem atendidos. Isso tem um único objetivo: **acabar com o serviço público.**

Há duas opiniões sobre o SUS, em outros municípios próximos, nos quais a “*prefeiturização da saúde*” mostra a sua fragilidade, referindo-se à “*politicagem que sobrepuja o técnico, como o clientelismo*” e cuja “*sensação é que se está **apagando uma vela***”.

Um dos principais problemas não resolvidos, apontados por todos, volta à tona: “*é difícil trabalhar e administrar isso (as paralisações), por motivo justo da insatisfação salarial e paridade das obrigações; e*

“A isonomia não acontece. Haverá mudança na aposentadoria, estabilidade... Tudo só piora pro trabalhador... . Vai dar o quê em troca ? Mais salário ? Só pra atender uma minoria ! Os exemplos, leis, só servem pra gente !?”.

Parte dessa representação é veiculada pelos grandes meios de comunicação de massa como a televisão e jornais, com:

“a gente tem problemas de informação, imprensa”, entre outras manifestações já referidas, parecendo um plano orquestrado para desestabilizar, politicamente, algum setor e para desespero do bom funcionário, se trabalhar sob o risco iminente de desemprego. Coerente à filosofia neoliberal que grassa na humanidade, o raciocínio, aparentemente persecutório, tem sua lógica refletida nos próprios noticiários. É popular e não totalmente sem sentido, a crença de que “os justos pagam pelos pecadores”, ou “premia-se o mal e penaliza-se o bom funcionário”. De fato há a possibilidade de se aumentar distorções, pois como referido por um servidor, “o serviço público está desprestigiando as carreiras essenciais como as da saúde”, isto é, o serviço à mercê da política de seus governantes que, para outros, nem ligam se

- ... falta estrutura. O que a gente tá vivenciando na saúde tá muito complicado. De uma certa forma, toda essa confusão que a gente vê em todas as unidades; e

- Quando a pessoa (paciente) chega, ele já rodou por vários lugares e não conseguiu (solução eficaz). Não sei se seria falta de seriedade, toda essa crise que a gente 'tá vivendo, em termos de país mesmo.

Críticas aos modelos críticos

Em grande parte dos discursos é apontada a “*falta de estrutura*”, quase sempre como efeito das necessidades não satisfeitas de quantidade e distribuição de pessoal, material básico de consumo e manutenção de equipamentos permanentes, nesta ordem de importância.

- Só tem um funcionário pra vacina de adulto. Tinha mais médico e funcionários, mas agora só.... . O número de pessoas que atendo é muito grande e tem pouco profissional.

- Acabou porque temos dois ou três profissionais (de determinada especialidade e dependendo do dia) e a população carente é muito grande. A gente tem um médico só pra atestado e a demanda é muito grande.

Um dos exemplos dados é a falta de viatura para cobrir focos de vigilância epidemiológica e fazer transporte de exames complementares, que não ocasiona prejuízos maiores porque, não tão raramente, os servidores assumem o próprio encaminhamento. A insuficiência de medicamento é uma constante que faz o

paciente retornar e “*você parecer incompetente*” ou “*você se sentir impotente para resolver o problema social*”.

Ora referida como efeito da ausência de uma política de recursos humanos, ora como falha em uma de suas estratégias, a inobservância aos princípios isonômicos implica em discrepantes diferenças salariais, o que associam ao resultante “descompromisso profissional”.

- *Você vê que a coisa ‘tá realmente feia quando vê o salário que o Estado paga. Não tem como viver só com isso.*

- *Não acho que é só salário. Salário você precisa e tal, mas as (más) condições de trabalho é que não seguram as pessoas dentro do serviço. Essas condições materiais, estruturais...*

Ao lado das iniquidades sócio-estruturais (salários e demais recursos) e, em parte, como produto delas, são oferecidas reciclagens, apesar das perspectivas nulas de ascensão funcional, reforçando a ausência ou distorção na **política de pessoal**. A afirmação de que “*há muitos profissionais competentes aqui, mas não há muito respeito técnico*”, não exclui, para eles, a necessidade de treinamentos.

Existe, sobretudo, má-distribuição de pessoal. Além de sua reiterada carência, principalmente de determinadas especialidades há, ainda que raro, o desvio para outra área menos importante, como a de um *“programa mal implantado”* onde, para esse servidor, se está desperdiçando recursos. Contrariamente ao que ocorre, com maior freqüência, dizem:

- Hoje você oferece um serviço, chama a população, chega amanhã, já não tem mais esse programa. Há uma falta de consistência, programação das coisas. Há um custo imenso nessas coisas. Quero ouvir das autoridades a garantia de manter um programa daqui a 15 anos !

Esta situação desordenada, ou de descontinuidade de diretrizes técnicas e políticas, é *“facilitada”* por programas praticamente verticais que permanecem isolados. Há falta de entrosamento de toda a equipe com outras especialidades,

- pelo tipo de serviço, de atenção primária, familiar, não tão especializado, deveria ser mais integrado entre as áreas básicas (pediatria, ginecologia, clínica e odontologia), com atendimento individual e coletivo.

Existem profissionais manifestando opinião favorável ao tipo de atendimento que prestam. Como num consultório particular, para alguns servidores, conseguem um relacionamento mais estreito e constante com o cliente, *“apesar de todos os problemas”*. Destes problemas, são destacadas as diferenças na liberdade de horários, em especial, entre o nível médio e o superior, e nestes, o do médico. No entanto, reafirmam que *“o pior é exercer a mesma função com salários diferentes demais, gerando um descontentamento geral”*. Entretanto, não prejudicam, por isso, o atendimento, procurando, dentro de seu alcance, manter o acompanhamento do caso e da comunidade. Afinal, como disse um profissional: *“não fazer uma atividade é não se esgotar o potencial de trabalho”*. Por sinal um trabalho incessante, pois:

- *A gente vive pedindo, tentando, geralmente não conseguindo: manutenção, pessoal pra consertar tal coisa. O serviço fica desestruturado. Está muito sucateado, capengando. Com mais regalia é a vacina, que se, também, não houver, não se trabalha...., mas, explicamos dos riscos pro pessoal.*

- *É tão difícil arranjar um aparelho de pressão e, o que tem, 'tá com defeito. Você tem que estar caçando, no posto inteiro, termômetro. Você não tem essas coisas básicas, algodão..., tão necessárias no*

trabalho. É impossível você trabalhar sem essas coisas. Você trabalha 10 horas num serviço como o nosso e não tem 'água pra beber'.

- Manter o serviço é que, é mais difícil (e), precisa de investimento financeiro.

No entanto, há profissionais de nível médio e superior que, seja como mecanismo compensatório, auto-afirmação ou defesa corporativa, seja como crítica ao rebaixamento econômico-social generalizado, reconhecem viver uma situação, comparativamente, de superioridade em relação a outros municípios. Dois médicos, falam: *"há especialistas aqui disponíveis para a população, como nutricionista, terapeuta ocupacional... que nós, pros nossos filhos, não conseguimos fácil"* e *"a população confunde com o sistema público de saúde ineficiente que se vê por aí"*.

Há uma preocupação com os múltiplos vínculos empregatícios, na medida em que afetam o padrão de atendimento à população, pelo próprio desgaste físico e mental do servidor. Reclamam das diferenças entre um profissional que sobrecarrega o outro, por atender menos pacientes, *"sem ser culpa do colega, mas da estrutura do posto"*. Por parte de outras categorias funcionais, não-médicas, *"os atendimentos estão só vinculados às consultas médicas, como os resultados dos exames"*.

Vários profissionais atribuem essa dependência à insuficiente ou à falta de integração com a comunidade e com as ações coletivas. Na forma de tratamento entre os profissionais e a população predomina uma unilateralidade **velada** na autoridade. Nessas relações, pouco humanizadas, *“há um individualismo grande, particularmente, mas não exclusivo dos médicos”*, que se confunde com uma centralização e sentido de poder e posse, para alguns, mas cujo significado, para outros, transmite um sentimento de responsabilidade sobre o paciente. Para alguns desses e outros profissionais, o funcionário intempestivo faz com que, eventualmente, *“faltem atividades”* em determinadas equipes e porque *“tudo”* termina centrado na figura do médico. Dois funcionários, um de nível médio e outro universitário, ao criticarem a hegemonia médica, contraditoriamente, atribuem uma valoração ao *“corporativismo que o SUS tem culpa por querer acabar”*, em particular quando o serviço não propicia *“reciclagens no mesmo nível e quantidade”* para os demais trabalhadores. Em contrapartida, a delegação de tarefas, a co-responsabilidade e mesmo o desvio de função, geram críticas, infreqüentes, como deste funcionário: *“no entanto, quantas vezes acabo fazendo atividades de colegas auxiliares, administrativos e de médicos ?!”* O reconhecimento de que se exorbitam das atribuições ou se ocupam espaços *“vazios”* (omissos, ociosos), é justificado pelo afã de ajudar, fazer, mais comum na área de enfermagem, mas também

apontada para alguns médicos e servidores com idéias ou cursos de saúde pública.

Em parte, devido ao quadro de desmotivação, alguns servidores culpam a falta de reciclagem, que não é só para aproximar as diferenças técnico-profissionais, mas também desenvolver potenciais de cada profissional e da equipe, *“compensando seus diferentes ritmos”*. Alertam, no entanto, que as equipes precisam ser valorizadas, efetivamente, num plano de carreiras multiprofissionais, sob pena de se continuar tendo, a cada efêmera evolução, uma dupla e demorada regressão.

- Hoje há um embrião de equipe, que é um processo que vai e volta, até porque viemos de tempos e lugares diferentes, cada um com sua educação e experiência.

Contudo, há outras nuances que interferem na sustentação das equipes e perpassam as imagens construídas em cada participante. Assim, a equipe de saúde bucal, por ter menos segmentação na divisão técnico-social de seu trabalho, é vista como mais coesa, mas nem por isso esta equipe se isenta de reclamar atenção para as suas reivindicações. Já nas demais áreas, um comentário é: *“ele tem seu consultório, mas o trabalho é*

em equipe". Na resposta de outro profissional, "essa fragmentação gera problemas de relacionamento".

A visão calcada num modelo assistencial equânime, é corroborada na seguinte fala: "*a clientela vem para uma unidade*", para solucionar seu caso, "*já pensou se tivéssemos só médico de família ?*" Para outros, falta uma verdadeira reestruturação do serviço, com avaliações das mudanças introduzidas, ou como disseram: "*cobrança por parte de todos*", servidores, chefias e população, ao que se implanta.

Na opinião de vários servidores, determinadas chefias, mesmo de enfermagem, podem continuar a não existir ou acabar formalmente, desde que se ofereça "*salário e condições materiais e humanas de trabalho satisfatórios*". Não obstante, entendem a responsabilidade de coordenação como inerente a várias funções, principalmente no nível universitário e da saúde coletiva. Manifestam a necessidade de treinamento e assessoria psico-emocional para os funcionários, "*eventualmente e sem caráter terapêutico, a princípio*", quando "*angustia querer fazer acontecer e os atropelos do dia-a-dia dificultam*". Falam na dificuldade de organizar melhor o tempo (pessoal) e o espaço (estrutural) para se aperfeiçoar a própria Instituição, pois "*quando se quer politicamente, em geral tudo se consegue*".

6.3 Apoio tecnológico e institucional

A análise prévia desta questão força a construção de quadros que entrecruzam uma série de motivos, com as primeiras opções dadas pelos servidores quanto a quem recorrer em casos de dúvidas ou problemas. É difícil analisar, pela extrema dispersão das respostas, apesar de relativamente curtas, em especial na unidade central, talvez, por terem mais funcionários. Um quadro inicial mostra 9 classes e, para alguns casos, as opções se desdobram em até 3 outras alternativas. Na busca de síntese, consegue-se reduzir para 4 classes, porém aumentando as observações em cada uma delas, denominadas: superioridade, paridade, exterioridade e domesticidade. Estas referem-se, respectivamente, a uma solicitação a superior hierárquico ou técnico, a seu par de profissão, a conhecido externo à instituição, e a recursos institucionais ou domésticos. Como ilustração, quando falam que recorrem a colegas, as palavras ganham diferentes acepções, como nas frases em que se referem à paridade (funcional) ou à equipe (multiprofissional), dentro ou fora da unidade. Assim como na análise semântica da troca de experiências que, ora significa entre iguais (pares), ora entre desiguais.

Entre as quatro classes anteriormente citadas, a mais freqüente é a instância “*superior*”, quer hierárquica (chefias e

coordenação de programas), quer técnica (aqueles profissionais tidos com maior saber científico). O equilíbrio numérico das respostas, 14 no primeiro caso (gerentes) e 15 no segundo caso (técnicos), quando analisados em seu interior, revela disparidades dignas de algumas observações.

Na unidade central, por ser mais setorizada com especialidades, encontra-se uma estrutura técnico-profissional forte em seu **poder simbólico**, enquanto a periférica tem uma estrutura técnico-administrativa fortemente amparada no **poder legal**. A paridade demonstra ora senso de responsabilidade, ora insegurança, necessitando dividir com alguém, de preferência do nível superior (de escolaridade), mesmo que não investido de autoridade formal. Apesar das críticas, nesse momento, a figura do médico é central, como *"liderança natural"*, para alguns, inclusive os *"subalternos"*, em especial, na área de enfermagem, por ter mais pessoal auxiliar e serem *"mais polivalentes"*. O apelo externo engloba diversidade maior, indo desde contatos com CONselhos Regionais de classe (de Medicina - CRM, de ENfermagem - CoREn,), hospitais (*"porque lá se vê de tudo"*, *"há um pessoal atualizado"*, *"têm casos mais difíceis"*), até fazer cursos, procurar ex-professor, telefonar *"de fora"*. A quarta categoria, domesticidade, apresenta uma leve predominância da utilização de recursos de casa (livro, manual, material de curso, em leitura noturna), em relação ao da Instituição, que *"no local nunca tem"*,

exceto, já fazendo interface, simultaneamente com outras opções, como a de profissionais e até *“livro de ocorrência para a diretoria tomar providências”* *“o disque denúncia”*. Com menor frequência, aparecem a experiência e a centralização. Os mais idosos são lembrados, mas com reserva e só na unidade periférica. Já ao nível central é atribuída a principal fonte de informações técnicas, sobretudo na unidade periférica, apesar das queixas de *“tiraram o Distrito Sanitário”* e a *“nova estrutura no nível central ainda não vingou, está indefinida”* ou *“há gente competente na unidade”* e *“a coordenação programática... estava muito dispersa, devagar”*.

Três funcionários apontam a necessidade de assessoria psicológica, quando surge problema mais *“pessoal, familiar”*. Estes três são da unidade que está implantando trabalho de grupo com servidores, coordenados pela equipe de saúde mental.

6.3.1 Reuniões de equipe

Na unidade central, as reuniões são consideradas escassas, predominantemente burocráticas e para tratar de problemas administrativos, alguns *“insolúveis”*. As reuniões são mais valorizadas pelo pessoal de nível médio, que afirmam servir para aprendizagem, *“tirar dúvida”*, avaliar, receber e passar informações. Até duas pessoas que se referem às reuniões como *“chatas”*, adiantam que isso acontece por não existir o hábito de

discussão técnico-especializada ou o *“vínculo do serviço com os problemas dos profissionais”*. Outra séria acusação é feita por outro profissional: *“não participo porque sou crítico, essas reuniões nada melhoram; no início até houve empolgação, mas caí na realidade de que a coisa pública não funciona”*. Esta opinião, aparentemente pessimista, porta-voz de um grupo, não colide, integralmente, com outras. Poucos adotam uma postura de justificação sobre os *“problemas”* dessas reuniões, pois *“devido a muitas e recentes mudanças, a chefia está se situando”* e *“há dificuldade até para reunir”*, ou; a *“diretoria é nova e vai tomando pé devagar”*. A tênue separação entre reuniões técnicas e administrativas reproduz suas flutuantes inter-relações, na dependência de múltiplos fatores, e fica evidente nas frases de quase todos, com as expressões: *“mais técnicas”* ou *“mais administrativas”*.

Quase todos falam da longa greve ocorrida durante o ano de 1994, o que, possivelmente, força o uso unânime do verbo *“retomar”* para as atividades, reuniões, como: *“retomar a formação da clientela”*, *“os trabalhos de grupo estão sendo retomados após longa paralisação”* e assim por diante. Ela é culpabilizada pelo *“marasmo”* da unidade, *“desarticulando a demanda”* e desmobilizando o funcionário, inclusive para reuniões e como disseram: *“atrapalhou porque foi prolongada, mas é um instrumento justo”*.

No entanto, existem reuniões técnicas fixas: semanais, quinzenais, mensais e bimensais, conforme o setor, ainda que nem todas, com a equipe completa, basicamente, em função dos horários não coincidentes. Apesar disso, tem equipe que reduz o atendimento, compatibilizando os horários ao máximo, mas obrigando o comparecimento. As reuniões são consideradas boas, pela maioria dos poucos que participam. Há equipes com propostas para terem reuniões conjuntas, ou estabelecer melhor e de outras formas, um intercâmbio com diferentes setores. Pretendem evitar ou neutralizar fatos ocorridos, sugerindo mais união do que reuniões:

- Caso da mãe que falou que ela estava "possuída" e era "sangue pisado". Uma parte da equipe ignorou, a outra ficou tentando convencer até que conseguiram, mas aquilo rachou a equipe. Falaram que não tinha que tomar essa atitude: não era profissional. Isso depende de cada situação; e

- Tem de haver muita reunião de chefe de equipe com chefe (geral) para normalizar e não sacrificar muito, nem o paciente, nem o colega de trabalho.

São comuns às duas unidades, o fato das reuniões técnicas serem esporádicas. Na unidade periférica, as reuniões são majoritariamente de caráter multiprofissional, acompanhando a

lógica da organização de polivalência. As reuniões são motivadas “por necessidades de serviço”, sobretudo quando surgem “novidades” e, agendadas segundo possibilidades de participação dos profissionais, nem com isso têm garantia de frequência - “só de vez em quando”. Mesmo quando marcadas, alegam que “não sabia” e, se comparecem, é “só de corpo presente”, denotando desinteresse superposto às “desmotivações com o salário” ou “pensando que não têm ou não podem o que mudar”. Para alguns, o objetivo das reuniões é elucidar dúvidas e, também, como referido na unidade central, é discutir como vencer obstáculos ou avançar na implantação das propostas, de forma espontânea e informal.

Surge uma modalidade de reunião, dita por alguns profissionais, “em pequenas rodas”, que ocorre quase todo dia, mas ainda assim, reclamam a falta das “mais abertas”, “gerais”. Como na unidade central, há dois servidores que rotulam as reuniões de inócuas e não as freqüentam, por só discutirem propostas burocráticas, de “reuniólogos”, apesar de já ter passado a “febre de reunismo”, especialmente com o nível central. Entretanto há reuniões que “discutem um programa e outras normas de implantação”. Alguns funcionários externam suas opiniões sobre o nível central, que não instrumentaliza para a gestão participante, e que ao promover “reuniões fora, tiram muito as chefias da unidade”. O papel das chefias é, muito, de

coordenação *“da equipe”* (do posto), com assessoria da equipe de saúde mental, sendo, naquele momento, o de procurar *“uniformizar”* as atividades, conforme o porte de primeiro nível de atenção, que tem *“certo grau de complexidade, especialidade e resolutividade”*. No dizer de um dos chefes, *“a chefia aqui é só mais responsável pra organizar o serviço, porque poucos estão formalizados ou recebem como tal”*, corroborando o já referido em item anterior.

Entendendo os trabalhos de grupo como reuniões técnicas, acrescentam: *“as mães adoram, mas vai esvaziando, porque não rendem”*. Um servidor sentencia que *“a unidade acha que o funcionário é só mão-de-obra e ele fica desestimulado e não quer saber de mais nada”*, quanto mais de reuniões para discutir problemas.

Em ambas as unidades, as reuniões administrativas são consideradas as mais freqüentes, quase sempre semanais, mas em grupos *“mais fechados”*, das chefias, para tratar de *“normatizações do nível central como a integração com o módulo Médico de Família”*, ou discutir, *“agora até com o programa Médico de Família”*. A integração desse Programa em uma das unidades estava propiciando reciclagem, mas que *“só o pessoal mais envolvido participa, fundamentalmente, porque o resto da equipe não tem tempo e se desinteressa”*.

6.3.2 Equipe de reuniões

Na unidade central, onde se encontra maior divisão técnico-social do trabalho, os lugares mais organizados pelos profissionais, investidos pela instituição, ou respeitados pela clientela (conhecidos, “*famosos*”) mostram dois comportamentos distintos. Uns setores mais auto-suficientes, com um certo grau de autonomia ou isolamento, associam-se aos programas e patologias tradicionalmente “*marginalizadas*”, como saúde mental, hanseníase ou tuberculose. Já outros setores são mais “*personalizados*”, com características mais pessoais (vontade, liderança, etc) por servidores que transitam mais fácil, ou frequentemente, pelos demais setores. A setorização é parcialmente rompida com o aumento de casos de tuberculose em portadores de HIV. Esta ruptura é mais visível por ocasião de seus encaminhamentos para internação. Na unidade periférica não se observa tanto essa segmentação, pela maior polivalência de determinados profissionais, ainda que com pequeno raio de ação, até por questão de espaço e por ter menos pessoal.

Naturalmente, as relações externas das unidades, com suas respectivas comunidades, são referidas por profissionais vinculados, mais diretamente, a determinados setores, como a *Vigilância Epidemiológica*, que se utiliza bastante da visita

domiciliar. É freqüente, também, nas duas unidades, a referência ao Hospital Universitário (federal), ao Centro Previdenciário (municipalizado) e o encaminhamento, conforme o conhecimento do profissional e o nível sócio-econômico do paciente, para hospitais conveniados ou até privados.

Poucos se referem ao relacionamento profissional em equipe ou através de trabalho de grupo. Também poucos falam que se relacionam com todos, inclusive pessoal administrativo, particularmente na unidade central; já na periférica, conforme um técnico, - isso não acontece *“até porque senão o trabalho não avança”*. Comuns às unidades, não faltam reclamações, quanto, principalmente, ao *“sistema”* de comunicação formal, telefone, etc., pois *“a folha da contra-referência não volta, só o paciente”*, que, em geral, não relata muito bem o que ocorre porque, por sua vez, o profissional de lá não lhe explica tudo direito.

Os relacionamentos profissionais ocorrem primeiro entre seus pares e setores correspondentes às especialidades de trabalho da unidade e, também externa a ela (principalmente hospitais, escolas, empresas), como que seguindo, tacitamente, os princípios de uma corporação - o funcionalismo público. Tendo como referencial os casos dos pacientes, é comum o profissional de uma área encaminhar para outra, por exemplo, odontologia para dermatologia ou vice-versa, por ter observado alguma alteração ou

ouvido queixa de acompanhante. Entretanto, apesar disso sofrer constantes rupturas, pelos motivos já citados, pode-se identificar uma rede de referência bastante diversificada para tentar atender a demanda que é, aparentemente, caótica pela informalidade e espontaneísmo.

No entanto, não se excluem os conflitos no cotidiano das unidades:

- Pelo amor de Deus é possível o senhor atender esse paciente ? Precisa de um atestado pra trabalhar, vai ser o último - o senhor é maravilha, obrigado.

- Se hipertenso (paciente extra), você queima o seu filme mas leva pro médico. Classe baixa, pobre, doente é a coisa mais triste do mundo !

Nessa questão, fica evidente a grande interdependência entre os processos de educação e trabalho, mesmo com paradoxal fragmentação e integração das tarefas, como necessidade de colega para ajudar a preparar material em trabalhos a “quatro mãos”. Quando se atribui importante peso à “escala de serviço”, implicitamente, o que se quer dizer é que, conforme conhecimentos técnicos para atender e resolver as necessidades da demanda, a gerência (geral ou intermediária) detém o poder de mudar ou

manter as relações interprofissionais. Há quem se refira à influência da des/organização do serviço no estabelecimento dessas relações, como as propostas de adscrição de clientela e caracterização do perfil das unidades (ambas são referências do programa Médico da Família em diferentes momentos) para integrarem a rede e aumentar a resolutividade. Vislumbram uma perspectiva nessa mudança de modelo de atenção à saúde, mas frisam que “jogará” importante papel, a condução desse processo, transparecendo ceticismo, *“como São Tomé - só vendo pra crer”*.

6.4 Desenvolvimento científico-cultural

A história dos projetos de integração docente-assistenciais atesta o importante entrosamento, mesmo informal, com a Universidade Federal sediada em Niterói, conforme já referido. Talvez, por isso, não tão raramente, surjam concepções que se aproximam da ênfase dada ao próprio **processo de trabalho** como se vê sintetizado adiante. Das várias opiniões coletadas nas entrevistas individuais e grupais, conseguem-se identificar aquelas com maior ou menor afinidade entre si, em termos de significado de desenvolvimento profissional, de modo que resultem na formação de quatro grandes agrupamentos relatados a seguir.

No primeiro grupo, uma parcela responsabiliza o servidor, mas sob diferentes enfoques: o que confia ao “*próprio*

desempenho, força de vontade", porém sem dispensar o *"apoio da equipe e supervisores"*; aquele enfoque onde *"temos de atuar melhor pra poder exigir mais"*, e o que acredita que *"aprender é pessoal, porque a Instituição não obriga e nem tá podendo cobrar"*, ou mesmo, *"o trabalho, por ser desgastante, paralisa o desenvolvimento de alguns !"*. Para um subgrupo de funcionários, *"o processo de trabalho é um dado da realidade não tratado nos cursos"*, ou onde *"se aprende uma coisa e a realidade é diferente"*. Parte significativa dos servidores concebe o desenvolvimento profissional como *"curso de atualização"*, não necessariamente de curta duração, e quando é oferecido, sobretudo, por Instituição externa, preferencialmente escolar. Os cursos considerados mais importantes são realizados há mais de 5 anos e em grande parte pela Universidade pública local (UFF), compatível assim com o grupo etário que predomina nas duas unidades, de 31 a 50 anos, mostrando uma possível maturidade pessoal e profissional. No entanto, tradicionalmente de maior valor para a educação continuada são os eventos ocorridos até 5 anos antes, o que abrange a terça parte dos servidores, tido como um bom percentual de investimento, ainda que a maioria não tenha sido patrocinada pela atual Instituição.

Existe uma pulverização em termos de Instituições executoras dos cursos e áreas temáticas, predominando saúde pública (Administração de Serviços, Epidemiologia e Informações,

Educação em Saúde, Medicina do Trabalho, Saúde Mental, Práticas Alternativas) e, em quase igual quantidade, em área materno-infantil, mais precisamente pediatria (Programa de Imunização, Saúde da Criança, Cirurgia Ambulatorial). Chama a atenção o fato dos cursos mais freqüentes serem em nível de pós-graduação, com 22 *lato sensu* (15 especializações, 7 residências médicas) e um *stricto sensu* (mestrado). Somente uma minoria destes cursos de pós-graduação são concluídos antes de ingressarem, estando nesta situação, quatro dos cursos técnicos. De todos os cursos, treinamentos, também poucos são realizados fora do horário de expediente, de iniciativa e às expensas próprias. Entre oito servidores, a metade responde como treinamentos em serviço e outro tanto como experiência e auto-didatismo. No entanto, uns poucos, sequer concluem seus cursos técnicos (de nível médio), de graduação ou especialização, obrigados a interrompê-los por motivos financeiros ou familiares. Apesar desses investimentos, para alguns com pesados esforços, dizem não haver promoção no cargo, por inexistência, ou desconhecimento de um plano de carreiras, ou ser imperceptível a diferença salarial. Há raros casos de ascensão funcional, temporária, de confiança, acreditam que auxiliada indireta e informalmente pela qualificação adquirida e demonstrada na prática.

O maior contingente, contemplado com esses cursos, é de médicos e enfermeiros, nas duas unidades. Entre os auxiliares de

enfermagem, dos 9 de nível médio e fundamental desta área, um é formado pela Escola da Secretaria Estadual de Saúde, ou seja, com curso diferenciado, pelo Projeto Larga Escala, orientado para o SUS.

Há um grupo menor, cuja opinião é que a *“escola ensina o certo, o ideal, o nivelamento por cima”* e que não é só insuficiência de recursos (humanos, materiais, financeiros) para colocar em prática pelo menos 70% do que se aprende nesses cursos acadêmicos, mas sim *“coisas paralelas do próprio setor de saúde, como o funcionamento de uma administração democrática”* e *“há muito corporativismo até dentro de uma mesma profissão”*. Um servidor assevera que, *“até uma proposta interessante montam torto porque querem mais é marketing político”* e nessa situação, *“por não ter nada por fazer, deprime”* assistir as distorções num programa. Alguns recordam que *“a começar nos cursos de graduação, se passa uma idéia de que a técnica e o mercado podem resolver tudo, mas tá mudando... é preciso estar aberto a novas informações e trocas com os profissionais e áreas”*. Esta posição é particularmente importante, na medida em que se tem servidor acusando privilegiamentos, entre os quais que *“para fazer curso é o nível superior”*, porque pode também arcar financeiramente, porém *“para encarar a população é o nível médio”*, conforme exposto acima concluindo: *“onde está a equipe, o serviço ?”*. Como expõe outro servidor, há *“dificuldade de se*

exercer plenamente (a prática), pelos próprios obstáculos para se ausentar (do serviço), da falta de verba e de vontade política”, para se desenvolver os profissionais e a Instituição.

Num segundo grupo, juntam-se noções de desenvolvimento profissional que apresentam em comum o ideal ou a negação do que enxergam concretamente como existente hoje: *“é crescermos, mudar pra melhor”, é “a Instituição promover todos”, “indagar mais, ter curiosidade” e “ampliar os conhecimentos, de visão de mundo ou do todo”. Falam também que “hoje não há profissionalização, mas especialização precoce”, o que diminui a capacidade de avaliação e, por isso, para esse profissional, com dez anos de formado, “cada dia você vai direcionando mais a sua vida”.*

- Se tivesse mais profissionais, mais condição, teria mais um pouco de oportunidade de aprender, não acumulava (desconhecimento).

- Os profissionais de saúde têm de se organizar pra atender melhor a população, pra melhorar a parte cultural.

- A resposta vai surgir da própria convivência com essa comunidade.

Em um terceiro grupo, as respostas enfatizam o frustrante exercício da prática, a troca de experiências, a responsabilidade ética e o trabalho para com a comunidade. Assim, para este último, busca-se *“mais conhecimentos para melhorar o que já se tem e criar novas coisas pra oferecer à população”*, sugerindo algo além de programas ainda não implantados. As funções finalísticas inerentes ao setor saúde, tanto em seus aspectos morais quanto empíricos, estão expressas através do *“respeito ao que se propôs, acompanhando a prática, a tecnologia”*, reforçando o valor dos equipamentos, numa infra-estrutura, supostamente, racional e associando-as ou submetendo-as, o que é mais comum, a tecnologias e práticas cotidianas. Como na maioria das vezes essa infra-estrutura não é adequada, fechando um ciclo, *“sem condição de exercer na prática e se aperfeiçoar... vai frustrando”* e

- *Pacientes que retornam com falta de ar.... isso me decepciona. Sou eu, o serviço, todos nós que perdemos essa batalha.*

Em outro grupo, os entrevistados cobram avaliação institucional, assessoria profissional, incentivo salarial, tempo para qualificação e prioridade das ações. Um servidor reclama da falta de reciclagem, entendida como *“oportunidade”*, referindo-se à aquisição de experiências em empregos anteriores ou acumulados. Surgem até propostas de *“parar o atendimento por um período”* ou

“visita a outros serviços melhores para ir modernizando o nosso, estudando com as novidades”, pois “só uma parte do meu setor chega no mínimo pro que tá acontecendo: ele não é moderno”, numa clara junção do desenvolvimento profissional ao institucional (infra-estrutura). As propostas de reciclagens, algumas compulsórias, estão atreladas à recompensa financeira para se reinvestir em si e no serviço. Aliás a “falta de dinheiro pra aperfeiçoamento tecnológico” também é associada à “falta de facilidade para adquirir livros”, ainda que principalmente de cunho técnico, mas extensível a outros campos, ampliando os conhecimentos. As críticas à administração, de qualquer esfera, referem-se à “incompetência do governo em planejar, assessorar e avaliar as atividades para manutenção do profissional” e mais diretamente em nível local, a culpabilização pelo desperdício de tempo e pessoal, salientando a “necessidade de reciclagem geral, no posto hospital..., com avaliações periódicas para averiguar se suas ações dão impacto” ou “quais os resultados das orientações”.

Enquanto um servidor defende, genericamente, o auto-aprendizado, outro reforça que, *“você tem que procurar por seus próprios meios”,* pleiteando prioridade de qualificação, em especial para o *“pessoal de ponta”*. Especificamente num setor é dito que *“por deficiência no mercado, já formamos pessoal no serviço e é assim que deve ser”*. Com essa concepção, dois

funcionários dizem que o “desenvolvimento profissional se dá no dia-a-dia”, “é procurar conhecimento continuamente, com os mais experientes, de qualquer nível, através do diálogo com médicos, chefes, todos”. E novamente não se deixa de cobrar da Instituição suporte técnico e ascensão funcional, alegando que “hoje, só pela política, doutor com clientela vira vereador”. No entanto, a formação de um **lobby**, que quase sempre legisla em causa própria, não desanima totalmente alguns servidores:

- A gente se acha motivado é por uma série de coisinhas pequenas e importantes. Por exemplo, você tem um serviço que é pra atender... . Você tem a possibilidade clara de melhorar, talvez não hoje, mas futuramente... . Você 'tá ali, se conseguir convencer esse cara a se tratar, você pode desenvolver a sua vida, se eu não conseguir, é fatal.

- Você fica um pouquinho com o poder de internar, ou não. Uma pequena decisão pode ser importante, uma simples vacina. É bom você fazer alguma coisa p'ra ajudar alguém, mesmo sabendo que não vai dar em nada.

O sentido desse poder é até sublinhado no trabalho educativo.

- *A educação é muito importante p'ra que eu possa ter o que levar ao paciente. Temos que receber o paciente com todo o carinho. Converso muito com os pacientes, eles estão precisando também de amor.*

6.4.1 Manifestações de superiores

Há várias conotações de omissão, como *"não há cobrança nem estímulo"*, *"não ajudam nem atrapalham"*, ou que, *"estão sempre abertos a apoiar, mas só verbalmente, nada de verba, inclusive pra cursos fora do horário de expediente e que nos oneram"*. A respeito do desinteresse em facilitar o desenvolvimento profissional, alguns alegam que, ao se aprender mais, aumenta-se a chance de disputa pelo poder. Desconhecem uma política de desenvolvimento, com normas, ou elas não são divulgadas, pois a liberação dá-se conforme o momento e a relação da pessoa com a chefia, ou para outros, dependendo mais da negociação.

Os critérios, geralmente subjetivos, não são uniformes, mas sim resultam em: *"um vai com facilidade e outro, encontra a maior barreira"*, embora alguns reconheçam que não se chega a breicar totalmente. Outros afirmam que se cria obstáculos, ou mesmo radicalmente, para um, *"não se libera pra nada"*. A situação de boa parcela deles que só trabalha meio período *"quando se faz um*

curso em tempo integral", não é reconhecida, nem pelos superiores, nem pela *"estrutura"*, *"porque não há qualquer plano de aproveitamento"*. Porém, outros dirigem críticas circunstanciais: *"também com esses salários e empregos, não consigo mesmo tempo pra sair"* da unidade para freqüentar cursos. Enquanto para uns a chefia imediata é quem determina a liberação, outros reclamam de mais autonomia para o serviço local definir. As necessidades e prioridades da unidade são os argumentos oficiais para a saída de funcionários, mas para alguns deles, salvo raros casos mais evidentes e consensuais, a maioria é verdadeiramente determinada por *"casuísmos efêmeros"*, contingências que, às vezes, escapam de sua abrangência ou *"controle"* local. Essas *"obscuras"* oportunidades são exemplificadas, como no caso da indicação para um curso, que, na última hora, sofre uma reviravolta, com a troca por outro servidor que *"nem trabalhava ou iria trabalhar na área e havia alguém pra substituir"*. Igual preocupação norteia os servidores, *"quando alguém não vem, tem de sair mais cedo ou vai participar de um evento"*. Idêntica acusação é feita, de que quando *"se surge um curso amplo vai o nível universitário, mas se específico pro nível médio, se deixa passar"*. Talvez isso explique as seguintes afirmações: *"por essas e outras, tem funcionário que não desenvolve, não dá retorno pra equipe"* e *"quando se faz um curso e quer repassar, ninguém se interessa também !"*, voltando a fechar um círculo vicioso de justas reclamações, pois *"com essa conjuntura, o profissional não se*

engaja”, apesar de, paradoxalmente, já estar envolvido. Dois servidores responsabilizam as chefias por *“manual que raramente chega”* e *“nunca vem artigo, revistas de outros locais pra se atualizar”*. A existência de recursos financeiros e profissionais, nem que sejam indiretamente, estão atreladas à instância gerencial, sob uma política de governo. Avocam para si o mérito das propostas, criticando a infra-estrutura e as diretrizes dos cursos:

- O próprio posto é que tá mudando. Os caras (responsáveis) não tinham material pra dar esse próprio curso, que já tinha financiamento. O órgão liberou uma verba, quase... reais, para um curso. Acabou a verba, acaba o programa. Precisa sensibilizar os profissionais de saúde, direito.

6.4.2 Superiores manifestações

As manifestações começam, predominantemente, de forma positiva como *“satisfeito”, “gratificado”, “realizado”, “porque gosto”*, mas em seguida ponderam com sentimentos representativos, por exemplo, de estarem *“sem perspectiva, devido ao complicado problema social, na saúde e educação da população, pouco se podendo fazer”*. Praticamente complementado por outro funcionário, *“a frustração é pela impossibilidade de fazer*

coisas básicas pela população". Também justificam como "pressões" do baixo salário, *"funcionário que finge que trabalha e finge que recebe ou procura esquecer o que perde, porque se estivesse numa estatal, como qualquer coisa... (função)"*, seguramente estaria recebendo mais. Questionam, *"como direito à habitação, etc, com esse salário ?!"*, revelando indignação no descumprimento ao disposto em lei e ao pleno direito à cidadania. Como demonstrações de surpresa ou perturbação dizem: *"se fica feliz quando não se pensa"* ou *"me irrita quando reflito"* e por sentir-se bem no trabalho, outros servidores concluem: *"é, ainda me envolvo"* ou é *"o quê me mantém vivo"*. O efeito antídoto, placebo ou terapêutico para essa situação é explicitado algumas vezes como *"até esqueço do contra-cheque no dia-a-dia"*.

A associação dos processos de trabalho e educação ao cotidiano, revela uma dualidade dialética, simultaneamente alienante e conscientizadora. No cotidiano pode-se esquecer problemas, bem como resolvê-los ou amenizar a situação do paciente, procurando fazer *"o máximo possível"*, apesar de *"tudo"* ou de *"todas as falhas do serviço"*, mesmo com o salário *"lá embaixo"*, pois mesmo *"insatisfeito com a desigualdade de tratamento aqui e fora, não atendo mal, porque gosto do que faço, se não, sairia"*. Essas falhas, para outros dois profissionais, são devidas ao *"planejamento não ser conforme a demanda, para*

melhor atendimento, principalmente na prevenção, como educação em saúde à população”.

Aqueles mais otimistas, em trabalharem “com prazer”, insinuam algum descontentamento como “se precisa mudar a imagem e atitude do funcionário, mas têm coisas que dependem do governo, se profissional não está no horário, paciente vai à diretoria ou superiores”. Os direitos do cidadão são lembrados como em: “trato como se fosse meu filho, mas também não aceito grosseria, ofensa gratuita, lei do consumidor é importante pra todo mundo”. Já os mais altruístas adiantam: “supero, às vezes, o que outros colegas não fazem, pois explicando, o pessoal sai satisfeito”, “o trabalho é de ajuda, não só técnico, mas também educacional, de orientação... é uma doação”. Não se sentindo correspondidos, alguns profissionais se queixam de não receber nem um elogio, principalmente dos superiores, “afinal, não é só amor à arte de trabalhar”. Outros, mais moderados, afirmam que a população reconhece seus trabalhos, porém uma minoria expressa seus sentimentos, como um paciente ao revelar: “ser servidor público é agir assim, tratar bem as pessoas, explicar antes e depois, aplicar direito a vacina...”. No entanto, a regra para a mídia é nivelá-los por baixo, como alguns falam: “não se pode ter um único erro, mas nem por isso você vale mais e, se cometer, então, é massacrado. Entretanto, um ex-governador chega a dizer, em jornal de grande circulação, que os servidores são um bando

de vagabundos !”. Assim como lamenta um funcionário “a população perde a credibilidade no serviço !”. Outros afirmam que “não há avaliação de mérito p’ra quem trabalha mais e melhor”, “o profissional é que tem de se explicar com a comunidade, de uma falha no sistema”, e “parte desse comportamento das autoridades explica o empurra-empurra no serviço”. Entre outras manifestações que os frustram, destacam-se: “ultimamente perdi a ilusão com as coisas resolvidas de imediato”, e “você chega com garra, idéias, vê que não dá, vai desmotivando”.

Mas há quem indague, sobre o que possa acontecer se “todas as necessidades fossem satisfeitas, não esgotaria a capacidade de lutar, trabalhar, aprender ?”. Existe quem se sinta estimulado, como que “perseguindo um sonho, de atender, ganhar bem, oferecer e receber qualidade de vida”.

6.5. Re-flexibilidade nos empregos

Quanto a outro emprego há uma variação de opiniões, “gosto de trabalhar aqui” até “tudo diferente daqui” ou “nada com a saúde, nem a área social”, mostrando o desencontro com a distância entre a prática e o discurso. Entre esses servidores, insatisfeitos com o setor saúde, tem quem reconheça que há locais piores, inclusive onde alguns trabalham ou trabalhavam, como emergências, hospitais psiquiátricos, determinadas clínicas

particulares, mas ainda assim melhores que no setor da segurança pública, com os presídios. Todavia pensam em mudar de emprego porque consideram desgastante lidar com a crônica problemática sanitária, educacional e econômica dos pacientes, frente aos poucos ganhos financeiro-funcionais. A opção existente, ou mais freqüentemente desejada, está no ramo comercial, de negócios próprios, *“informal mesmo, sem estrutura rígida, que desse pra produzir e crescer com mais estabilidade”*, ou seja, vislumbrando perspectivas. Mas, sobretudo, os profissionais especializados do setor saúde, também inclinam-se para atividades no magistério (superior) e até nas artes (plásticas). Fruto de uma política não compensatória para a dedicação exclusiva, a grande maioria posiciona-se a favor de um outro emprego *“alternativo”*, fundamentalmente para **complementar** renda, mas também, de identificação ou necessidade de um trabalho adicional devido à *“instabilidade do serviço público por motivos políticos”*, o que nunca deixa de existir para cargos diretivos de livre provimento e para efeito de ameaças de determinados gestores.

A predisposição à mudança surge em poucas falas como em *“sem medo de fazer nada. Tudo tem de se aprender no início, tentando e com orientação”*. Opostamente, o aproveitamento de aprendizados anteriores, igualmente pouco lembrado, é valorizado em: *“trago pra cá experiências de outros empregos”*, referindo-se a antigos e atuais, tanto públicos como privados. Esta visão é

compartilhada, essencialmente, por aqueles que gostam de trabalhar em equipe multiprofissional, mas com *“espaço profissional respeitado, ou reconhecido”* e *“com divisão de tarefas e rodízio”* de fato acontecendo, conforme comentários de dois auxiliares e quase metade dos funcionários de nível universitário, excetuando-se os médicos. Para outros, falta uma *“avaliação por equipe, com as particularidades locais, e numa visão global”*. Dentro de uma visão coletiva, um servidor destaca o *“trabalho embrionário com grupos de pacientes, tendo que vencer obstáculos e criar, desenvolver, um setor na unidade”* para viabilização de infra-estrutura para o trabalho.

Para se considerar emprego principal, aparecendo como primeira citação, surgem em ordem decrescente os seguintes fatores: satisfação, liberdade, remuneração, estabilidade, jornada e aposentadoria. Assim, confrontadas as respostas de parte desta questão, com parte das respostas da questão sobre vínculo empregatício, pode-se explicar a quarta classificação dada à estabilidade, pelo fato de todos são estatutários. No entanto, um funcionário concursado, também de um dos outros municípios metropolitanos que entram casualmente na pesquisa (Rio de Janeiro, São Gonçalo e Duque de Caxias), expressa sua insegurança, porque é *“muita política”*. Outro já afirma que quem faz a estabilidade é o funcionário, *“a não ser que a firma vai falir !”*, o que, no grupo focal, alguns acenam como já estando em

acelerado processo. Julgam a aposentadoria integral, como *“chamariz para o serviço público, por isso se acabar vai desmotivar mais ainda o servidor”*. Um funcionário pretende aposentar pela proporcional ou abandonar, pois essa situação *‘tá me deixando nervoso.... a violência é assustadora’*, vinculando-a tanto ao ambiente externo, quanto a políticas institucionais, especialmente do poder central (União-Estado) que dilapidam os bens e serviços públicos e atingem os direitos adquiridos, achatando cada vez mais os proventos dos assalariados. Outro diz serem esses os motivos (estabilidade e aposentadoria) para se manter na unidade, pois ganha mais no segundo emprego, da rede particular. Para a maioria que possui mais de um vínculo e emprego fora das duas unidades pesquisadas, é apontado, como principal, por quase a terça-parte dos funcionários, o nível da União (ex-INAMPS, Hospitais da UFF e Militar, ex-Legião Brasileira de Assistência), atrelado, principalmente, ao fato de pagarem *“melhor”* em relação ao restante do serviço público e mesmo a muitos serviços particulares. O maior índice de *“satisfação”* é encontrado entre os funcionários da Secretaria Municipal de Saúde de Niterói, apesar de que, por esse mesmo motivo, igual número aponta o outro emprego, particular. Raros servidores possuem outros *“empreendimentos”* (artes, entre outros), mas em caráter informal e intermitente, que trazem satisfação, apesar dos escassos dividendos financeiros. Outros, poucos, sentem satisfação no hospital (público), pelo retorno mais visível e imediato, diferente

do posto, onde *“não há espírito de equipe..., angustiando ver o trabalho coletivo sendo preterido, principalmente, por migalhas de salário”*.

Liberdade é o que motiva a resposta dos quatro servidores que apontam como seu principal emprego, o Estado. Nota-se forte associação de jornada de trabalho com liberdade, isto é, a flexibilidade de trabalhar mais no mesmo dia para compensar outro, alegando que a população, não só não reclama, mas *“muitos até preferem”*, porque atendem com mais tempo, calma e melhor. Acreditam que essa distribuição interna pode ser diferenciada, desde que seja também no interesse do serviço prestado à comunidade. Associam a satisfação ao lidar com o público, servir, amenizar o sofrimento dos *“semelhantes”*. Um funcionário fala de sentir *“satisfação e liberdade”* no emprego (público) principal, mesmo mais longe, mas *“onde os pobres te valorizam”*. Outros pontos de vista selecionados são:

- *Nesse ponto, o trabalho tem um fator psicológico, de não ficar ocioso. Você vem trabalhar porque você conversa com o paciente, tem problemas pra resolver. Falta de vacina, falta disso, daquilo e, nisso, você faz uma terapia;*

- *Eu (me) propus fazer o melhor pra eles, um carinho especial pra eles que já estão com aquele sofrimento ali;*

- *Hoje em dia me sinto até feliz de ter algo pra poder passar pra aquelas crianças carentes; e*

- *Eu cumpro o meu dever.*

As jornadas de trabalho são diferentes, com “*privilegiamentos que desmotivam*”, pois como alguns servidores referem, a liberdade não é igual para todos. A liberdade diminui não só na direção dos que detêm menos “*poder*”, escolaridade, mas conforme a esfera de governo (maior cobrança do município). E ela é inversamente proporcional ao salário, ou seja, o Estado paga menos, então “*em troca*” oferece mais liberdade, “*finge que se paga e aí se finge que trabalha*”, confundindo-se o que é causa e o que é efeito. Para outros, essa permissividade significa autonomia profissional, indispensável ao bem servir ou atender com resolutividade. A relação jornada de trabalho-nível salarial é diretamente proporcional, como sintetizada na frase desse funcionário: “*se salário digno, eu abria e fechava a unidade, ultrapassando até a carga horária*”. Ainda que haja quem esteja “*lutando*” para trazer o outro vínculo, cerca da metade dos que têm este acúmulo, lícito, ressentem-se dessa opção, “*pois é como se tivesse nivelado por baixo*”, ficando mais clara a injustiça de se

estar fazendo a mesma coisa, mas sendo remunerado diferente. Mesmo sabendo que são concursos com editais distintos em termos de épocas, regimes jurídicos, etc, manifestam expectativa de direito de ajuste contratual, assimetricamente possível na iniciativa privada. Dois servidores afirmaram maior “retorno” de pacientes e de respostas a condutas na clínica particular, por causa da situação sócio-econômica mais favorável dos pacientes, como:

- Tudo isso desestimula a pessoa a trabalhar. Como que você vai ensinar a dar alimentação para uma pessoa bem pobre ? Isso desestimula muito mais. Num serviço particular, você ganha pouco também, mas os pacientes lá têm mais recursos e tem fiscal disso, daquilo... vários, só pra material.

No entanto, há quem dê depoimento diferente:

- Já trabalhei em hospitais particulares e a coisa não é assim..., existe uma (cortina de) fumaça. O serviço público, apesar de tudo, funciona. A gente 'tá aqui não pra mentir, enganar ninguém, vamos supor, se não tiver uma coisa. Se você não tem complexo B, você não inventa. Ele vai xingar. A gente vê esse pessoal saindo: “ah, não tem

nada...". Numa casa de saúde particular não sei se isso não acontece, não; entendeu ?

Independente do vínculo empregatício e demais diferenças entre alguns funcionários, de ambas as unidades, esperam concluir curso superior em saúde e ressentem-se de não contar com "biblioteca", ou pequeno acervo de material, catalogado para acesso fácil. Para outros, *"se oferecesse salário digno pra dedicação, com conforto mínimo", "se investisse mais no trabalhador, como determinadas multinacionais que respeitam a bagagem trazida e procura aplicar o que o profissional tem a oferecer",* pois *"essa nossa Instituição vai estagnando, deixando você à parte, te gelando, afastando..."* Em suma, é um sentimento de abandono e marginalização dentro *"de casa",* ou *"falta o mínimo de consideração pra com quem lida com a vida das pessoas e tem responsabilidade".*

Identificação sócio-profissional

Nesta parte é descrito o perfil geral das condições do agrupamento estudado, naquilo que se convencionou em administração de pessoal e mesmo na economia de recursos humanos, que evoluem do empirismo, taylorismo para o paradigma fordista, ainda existentes, até à gestão da qualidade total. Porém, os cruzamentos dos dados "objetivos" mostram algumas nuances,

não habituais, nesses tipos de trabalho para a área de saúde pública, só mais abordados nesta década, sobretudo por sociólogos sanitaristas.

A distribuição semanal das jornadas de trabalho é bastante variada, com funcionários de 20 horas, por exemplo, que vão 4 dias da semana na unidade, ficando, então, 5 horas ao invés de 4 horas. Entende-se melhor esta situação quando se cruzam estas informações com as falas sobre a carga horária total de trabalho por dia e com, principalmente, a inserção no mercado de trabalho. Isso explica porque se encontra elevada proporção de servidores (38%), em período integral. A maioria absoluta (24 entre 39) trabalha mais de 10 horas por dia. Nesses horários, são computados plantões em outros empregos, alguns diurnos, incluindo os fins de semana. Ambas as unidades possuem quase metade de seus servidores dando plantões fora. A situação piora quando são computados o tempo gasto em deslocamento entre trabalhos e o local de residência. Quase metade gasta mais de 2 horas, sendo que mais da metade são de nível médio (de escolaridade) e não necessariamente morando longe, exceto alguns, poucos, da Baixada Fluminense ou além de São Gonçalo (mapa no **Anexo A**). No entanto, mesmo os residentes nas proximidades ou com condução própria, reclamam do trânsito, que para os demais agrava-se com demora de mais de uma hora em

cada sentido (residência-trabalho-residência), revelando um nível de stress para esse problema.

De 43 servidores, mais de um terço trabalha só no período da tarde, outro tanto nos dois períodos. Esses resultados contrariam o “padrão” de concentração no período matutino, tradicionalmente de maior afluxo da população. Grosso modo, essa situação é atribuída a arranjos para poder manter os profissionais na rede. Mas, além da histórica desculpa de que se investem alguns casos, observa-se o funcionamento na base de plantões, semelhante a algumas clínicas particulares. Na unidade periférica, mais da metade dos entrevistados são de período integral, inclusive médicos, motivados pelo acúmulo lícito de cargos, por juntar dois períodos de vínculo diferentes do sub-setor público. Chama a atenção também, entre os trabalhadores da tarde, que quase todos são da unidade central, e destes, quase metade está justamente na pediatria, onde se encontra a maior demanda das unidades.

A chamada dupla e tripla militância de vínculos de trabalho, associa-se fundamentalmente, à necessidade de “*eleva o poder aquisitivo*”. A faixa de renda familiar mensal ficou compatível a um padrão de classe média, equivalente nas duas unidades. Quase metade (18), das faixas de rendas familiares, correspondem de 10 a 20 salários mínimos, portanto, acima da média do município, que

é superior à estadual e nacional, sendo poucos (5) até 5 salários. Os rendimentos familiares mensais, maiores que 20 salários mínimos, são conseguidos à custa da contribuição de outro integrante da renda. A relação de dependência econômica mostra a maioria (23) dos servidores com 1 ou 2 dependentes, e 8 servidores com 3 a 5, comprometendo a renda *per capita*. Entre os dependentes, a maioria é de filhos (inclusive maiores de idade), netos e pais. Este quadro vem sendo cada vez mais freqüente, devido a dificuldade de moradia. Um terço dos profissionais, especialmente de nível superior, entre os quais os médicos, apresentam situação de acúmulo de trabalho, sobretudo com o subsetor privado, predominando as casas de saúde e pronto socorros.

No subsetor público, a maioria (18) tem dois vínculos, em uma só esfera de governo ou em suas diferentes combinações. Entre estes, a maioria desenvolve atividades compartilhadas em consultórios ou outros negócios.

Quanto à natureza do vínculo, ainda no sub_setor público, existem 48 contratos. A origem das duas unidades é o Estado e por isso há uma predominância de seus funcionários, principalmente, na unidade central. Proporcionalmente, há um maior contingente contratado pela Prefeitura e Estado, sobretudo na unidade periférica. Entre os 15 servidores que acumulam com o sub_setor

privado, quase todos contribuem para a Previdência como autônomo e somente 20% têm carteira assinada por não estarem no regime de dedicação exclusiva.

7. DISCUSSÃO

Com base nos pressupostos teórico-metodológicos delineados anteriormente, onde se pontua a linha hermenêutico-dialética, analisam-se os conteúdos discursivos dos servidores, conteúdos esses que se revestem de sentidos ou representações especiais, porque peculiares aos atores de uma dada realidade político-social¹⁴⁵. Ainda com reminiscências descritivas, às vezes propositais, mas tendentes para uma narrativa do vivenciado, observa-se, mais nitidamente, o que se chama desenvolvimento profissional. Este *desenvolvimento* é fruto dos próprios processos de educação e trabalho, que ora estão tão distantes a ponto de se perderem, ora tão próximos que se tornam indiscerníveis, mas sempre imanentes a sua contemporaneidade histórico-cultural^{13,32}. Ao se procurar localizar *virtuais revelações* na triangulação formada entre educação, saúde e desenvolvimento técnico-institucional e sócio-econômico, ou melhor ainda, cultura-trabalho-estado, este, enquanto representação de direito público e privado, segundo concepções **metajurídicas**¹⁴, descortina-se uma gama tão significativa de possibilidades que, na busca do entendimento, por momentos, se perdem mais respostas do que as encontram. Este eterno processo de des/construções, instiga, pretenciosa e sorrateiramente, novas descobertas, de como sair das encruzilhadas surgidas, para se aproveitar ao máximo o material

gerado, em cujas “entrelinhas” pode estar oculta alguma refutação, promissora de soluções ou esclarecimentos.

Após essas observações e a análise de diversas propostas potenciais, esboços explicativos ou de modelos lógicos⁹¹, opta-se por uma apresentação que privilegia as manifestações verbais dos entrevistados, através de sua simbologia dialética⁶. Dentre as variáveis, intervenientes nos processos de educação e trabalho, extraem-se aquelas mais representativas, desde que, dos múltiplos recortes dos conteúdos empíricos das entrevistas, se originassem textos abertos a novas questões.

Assim, pôde-se verificar as contradições existentes num processo que conduz ao desenvolvimento profissional calcado nos problemas, entre outras realizações pessoais, vividos no dia-a-dia do trabalho dessas unidades. Cada uma dessas categorias analíticas, empiricamente priorizadas, induz, ainda, a tantas interpretações, e, em consequência, intermináveis recortes epistemológicos^{16,175}, que é necessário selecionar as conclusões.

7.1 Comentários adicionais

Contrariando as rígidas definições do objeto e sujeito, destaca-se o caráter específico entre o ser humano e a sociedade. Concorde-se com MINAYO¹²³ (1994), quando afirma que “esse

*objeto que é sujeito se recusa, peremptoriamente, a se **revelar** apenas nos números ou a se igualar com sua própria aparência” (grifo do autor).*

Pesquisar sobre o binômio saúde/doença, bem como educação-trabalho, “*significa dificuldades de aproximação do objeto, de vencer dicotomias analíticas, de se mover no terreno da totalidade das dimensões que o fenômeno... **revela e oculta**” (grifo do autor), pois “tal como é pensado neste trabalho, o conceito... retém ao mesmo tempo suas dimensões estruturais e políticas e contém os aspectos histórico-culturais de sua realização” (MINAYO¹²³, 1994).*

Para o desenvolvimento de um serviço de saúde eficaz à população, mais que o delineamento da problemática dos recursos humanos, porque já relativamente conhecido⁸⁹, importa procurar os meios adequados ao enfrentamento e a superação desses problemas, em especial aqueles latentes, óbvios e esquecidos no cotidiano do trabalho. Ao se buscar a simplicidade, a facilidade, por princípios ideológicos e coerência ao que se vive, não significa fugir dos problemas relevantes. Em particular, nos serviços de saúde pública no Brasil, pródigo em conflitos intra e intergrupais, deve ser definido o uso da metodologia conscientizadora-problematizadora como a defendida por FREIRE, GRAMSCI e outros educadores^{6,73,94,147}.

A escolha do organismo e do local leva em consideração o processo histórico do setor saúde no Brasil, especialmente nas últimas décadas^{103,120}, pela sua influência no imaginário social da comunidade e dos funcionários que freqüentam os serviços⁷¹. Não que a população tenha de ser investigada, mas captada, indiretamente, por ser a razão e sujeito do trabalho profissional. O serviço deve ter uma base geo-epidemiológica com áreas de abrangências para a adstrição da clientela, que através da vigilância à saúde¹³⁶, avance para o desenvolvimento de um SILOS e, com ele, promova o SUS.

O papel dos processos educacionais no desenvolvimento profissional é o de instrumentalizar os recursos humanos para lidar eticamente com a população, inclusive desempenhando função educativa que deve se pautar em uma socialização democrática entre seus saberes culturais e condições de vida⁶⁵.

O estudo de caso presta-se a avaliações comparativas em ciências sociais (antropologia e política)¹²⁹ e coaduna-se a análise institucional, que a associa à história clínica, enquanto observação direta e prática da realidade^{6,48,91}.

Mais do que os problemas diagnosticados, busca-se a demonstração de caso⁶⁶, com ênfase na análise processual¹⁰² da

rede explicativa de causação dos problemas, incorporando produtos/resultados, conforme defendido por diversos autores^{129,164,173}. Isso, logicamente, sem se prescindir dos efeitos coadjuvantes ou colaterais do contexto, da instituição e dos atores diretamente envolvidos pela pesquisa, visando a estruturação e efetividade do sistema local de saúde¹³².

A composição da equipe de saúde, mitificada, na maioria das vezes, por um ideal que negligencia seu inerente conflito interno, reprodutor de seu meio social^{89,166}, é dependente também da estrutura das unidades de saúde, da disponibilidade dos profissionais no mercado e das características da demanda comunitária, além de outros fatores ou fenômenos mais subjetivos e intrínsecos à dinâmica do cotidiano do trabalho. Adota-se, assim, uma concepção dialética de equipe que se refaz e se desfaz no desenrolar das atividades diárias ou mesmo momentâneas, cujas múltiplas relações acabam mostrando aqueles profissionais com mais ou maiores interfaces e contradições.

Assim, ao se falar em desenvolvimento profissional no sistema de saúde, verte-se sobre a formação da sociedade em que se insere a prática social, tecnológica, cuja experiência e análise se busca, ora explícita ora implícita, nos problemas vividos no dia-a-dia do trabalho, possíveis respostas ou explicações.

Os fatos ou fenômenos sócio-culturais refletem-se nas opções teórico-metodológicas que embasam os tipos de entrevistas e as formas de sua realização, em um dado tempo histórico e espaço político.

Em se tratando de pesquisa no cotidiano do trabalho, subentende-se a questão do senso comum, porém não como mera norma funcionalista, que o subjulga. Sequer se contenta com o diagnóstico fenomênico-estruturalista, mas antes, como a expressão dos *“conflitos e diferenças que existem no setor(saúde) e as condições de classe da população”* (MINAYO¹²³, 1994).

Deseja-se que, conforme a necessidade, do grupo focal se derivem outros, para os mais variados fins, alguns identificados em etapas anteriores da pesquisa, entre eles, a formação de grupos de discussão de servidores e de re/ativação de determinados programas de saúde⁸⁷. No caso, o grupo focal, ao lado de outras estratégias, contribui ou acelera um processo que, em diferentes fases, já se encontra em vias de concretização, reforçando-lhe o caráter multiprofissional e o relevante componente educativo. No conjunto deste trabalho investigativo, busca-se identificação com a pesquisa-ação, pesquisa participante^{6,79,169}, no entanto, acaba se limitando, por motivos técnicos, basicamente de extemporaneidade em seu planejamento. O grupo focal reúne elementos constitutivos

que se assemelham aos do grupo operativo desenvolvido por PICHÓN-RIVIÈRE¹⁴⁷ (1986) e à técnica de estimativa rápida, com seus informantes-chave^{136,137}. O grupo focal, conforme MINAYO¹²³ (1994) *“se presta ao estudo de representações e relações dos diferenciados grupos de profissionais da área, dos vários processos de trabalho da população”, funcionando “como um dos foros facilitadores de expressão de características psicossociológicas e culturais”* (WESTPHAL¹⁸⁷, 1996), portanto com um alcance além de seu caráter complementar para aprofundar os problemas ou como fonte adicional de dados^{68,123}.

Na busca da compreensão de valores culturais e representações de determinados grupos sobre *temas* específicos¹²³, o perfil heterogêneo dos participantes (intragrupal), em termos funcionais e de visões/posturas, destarte, faz com que estas irrompam mais facilmente, por seu turno, devido à tentativa e bem sucedida homogeneidade intergrupar. Ou seja, os pontos de concordâncias e discordâncias mais evidenciáveis em grupo são otimizados, o que, não raramente, se consegue com um só grupo e sessão. Com momentos mais e menos proveitosos, o rendimento deve-se, em parte, a presença de um moderador, fortuito provocador, e a colaboração de um observador para criticar e analisar, *a posteriori*, particularmente, as expressões não-verbais, inclusive do moderador/coordenador, uma vez que a reunião só é gravada, no caso, em áudio^{129,152}.

A busca de entendimento entre o falado (ou escrito) e o cognitivo (percebido ou concebido), dá-se no confronto do empírico *versus* o teórico, gerando e gerado por algum poder simbólico existente^{16,53}. Mais que isso, se vivenciam, em particular, as tensões crescentes entre diferentes culturas^{106,107} a parte e o todo, as informações pessoais e conjunturais, a intensidade e a extensibilidade dos problemas¹³³.

Observam-se fatos, ou mesmo apreendem-se falas, recorrentes ou convergentes, atentando que isso não significa obrigatória importância. Nem sempre o observável, o visível, pode ser detectado¹⁵². Ainda, pode-se obter dados que só evidenciam padrões e tendências, indiretamente ou através de uma análise posterior.

Assim, a análise documental, fruto de observação da realidade do trabalho e sua ambiência totalizada, é confrontada com o discurso, composto pelo conjunto do material recolhido, como indicador substantivo dos problemas relacionados ao desenvolvimento profissional e ao sistema de saúde em construção.

Da análise dialética do conteúdo dos discursos, tiram-se conclusões contraditórias e complementares, que são cotejadas

por situações paradigmáticas e referenciais bibliográficos, procurando desvendar singularidades dos processos de educação e de trabalho, que se propõem capazes profissionalmente, a serem geradores/recuperadores da saúde. Essas contradições, dialeticamente interpretadas, não apresentam obrigatória mútua exclusão entre o que é **velado** e o que é **revelado** no cotidiano dos serviços^{10,35,152,175}.

Segundo QUEIROZ¹⁵² (1991), *"quanto menos conhecido, maior o peso do acaso ou da contingência"*. Porém, a situação diametralmente oposta não é simétrica, por não excluir o risco de desconhecer o que realmente ocorre ou justifica determinadas condições de trabalho. Por isso busca-se a re/velada potencialidade dos problemas sofridos, cotidianamente, no serviço, ou trazidos, de casa, ou da rua, a ele.

Parte-se de uma retrospectiva histórica e crítica, para se distinguir as categorias analíticas e empíricas, especialmente esta última. Interrogam-se as evidências ou obviedades, sem niilismo ou insistência no inexplicável, pois *"nem sempre esse momento de interpretação dos dados pode ser captado, apenas, através das representações sociais"* (MINAYO¹²³, 1994). Isto reforça a importância da **triangulação**¹⁶⁹, que vai clareando o objeto, à medida em que se avança na ordenação dos dados das entrevistas (individuais ou grupal), extraídas das observações de campo, de

documentos institucionais e da literatura científica, como um mapa ampliado, cujos detalhes passam a ser, então, mais nitidamente visíveis. No processo exploratório, essencialmente hermenêutico-dialético, a identificação do núcleo de compreensão do texto⁷, pode se constituir em uma ou mais categorias empíricas ou analíticas que funcionam, sob certo prisma, como variáveis hipotéticas.

O material empírico é o ponto de partida e o de chegada, sendo o produto "final" sempre transitório, porque motiva sua análise, a desafiar as incógnitas da vida. Como para MINAYO¹²³ (1994), *"a interpretação, além de superar a dicotomia objetividade versus subjetividade, exterioridade versus interioridade, análise e síntese, revela que o produto da pesquisa é um momento de práxis do pesquisador"* (grifo do autor), cuja vida deve também estar em permanente processo de educação e auto-crítica.

Alguns resultados propiciam conclusões mais gerais e imediatas. Os dados subjetivos dos dois instrumentos dão mais trabalho de análise, porque em diferentes graus, vão se mostrando genéricos e, paradoxalmente, com certa frequência, exibem suas singularidades. Afinal, conforme MINAYO¹²³ (1994), *"é nas determinações particulares que o método vai buscar o nexos explicativo das totalidades concretas"*. A cada releitura das respostas, suas questões/problemas centrais são reforçadas ou

rechaçadas, transformando-se em material infinitamente analisável, mas que, sob os referenciais e objetivos da tese, tornam-se também mais elucidativas.

7.2 Considerações finais

As categorias analíticas iniciais, em confronto com as empíricas, brotadas dos discursos específicos, tanto se desdobram, em sub-categorias, quanto se imbricam, englobando-se e enriquecendo a análise. Isso ocorre na medida que se procura contemplar radicalmente todos os problemas apontados e objetivos propostos na pesquisa, buscando todas as possibilidades interpretativas. No entanto, esse exercício já faz parte do processo de re/totalização, cujos referenciais afloram no proceder da análise. Nesse sentido, é importante, mais uma vez, o trabalho de seleção de relevância, pois a análise de conteúdo proporciona variados recortes da realidade e permanente aprofundamento, resultando em e resultante dos processos de categorização.

Respaldados em DETIENNE³⁹ (1981) e TRIANGALI¹⁷⁸ (1984), são evidenciados os fenômenos da metáfora, da *mímesis* e da metalinguagem. A **metáfora**, aparece, algumas vezes, com a ironia tragicômica da situação, a *mímesis* se identifica com a repetição, sobretudo, como reforço, e a **metalinguagem** é denotada com as representações ideológicas, particularmente,

sugerindo modelos e conceitos. Na categorização, especialmente a figura metafórica, faz um jogo, de **esconde-e-desvela**, de significados histórico-culturais que se processam num movimento de decodificações e recodificações. Esse processo nada mais é que a análise de um conteúdo carregado de emoções e posicionamentos de ordem psicossocial, diante dos colegas da trabalho, dos meios de comunicação, das políticas públicas, da vida, enfim.

Assim, das falas destacadas no capítulo anterior associadas às observações, percebe-se ainda uma crença, especialmente entre os servidores não-universitários, em reações intuitivas ao lidar com a população, que merece maiores investigações, no sentido de seu desenvolvimento em bases científicas⁹¹, semelhante ao estado de vigilância epistemológica de BOURDIEU apud THIOLLENT¹⁷⁵ (1987) e tal como é visto, por exemplo na música⁴. Tida como fase primitiva da empiria, a improvisação, essencialmente intuitiva, que até técnicas possui, demonstra uma capacidade de adequação, uma espécie de tecnologia cognoscível, cujos resultados, em dada situação, podem salvar vidas. Nada mais importante para captar o “entediado” cotidiano do que uma percepção intuitiva, ou sexto sentido, habilmente desenvolvida nas profissões artísticas. A intuição, sob certa medida, semelhante ao que acontece com a pesquisa qualitativa, é rejeitada por não dispor de normas fixas, padrões estáticos ou procedimentos

rígidos. Ao se ampliar o leque de opções instrumentais, especialmente por aguçada observação, facilita-se a reaproximação das ciências médicas ou da saúde, com as ciências das artes, que inclui desde a forma de tratar o paciente até lidar com a vida. Essa observação, participante, pressupõe saber comunicar-se, escutar, perscrutar a realidade. O resgate da arte de observar e das artes em geral, no exercício pleno de uma profissão competente, sem voltar a cair no empirismo¹⁷⁵ das vocações, dons, deterministas do passado, obriga a abertura para novos e antigos campos do conhecimento, justificando o enfoque histórico-cultural. A clareza de visão atrela-se ao posicionamento crítico diante do mundo, que o conjunto dos servidores entrevistados mostra, através de leituras subentendidas em suas linguagens cotidianas³⁰.

Apesar de, em um primeiro momento, se omitir ou ironizar, predominam, no pessoal de nível médio de escolaridade, as noções de bom senso e *senso comum*, enquanto reproduções de ideologias dominantes, mas carregadas de um potencial transformador^{6, 89}, que em sua busca enseja compreensão.

Em parte relacionada à preocupação científica difundida, quase exclusivamente pelos profissionais de nível superior, a *condição* de se ter as “coisas” (acontecimentos) escritas, denota um nível de desinstitucionalização da saúde pública, que é

corroborada pelos questionamentos feitos quanto aos rumos do SUS, das reformas administrativas e do estado brasileiro, cujas repercussões na vida de cada pessoa, são sinais de alerta. Noutra vertente, a preocupação com os papéis, documentos, associa-se às normas, algumas vezes, claramente, de ordem burocrática, como em determinados programas de saúde, mais propensos aqueles verticalizados, que assim se comportam.

É um engano pensar, que a *alienação*, muitas vezes imposta pelo próprio processo de educação⁶ e trabalho, embote a *consciência social* de seus deveres éticos. Várias falas e vivências observadas no cotidiano, confirmam isso, no mínimo o conhecimento de informações, ao cobrarem maior participação gerencial, avaliação de mérito, retorno das pesquisas^{24,114}. Também, visualiza-se *conscientização* nos ceticismos e interesses pelo trabalho educativo, ainda que em grande parte restrito a orientações técnicas. Os conflitos de classe notados, tendem a ser minimizados¹⁷⁵ ou assimilados sob um discurso dos superiores, como que arte de sobrevivência. Algumas vezes, essa arte de convívio é particularizada para cada grupo de categorias profissionais (auxiliar com o enfermeiro, nível universitário com o médico, subalternos com seus respectivos chefes), traduzindo, uma tensão velada ou subliminar^{6,106} permanentemente. No entanto, a maior parte das vezes, as tensões são remetidas à estrutura institucional, numa violência concretizada, como

apontam, principalmente, em relação aos baixos salários pagos pelo Estado¹⁷⁷, como que só mostrando a ponta de um *iceberg*.

Através da discussão sobre diferentes *culturas*, dos profissionais e da população, é reconhecida a violência *simbólica* que exercem as repercussões das políticas públicas institucionalizadas⁶. As idéias preconcebidas, pior que a preocupação⁸², constituem-se, algumas vezes, um desrespeito aos direitos e culturas¹⁷⁵ do consumidor e, também dos profissionais, quando se generalizam imagens/opiniões, no cotidiano ou na mídia, rotulando, denegrindo, e já determinando o futuro dos pacientes e dos profissionais, como predestinados à incompetência para o sucesso. Essa violação, apesar de se fazer através dos servidores, retorna a eles por meio de ameaças (terrorismo psicológico) de desemprego, por exemplo, quando anunciados por governos neoliberais, como os que têm dominado o poder público.

A violência encontra, geralmente, como grande aliado, os meios de comunicação de massas, em especial a veiculada pela televisão, que abusa de seu poder de fascínio. Os problemas de contra-informação, a maioria, intencionalmente, engendrada pela mídia, não são esquecidos pelos servidores das duas unidades. Porém, eles agregam, involuntariamente, às suas linguagens técnicas, as falas populares e literárias que revelam, às vezes, os pequenos prazeres da vida, como os esportes, as artes, o lazer⁶,

inclusive forjado pela mídia. A questão da cultura ressurgiu, assim, timidamente, no cotidiano do serviço, pois a ciência hegemônica, da qual os profissionais são excelentes porta vozes, não permite sua espontânea manifestação, constituindo-se importante objeto da **metacrítica**. Tal como observado por KOSIK⁹⁴ (1989) *“a crítica iluminística, ao retirar do homem a religião... criou uma imagem falseada da realidade social”* e *“as noções de cibernética contribuíram, incomparavelmente, mais para o conhecimento da natureza específica do homem do que... teses especulativas...”*. A especulação tem sua validade, quando busca teorias explicativas que conduzem à compreensão ou predição⁹¹ dos fatos/problemas enquanto previsão, prevenção e, cujo objetivo pedagógico-profissional, pressupõe análises e sínteses^{151,152}.

Nas relações de transferência entre os pacientes e os profissionais (técnicos ou gerentes) é possível visualizar diferenças dos papéis sociais de cada um desses atores, no desenvolvimento profissional. Não se limitam as ações do servidor, mas através dele, por mais sofrido (dramático) que seja lidar com a doença, o risco da morte. É, basicamente, ver com os olhos deles, o que dá, na maioria das vezes, uma consciência política, fracamente engajada em alguns movimentos contestatórios, tentando aproximar-se da realidade, de seu objeto-sujeito de trabalho^{1,65,144}. Nesse fenômeno, de contra/transferência psico-emocional, poucas vezes explicitado, surgem associações com as

concepções e ações, em grande parte conflituosas, entre a comunidade e os profissionais, ainda que refiram a uma certa harmonia¹⁰⁶.

Se por um lado, os servidores referem um equilíbrio nas relações interprofissionais e com a comunidade, por outro, denunciam a sua ruptura, ao avaliarem as relações com a estrutura de governo. O processo contraditório é visível quando reconhecem o valor dos princípios do SUS, mas não deixando de apontar suas falhas operacionais. Esses momentos de denúncia coincidem com situações vividas por outros funcionários em diferentes tipos de unidades (secundária, de elevada complexidade)¹¹⁶. Os efeitos de um processo caótico de organização de serviços, tanto acarretam malefícios aos seus próprios agentes (profissionais e comunidade), quanto podem significar abertura para mudanças. Esta situação de mudança deixa vulnerável a própria instituição à falsa imagem de que se goza, no serviço público, o *laissez-faire* desfrutado por uma minoria e em determinadas empresas.

A questão do trabalho, principalmente, traz implicações ao desenvolvimento profissional, motivados pela generalizada necessidade de múltiplos empregos, inclusive informais, para o enfrentamento da crescente queda no padrão de vida. Fica claro que “apesar de todas as dificuldades econômicas e sociais, as pessoas vivem” (MAFFESOLI¹⁰⁶, 1995), mesmo em condições de

luta, propensas ao *stress* e outras patologias que afetam a sua qualidade de vida e da população. Com tantas vicissitudes na vida e no trabalho, agravadas por novas políticas de emprego e até desemprego, esta última ainda não atingindo o setor saúde, é difícil manter o ânimo, a não ser com um recurso compensatório de comparação do que pode ser pior, nivelando-se por baixo. É mesmo difícil conciliar a pretensa e antiga busca da qualidade total dos serviços^{26,42,131}, que têm consciência e aspiram, através de um desenvolvimento profissional calcado em processos de trabalho inserido num contexto sócio-econômico tão adverso.

É discutida, em dissertação de profissional de uma das unidades pesquisadas, a alternativa de empresa social e o papel do trabalho, na vida do cidadão em luta por seus direitos legais¹⁵⁴. Compete aos próprios trabalhadores tomar a decisão sobre as alternativas viáveis que, em parte, começa antes, ao escolherem os dirigentes máximos do Executivo e Legislativo, nas três esferas de governo. Isto representa, mas difere da política de globalização da economia, onde se hipertrofia a competitividade externa (geográfica) e interna (corporativa), que vem sendo difundida por algumas administrações, via programas de qualidade estreitos e cujos resultados (inclusive os negativos) são, não raro, contabilizados como responsabilidade do servidor ou da equipe. A problemática do excesso de autonomia, técnico-profissional e político-gerencial corre esse risco. É desafiante estabelecer a

qualidade do atendimento e a própria intervenção gerencial onde há pressão de tempo (urgência) sobre a calamitosa e crônica situação econômico-social do paciente, que se torna ainda mais relevante, quando se verifica o enorme distanciamento, para a população mais pobre, em conseguir qualidade de vida. Assim, é reaceso o problema da necessidade de internação em hospitais-dia ou mesmo de crônicos, como para determinados casos de tuberculose, com crescente incidência, associada à AIDS, sendo mais suscetíveis, até por seus elevados números, as camadas mais inferiorizadas da população, apesar de acometer, igualmente, diferentes classes sociais. Esta realidade, clareia simultaneamente, as limitações do desenvolvimento profissional, mostrando sua necessidade de inserção maior na sociedade da qual se origina, numa tentativa, na maioria das vezes, frustrantes, de responder sua função institucional e social¹⁰⁸. Essas limitações são constantemente evocadas, mais para justificar o que lhe extrapola, do que para explicar a realidade local, onde tudo pode ser reproduzido.

A tecnologia e a modernidade enquanto produtos histórico-culturais, retroalimentam-se e subsistem por suas vinculações político-ideológicas a determinados grupos de *poder*^{63,80}. O modernismo fica, muitas vezes, restrito aos recursos tecnológicos, administrativamente reduzidos a aparelhos, e à idéia de mudança, nem sempre significando melhoria, que faz sofrer um laborioso e

longo processo, apesar do prometido futuro para hoje⁵⁰. Muitas das preocupações dos trabalhadores entrevistados são detectadas pela abordagem antropológico-social, apropriada à metodologia qualitativa utilizada, e insere-se, perfeitamente, nas dificuldades da conjuntura mundial, típicas da chamada pós-modernidade^{13,32}. Destaca-se aqui a medicalização praticada pelos profissionais, como forma de *poder*, sob o modelo biomédico⁵⁸ abusivo, às vezes, e seguido in/voluntariamente pelos demais integrantes da equipe, mesmo eles demonstrando-se conhecedores sobre o caráter processual dos binômios saúde-doença e prevenção/cura, ou conscientes do triângulo formado, dinâmica e energeticamente, entre a educação, o trabalho e a sociedade.

A educação é citada num sentido inespecífico, escolar e familiar, mas reforçada como trabalho educativo que, apesar do mútuo esforço de entendimento e explicação, contraditoriamente, é considerado, quase sempre, inócuo, entre pacientes e profissionais. As barreiras educacionais, nas falas dos servidores, estão atreladas à dimensão cultural, resgatando, em parte, o importante entrelaçamento desta com o nível de saúde da população e o desenvolvimento profissional²⁵. Pesquisas anteriores, feitas na cidade do Rio de Janeiro, também repetem várias situações aqui encontradas, relacionadas à “*crise de interpretação*” ou “*consciência sanitária*”, que SARTRE apud VALLA^{185,186} (1995,1994) salienta ao “*tomar o ponto de vista dos*

desfavorecidos". O entrelaçamento entre educação, cultura e tecnologia é consubstanciado em paradigmas que norteiam as práticas sanitárias, conforme verificado em determinados trabalhos, inclusive em Niterói^{3,132}. Na interface dos processos educativo-laborais, ocorre um engendramento sub-reptício da tecnologia, enquanto recursos físico-materiais e humanos, fazendo com que a população passe também a valorizá-la como um fim em si mesmo¹⁴⁹. Essa questão é notada nas falas dos servidores, de forma conciliadora e, às vezes, amplamente difundidos na mídia.

Este trabalho parte da generalização de alguns aspectos histórico-culturais, passa pelo referencial do cotidiano com suas singularidades, e retorna a determinados acontecimentos, após tentar apreendê-los, encerrando, ao menos, provisoriamente, um ciclo de produção, que se espera gerador de conhecimentos teóricos e , sobretudo, práticos. Assim, o caráter universal das experiências problematizadas nas duas unidades, objetos desta pesquisa, é referendado quando comparado com outros relatos na literatura. Este caráter se dá, basicamente, por estarem sob semelhantes modos de produção, do sistema capitalista, mesmo em sociedades com diferentes histórias de sua formação social. Em alguns casos evidenciam-se influências histórico-conceituais e político-operacionais, tal qual resumido na introdução deste trabalho, contemplando desde situações mais próximas em

Niterói^{3,116,128,132,154}, outros Municípios e Estados^{33,115,162,185,186}, até determinados países^{20,73,132}.

São levantadas pelos entrevistados, algumas questões que, pela sua relevância, merecem ser investigadas, preferencialmente através da análise institucional da pesquisa-ação, participando, com efetividade, desde os órgãos centrais até as comunidades locais. A simples menção de um fato além da provável inoportunidade, denota um esperado desdobramento da realidade cotidiana dos serviços em relação às atividades, com maior potencial para o desenvolvimento profissional e institucional, e cuja utilização plena é tradicionalmente desmerecida em detrimento de eventuais cursos teóricos. Fala-se, da política de absorção na rede, de projetos matriciais de desenvolvimento gerencial, como o de Gerência de Unidades de Saúde - GERUS¹²⁵ e outros que trabalham o planejamento estratégico situacional^{59,158}, a vigilância à saúde¹³⁶, e as informações para a metanálise⁹⁶ e a educação e comunicação em saúde^{11,137,138,139}.

Desse modo, não se esgotam as propostas e reflexões que trazem, ao contrário, reforça-se a relevância de se ampliar este tipo de trabalho investigativo a todas as demais unidades, e mesmo nessas, de forma verdadeiramente participativa e propiciadora do desenvolvimento profissional para todos os servidores da instituição^{24,115}. Apesar de alguns avanços obtidos

nos últimos anos, repletos de imensos obstáculos, surgem diversas sugestões, do que se pode fazer, mudar e evitar, a maioria dedutível entre os discursos dos funcionários. Nestas, e possivelmente em outras unidades, as ações precisam ser integradas de modo coeso, como grupos-sujeito⁶, ao seu entorno geo-institucional, como referenciais para os módulos do programa médico de família, ampliando e mudando a porta de entrada para os hospitais. Isso pressupõe caminhar junto com a comunidade, rumo à intersectorialidade, ou seja, mobilizando outros equipamentos sociais, mediante alianças, na busca da qualidade de vida e pleiteando seus direitos de cidadão pleno⁷⁸. Necessita-se mais que o reconhecimento da importância de seus envolvimento e da eficiente execução dos projetos ou modelos idealizados; requer-se a concomitante e conflituosa manutenção, troca e mudança de diferentes culturas, política e historicamente determinadas.

Assim, o desenvolvimento profissional diz mais de instituição social e de mundo da vida, de que tratam, entre outros, *BARBIER*⁶ (1985) e *HABERMAS*⁷⁷ (1988), do que ele *per se*, porque reproduz a situação local vivenciada no cotidiano e que é, dialeticamente, projetada para outros campos e níveis do conhecimento. É um **desenvolvimento** que parte da problematização da realidade conjuntural no **sistema de saúde** para uma conscientização social, intrinsecamente vinculada ao

contínuo questionamento, **re/velando** os *processos de produção e educação*, numa *utopia* necessária ao ser **profissional**.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ALBUQUERQUE, L.G. Como o Brasil cuida de seus recursos humanos, *Jornal da USP*, São Paulo, 16 nov 1992. p. 8-9.
2. ALENCASTRO, L.F. Um bom começo. *Veja*, São Paulo, 30 dez 1992. p. 7-9.
3. ALVES, E.M.C. Contribuição ao estudo da prática do enfermeiro no centro cirúrgico. Rio de Janeiro, 1993. [Dissertação de Mestrado - Escola de Enfermagem/Uni-Rio].
4. ANDRÉ, M.E.D.A. O uso da técnica de análise documental na pesquisa e na avaliação educacional. *Tecnologia Educacional*, Rio de Janeiro 46:44, mar 1982.
5. BABBOTT, D. et al. Early specialty preferences. *JAMA*, 259 (13): 1970-5, 1988.
6. BARBIER, R. *A pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro, Zahar, 1985.
7. BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa, Edições 70, 1979.
8. BARELLI, W. Comentários. In: Seminário Interdisciplinar da Associação Brasileira de Estudos do Trabalho, São Paulo, 1991. *Anais*. São Paulo, IEA-FEA/USP, 1991. p. 316-9.
9. BARKER, A. A segunda fase da terceirização. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 12 fev 1993. p. 3 [Caderno: Empresas].
10. BERTAUX, D. From the Life-history approach to the transformation of sociological practice. s.n.t. [CNRS, Paris].

11. BICUDO PEREIRA, I.M.T.; WESTPHAL, M.F.; STEWIEN, G.T.M.
Percepções do médico-chefe a respeito de atividades educativas em postos de assistência médica. *Rev. Saúde públ.*, São Paulo, 25(4): 306-14, 1991.
12. BINDER, D. & CROSSETTE, B. Nova ordem mundial. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 14 fev 1993. p. 16-17. [Cad. Internacional].
13. BLACKBURN, R., org. *Depois da queda*. 2^a ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1993.
14. BOBBIO, N. & BOVERO, M. *Sociedade e estado na filosofia política moderna*. 4^a ed. São Paulo, Brasiliense, 1994.
15. BOESI, C. & MELO, C. Organização do distrito sanitário no SUS. *Divulg. Saúde Debate*. 4:53-7, 1991.
16. BOURDIEU, P. *O poder simbólico*. Lisboa, DIFEL, 1989.
17. BOZZINI, L. Local community services centers (CLSCs) in Quebec: description, evaluation, perspectives. *J. Public Health Policy*, 9(3): 346-75, 1988.
18. BREILH, J. *Epidemiologia: economia, política e saúde*. São Paulo, UNESP/HUCITEC, 1991.
19. BRITO, P.; NOVICK, M; MERCER, H. El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones. *Educ. Med. Salud*, 1 (27):4-31, 1993.

20. BUSS, P. M. & LABRA, E., org. *Sistemas de Saúde: continuidades e mudanças*. São Paulo - Rio de Janeiro, HUCITEC/FIOCRUZ, 1995.
21. CALIFANO JUNIOR, J.A. A caótica e onerosa assistência à saúde nos EUA. *Contact*, 66: 13-16, 1989. [Conselho Mundial de Igrejas, Genebra/São Paulo].
22. CAMARGO, P. Assistência médica supletiva atende 32 milhões de pessoas. *Diário do Comércio e Indústria*. São Paulo, 20 Set 1992. p. 3.
23. CAMPOS, D.M.S. *Introdução à pesquisa em psicologia: aspectos metodológicos*. Petrópolis, Vozes, 1973.
24. CARVALHEIRO, J.R. Investigação em serviço de saúde: qual é o seu problema ? *Saúde e Sociedade*, 3(2):64-111, 1994.
25. CARVALHO, J.W.S. *A relação trabalho e conhecimento nos programas de educação para o trabalho*. Rio de Janeiro, 1993. [Dissertação de Mestrado - Escola de Administração de Empresas/FGV].
26. CASTELAR, R.M.; MORDELET, P.; GRABOIS, V., dir. *Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro*. Rennes - Rio de Janeiro, Ed. Escola Nacional de Saúde Pública, 1995.
27. CAULLIRAUX, H.M. Organização da produção na indústria de informática brasileira: autonomia/competência. In: *Seminário Internacional sobre Padrões Tecnológicos e Processo de Trabalho*. São Paulo, 1989. *Anais*. São Paulo, FFLCH-FEA/USP e IG/UNICAMP, 1989. p. 191-208.

- 28.CENDOTEC. O sistema de saúde francês. *Contacto*, 21(4):4-10, 1991. [Centro Franco-Brasileiro de Documentação Técnica e Científica, São Paulo].
- 29.CERTEAU, M. *A invenção do cotidiano: artes de fazer*. Petrópolis, Vozes, 1994.
- 30.CHOMSKY, N. Linguagem e pensamento. 2ª ed. Petrópolis, Vozes, 1971.
- 31.CIDEAL. Informe sobre desarrollo humano. Madrid, PNUD, 1993. [Centro de Comunicación, Investigación y Documentación entre Europa, España y America Latina].
- 32.CONNOR, S. *Cultura pós-moderna: introdução às teorias do contemporâneo*. 2ª ed. São Paulo, Loyola, 1993.
- 33.CORNETTA, V.K. Municipalização da saúde: conhecimentos e opiniões de funcionários e opiniões de usuários. São Paulo, 1995. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública/USP].
- 34.CORVINO, M.P.F. A educação continuada de médicos nos serviços públicos de atenção primária à saúde. São Paulo, 1991 [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública/USP].
- 35.COSSUTTA, F. Pour une analyse du discours philosophique. *Langages*, 119:26-8, 1995.
- 36.CUNHA, J.P.P. Niterói-Rio de Janeiro. *Espaço para a saúde*, 0:25-9, 1994. [NESCO, Curitiba].

- 37.CURI, P.R. Agrupamento de países segundo indicadores de padrão de vida. *Rev. Saúde Pública*, 27(2): 127-34, 1993.
- 38.DEMARTINI, Z.B.F. Trabalhar com relatos orais vale a pena: reflexões a partir de uma trajetória de pesquisa. In: Reunião Anual da ANPED - 15^a , Belo Horizonte, 1992. *Anais*. Belo Horizonte, UFMG, 1992.
- 39.DETIENNE, M. *L'invention de la mythologie*. Paris, Gallimard, 1981.
- 40.DIAS, M.E.B. *A dialética e o cotidiano*. Rio de Janeiro, PUC, 1982.
- 41.DIRIGENTE MUNICIPAL. Os 500 municípios mais desenvolvidos do Brasil. São Paulo, Visão, 1991.
- 42.DONABEDIAN, A. Quality assurance in our health care system. *Am. Coll. Util. Rev. Phys.* 1(1): 6-12, 1986.
- 43.DUSSAULT, G. & GODUE, C. La planificación y gestión de los recursos humanos en un contexto de financiamiento publico de los servicios de salud: la experiencia canadiense. *Educ. Med. Salud* 4 (26):453-68, 1992.
- 44.DUSSAULT, G. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Rev. Adm. Púb.*, 26(2):8-19, 1992.
45. _____. La politique de la délégation des actes professionnels au Québec, *Can. Pub. Pol.*, 11(2): 218-26, 1985.

46. _____. Profissionalisation et déprofessionnalisation. In: Dufresne, J. et al. *Traité d'anthropologie médicale*. Québec, Presses de l'Université du Québec, 1985. p. 605-16.
47. ENCICLOPÉDIA ABRIL. 18^a ed. São Paulo, Abril, 1992. [O atraso educacional].
48. EZPELETA, F. & ROCKWELL, E. *Pesquisa participante*. 2^a ed. São Paulo, Cortez, 1989.
49. FAGUNDES, S. Saúde coletiva: a integração no Cone Sul. Bol. ABRASCO, 47:5, 1992.
50. FAORO, R. Os males da modernização. *Estudos Avançados*, São Paulo, 26(iv):2-3, 1992.
51. FERREIRA, C.G. et al. Alternativas sueca, italiana e japonesa ao paradigma fordista. São Paulo, FEA/USP, 1991 [mimeo].
52. FERREIRA FILHO, M.G. A iniciativa privada e a prestação de serviços de saúde: aspectos jurídicos. In: Conferência Nacional de Saúde, 9^a, Brasília, 1992. Brasília. Ministério da Saúde, 1992. p. 99-102 [Cads. da Nona v.1].
53. FIELDING, J.E. & LANCRY, P.J. Lessons from France. *JAMA* 6(270):748-56, 1993.
54. FLEURY, A. Política industrial e capacitação tecnológica. In: Seminário Interdisciplinar da Associação Brasileira de Estudos do Trabalho. São Paulo, 1991. *Anais*. São Paulo, IEA-FEA/USP, 1991. p. 33-5.

- 55.FLEURY, M.T.L. & FISCHER, R.M., coord. *Processo e relações do trabalho no Brasil*. São Paulo, Atlas, 1987.
- 56.FOLBERG, M.N. Em torno da dialética dos discursos de pais e filhos adolescentes: um estudo hermenêutico. *Educ. e Real.* Porto Alegre, 10 (2): 45-60, 1985.
- 57.FOLHA DE SÃO PAULO, Segundo Caderno, 10 jan 1993. p. 1.11.
- 58.FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 5ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1985.
- 59.FUNDACION ALTADIR. *Gobierno y planificacion*. São Paulo, CEFOR/UNICAMP, 1991 [Material de Curso, Caracas].
- 60.FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE. Médico de Família. *Jornal da Saúde*, Niterói, 1:3, 1994.
61. _____. Saúde tem nova estrutura. *Jornal da Saúde*, Niterói, 3:4-5, 1995.
- 62.GALLO, E. Razão, poder e política. Para repensar o planejamento. In: Gallo, E. et al., org. *Planejamento criativo - novos desafios em política de saúde*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. p. 71-40.
- 63.GAMA, R. *A tecnologia e o trabalho na história*. São Paulo, NOBEL/EDUSP, 1986.
- 64.GARCIA, R.M. Tecnologia apropriada: amiga ou inimiga oculta ? *Cad. FUNDAP*, 13(7): 66-78, 1987.

65. GARRAFA, V. Desafios éticos na política de recursos humanos frente às necessidades de saúde. *Cad. RH Saúde*, 3(1):9-18, 1993. [Ministério da Saúde, Brasília].
66. GIACOMINI, C.H. Modelo assistencial: apontamentos sobre algumas experiências em processos. *Espaço para a Saúde* - 0:43-46, 1994. [NESCO, Curitiba].
67. GIBBS, W.W. Lost Science in the third World. *Scientific American* 2 (273):76-83, aug 1995.
68. GLIK, D. et al. A focus group for formative research in child survival: An Ivorian example. *Int. Q. Community Health Educ.* 8 (4): 297-315, 1988.
69. GONÇALVES, E.L., coord. *Administração de saúde no Brasil*. São Paulo, Pioneira, 1982.
70. GOODE, W.J. & HATT, P. K. *Métodos em pesquisa social*. São Paulo, Nacional, 1989. p. 469-70.
71. GOULART, F.A.A. Risco ou oportunidade ? O momento presente da municipalização da saúde no Brasil. *Espaço para a Saúde* 0:4-6, 1994. [NESCO, Curitiba].
72. GREENHOUSE, S. Economia. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 14 fev 1993. p. 9.
73. GREINERT, W. D. Tipos básicos de cualificación profesional: modelo de mercado - modelo escolar - sistema dual. *Educación* 51/52:63-92, 1995 [Alemania].

74. GRÜN, R. Japão, japões: algumas considerações sobre o papel dos conflitos intergerenciais na difusão das novidades organizacionais. In: Seminário Interdisciplinar da Associação Brasileira de Estudos do Trabalho, São Paulo, 1991. *Anais*. São Paulo, IEA-FEA/USP, 1991. p. 130-44.
75. GUIA do Terceiro Mundo. Lisboa, Tricontinental, 1986. p. 435. [Suplemento Anual dos Cadernos do Terceiro Mundo].
76. GUIMARÃES, A.S.A. & AGIER, M. Identidade em conflito: os status dos trabalhadores das indústrias de ponta. In: Seminário Internacional Políticas de Gestão e Relações de Trabalho, São Paulo, 1989. *Anais*. São Paulo, FFLCH-FEA/USP e IG/UNICAMP, 1989. p. 227-56.
77. HABERMAS, J. *Teoria de la acción comunicativa*. Madrid, Unigraf, 1988. 2 v.
78. HADDAD Q., J.; ROSCHKE, M.A.C.; DAVINI, M.C., eds. *Educación permanente del personal de la salud*. Washington, OPS, 1994. [Serie Des. Rec. Hum. n° 100].
79. HAGUETTE, T.M.F. *Metodologias qualitativas na sociologia*. Petrópolis, Vozes, 1987.
80. HARVEY, D. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. 4ª ed. São Paulo, Loyola, 1994.
81. HEIMAN, L.S. et al. *O município e a saúde*. São Paulo, HUCITEC, 1992.
82. HELLER, A. *O cotidiano e a história*. 3ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1989.

- 83.HIRATA, H. Subjetividade e produtividade: indivíduo e coletivo no processo de trabalho. In: Seminário Internacional sobre Políticas de Gestão e Relações de Trabalho, São Paulo, 1989. *Anais*. São Paulo, FFLCH-FEA/USP e IG/UNICAMP, 1989. p.435-48.
- 84.HUMPHREY, J. Novas formas de organização do trabalho na indústria. In: Seminário Internacional sobre Políticas de Gestão e Relações de Trabalho, São Paulo, 1989. *Anais*. São Paulo, FFLCH-FEA/USP e IG/UNICAMP, 1989. p. 315-59.
- 85.INDICADORES econômicos internacionais. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 8 nov 1992, p. 3-2. [Seção Multimídia].
- 86.INSTITUTO BRASILEIRO DE ANÁLISES SOCIAIS E ECONÔMICAS. *Desenvolvimento, cooperação internacional e as ONGs*. Rio de Janeiro, PNUD, 1992.
- 87.INSTITUTO DE PESQUISAS ECONÔMICAS APLICADAS. Subsídios metodológicos para a prática da educação e participação: grupo focal. Brasília, IPlan/MF, 1989. [Série Saneamento Rural 5 cap. 2].
- 88.JOHNSON, D.G. et al. A second survey of graduates of a traditionally black college of medicine, *Acad. Med.* 64(2): 87-94, 1989.
- 89.JOVCHELOVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: Jovchelovitch, S. & Guareschi, P. org. *Textos em organizações sociais*. Petrópolis, Vozes, 1994. p. 63-85.

90. KANDEL, L. Reflexões sobre o uso da entrevista, especialmente a não-diretiva, e sobre as pesquisas de opinião. In: Thiollent, M., comp. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. 5ª ed. São Paulo, Polis, 1987. p. 169-189.
91. KAPLAN, A. *A conduta na pesquisa: metodologia para as ciências do comportamento*. São Paulo, EPU/EDUSP, 1975.
92. KERGOAT, D. Construção do sujeito individual e coletivo no universo do trabalho operário. In: Seminário Internacional sobre Políticas de Gestão e Relações de Trabalho. São Paulo, 1989. *Anais*. São Paulo, FFLCH-FEA/USP e IG/UNICAMP, 1989. p. 257-74.
93. KISIL, M. & CHAVES, M., ed. *Programa UNI: uma nova iniciativa na educação dos profissionais de saúde*. São Paulo, Fundação W.K. Kellogg, 1994.
94. KOSIK, K. *Dialética do concreto*. 5ª ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1989.
95. KURZ, R. *O colapso da modernização*. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1992.
96. L'ABBÉ, K.A. et al. El metanálisis de la investigación clínica. *Bol. Of. Sanit. Panam.* 116 (3):226-44, 1994.
97. LAKATOS, E.M. & MARCONI, M.A. *Fundamentos de metodologia científica*. São Paulo, Atlas, 1985.
98. LANCHÁ, F. Prefeitura busca recursos privados. *O Estado de São Paulo*, São Paulo, 14 fev 1993. p. 5.

- 99.LANZARDO, D. Marx e a enquete operária. In: Thiollent, M.,comp. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. 5ª ed. São Paulo, Polis, 1987. p. 233-46
- 100.LIMA RUAS, R. Novos paradigmas da organização do trabalho. In: Seminário Internacional sobre Padrões Tecnológicos e Processo de Trabalho. São Paulo, 1989. *Anais*. São Paulo, FFLCH-FEA/USP e IG/UNICAMP, 1989. p. 121-50.
- 101.LINS DA SILVA, C.E. Filha de Clinton vai para escola privada. *Folha de São Paulo*, São Paulo, 10 jan 1993. p. 3-6.
- 102.LÜDKE, M & ANDRÉ, M.E.D.A. *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo, E.P.U., 1986. p. 99.
- 103.LUZ, M.T. *As instituições médicas no Brasil: instituição e estratégia de hegemonia*. 3ª ed. Rio de Janeiro, Graal, 1986.
- 104.MACHADO, M.H. As corporações profissionais: sindicalismo x corporativismo. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1991[mimeo].
- 105.MACHADO, M.H. & PIERANTONI, C.R. Profissões de saúde: a formação em questão. *Cad. RH Saúde*, 3(1):23-34, 1993. [Ministério da Saúde, Brasília].
- 106.MAFFESOLI, M. A tensão permanente das tribos.O *Globo*. Rio de Janeiro, 28 mai 1995. p. 5. [Seção Livros: Entrevista].
107. ———. *Lógica da dominação*. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

- 108.MALIK, A.M. & VECINA NETO, G. Desenhando um caminho alternativo para a gerência de serviços de saúde. In: Conferência Nacional de Saúde, 9^a. Brasília, 1992. *Cadernos da nona*. Brasília, Ministério da Saúde, 1992. p. 141-7.
- 109.MAPELLI, V. Os efeitos da regulamentação sobre o sistema sanitário italiano. *Divulg. Saúde Debate* 4:49-50, 1991.
- 110.MARINS, J.J.N; O'DWYER, G.C.; DIAS, A.F.G. Construção do sistema de saúde de Niterói. Niterói, UFF/FMS, 1993. [mimeo].
- 111.MARQUES, C.J. Rumo ao quarto mundo. *Isto é - Senhor*, São Paulo, 20 mar 1991. p. 12-17.
- 112.MARQUES, M.B. A pesquisa em saúde e o novo paradigma tecnológico. In: Gallo, E. et al., org. *Planejamento criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. p. 155-73.
113. _____. O novo paradigma tecnológico e os desafios em saúde. In: Congresso Nacional da Rede IDA-Brasil, II. São Paulo, 1993. *Anais*. São Paulo, Escola Paulista de Medicina / Rede IDA-Brasil, 1993. p. 89-91.
- 114.MARSIGLIA, R. G. *Relação ensino/serviço: dez anos de integração docente-assistencial no Brasil*. São Paulo, HUCITEC, 1995.
115. _____. Recursos humanos em saúde: unidades básicas de serviços de saúde: disponibilidade tecnológica, processo de trabalho e recurso humano. In: Spinola, A.W. et al., org. *Pesquisa social em saúde*. S. Paulo, Cortez, 1992. p. 213-24.

- 116.MARTINS, M.I.C. As organizações de saúde no contexto do SUS: uma realidade em construção. Rio de Janeiro, 1994. [Dissertação de Mestrado - Escola Nacional de Saúde Pública /FIOCRUZ].
- 117.MATTOSO, J.E. Notas sobre a terceira revolução industrial, crise e trabalho no Brasil. São Paulo: FEA/USP, 1991. [mimeo].
- 118.MARX, K. H. O questionário de 1880. In: Thiollent, M., comp. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. 5ª ed., S. Paulo, Polis, 1987. p. 249-56.
- 119.MENDES, E.V. et al. Implantação e desenvolvimento de distritos sanitários: conceitos-chave. Brasília, OPAS, 1990.
120. _____, org. *Distrito sanitário: o processo social das práticas sanitárias do SUS*. São Paulo, HUCITEC, 1993.
- 121.MERCOSUL. O custo da estabilidade. *Rev. Negócios*, 9:22, 1992.
- 122.MICHELAT, G. Sobre a utilização da entrevista não-diretiva em sociologia. In: Thiollent, M., comp. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. 5ª ed. São Paulo, Polis, 1987. p. 191-211.
- 123.MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 3ª ed. São Paulo, HUCITEC/ABRASCO, 1994.

124. ———. O conceito de representação social dentro da sociologia clássica. In: Jovchelovitch, S. & Guareschi, P., org. *Textos em representações sociais*. Petrópolis, Vozes, 1994. p. 89-111.

125. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Projeto de gerência de unidades de saúde*. Brasília, OPAS, 1995.

126. MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO. *Ley general de sanidad/ley organica de medidas especiales em materia de salud publica*. Madrid, Gobierno Español, 1986.

127. MORGAN, D.L. *Focus groups as qualitative research*. Newbury Park, Sage, 1988.

128. MOYSÉS, N.M.N., coord. A perspectiva dos trabalhadores na construção do SUS. Rio de Janeiro, ENSP//FIOCRUZ e FMSN, 1993. [Resultados de Pesquisa].

129. MULLEN, P.D et al. Evaluation of health education and promotion programs: a review of qualitative approaches. In: *Advances in health education and promotion*. JAI Press, 1986. p. 467-98. v. 1.

130. NERFIN, M. Desafios, possibilidades e perspectivas. In: IBASE, ed. *Desenvolvimento, cooperação internacional e as ONGs*. Rio de Janeiro, PNUD, 1992. p. 95-117.

131. NOGUEIRA, R.P. *Perspectivas de qualidade em saúde*. Rio de Janeiro, Qualitymark, 1994.

132. NOVAES, H.M. *Ações integradas nos sistemas locais de saúde: análise conceitual e apreciação de programas*

selecionados na América Latina. S. Paulo, KELLOGG/OPAS/PROAHSA, 1990.

133. NUNES, C. *A interpretação de fontes documentais: relato de uma experiência.* In: Nunes, C., org. *Interpretação de documentos escritos.* Niterói, Faculdade de Educação/UFF, 1993. p. 2-4. [mimeo].
134. OLINTO, H.K., org. *Ciência da literatura empírica: um novo paradigma.* Petrópolis, Vozes, 1989.
135. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE SALUD. *Decentralización de los sistemas de salud: conceptos, aspectos y experiencias nacionales.* Ginebra, 1990.
136. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *Vigilância à saúde no distrito sanitário.* Brasília, 1993. [Série Desenv. Serv. Saúde nº 10].
137. ————. *A estimativa rápida e a divisão do território no distrito sanitário: manual de instruções.* Brasília, 1993. [Série Desenv. Serv. Saúde nº 11].
138. ————. *Informação e comunicação social em saúde.* Brasília, 1995. [Série Desenv. Serv. Saúde nº 15].
139. ————. *Processo educativo nos serviços de saúde,* Brasília, 1991. [Série Desenv. Rec. Hum. nº 1]
140. ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *La investigación en salud en América Latina: estudio de países seleccionados.* Washington, 1992. [Pub. Cient. nº 543].

141. _____. *Las condiciones de salud en las Americas*. Edición de 1990.
142. _____. *Los sistemas locales de salud: conceptos, metodos, experiencias*. Washington, 1990.[Pub. Cient. n° 519].
143. _____. *Salud para todos: segunda evaluacion en las Americas*, 1991. *Bol. Epidemiol.* 13(2):1, 1992.
144. PAIM, J. A universidade e a reforma sanitária. *Divulg. Saúde Debate* 4:108-16, 1991.
145. PANZIERI, R. A concepção socialista da enquete operária. In: Thiollent, M., comp. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*, 5ª ed. São Paulo, Polis, 1987. p. 225-31.
146. PHARO, P. Atividades profissionais e julgamentos de competência. In: Seminário Internacional sobre Políticas de Gestão e Relações de Trabalho. São Paulo, 1989. *Anais*. São Paulo, FFLCH-FEA/USP e IG/UNICAMP, 1989 p. 305-14.
147. PICHÓN-RIVIÈRE. O processo grupal. 2ª ed. São Paulo, Martins Fortes, 1986.
148. PINEAULT, R. et al. Characteristics of physicians practicing in alternative primary care settings. *Int. J. Health Serv.* 21: 49-58, 1991.
149. PORTO, M.A.T. Um espectro na máquina: abordagem cultural da tecnologia médica. Rio de Janeiro, 1995. [Tese de Doutorado - Escola Nacional de Saúde Pública/FIOCRUZ].

150. PROENÇA, A. & CAULLIRAUX, H.M. Organização da produção e competitividade: o enfoque estratégico. In: Seminário Interdisciplinar da Associação Brasileira de Estudos do Trabalho, São Paulo, 1991. *Anais*. São Paulo, IEA-FEA/USP, 1991 p. 157-70.
151. PUIGGRÓS, A. Los límites de las alternativas pedagógicas tradicionales. In: *La Educación* 119(38): 441-60, 1994. [Washington, OEA].
152. QUEIROZ, M.I.P. *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*. São Paulo, TAQ Ed., 1991.
153. QUEZADA ALIFF, T. Recursos humanos em cinco países da América Latina. *Educ. Med. Salud*, 23: 313-31, 1989.
154. RAMALHO, C.S. Sobre o desencadeamento de uma crise psicótica e suas abordagens clínico-institucionais. Rio de Janeiro, 1994. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Psicologia/PUC].
155. RAMALHO, J.R. Gestão estatal, sindicato e política: as contradições da resistência. In: Seminário Internacional sobre Política de Gestão e Relações de Trabalho, São Paulo, 1989. *Anais*. São Paulo, FFLCH-FEA/USP e IG/UNICAMP, 1989. p. 397-418.
156. RELATÓRIO anual da psicologia: avaliação de 1994 e propostas de trabalho. Equipe de Saúde Mental do Posto de Saúde. Niterói, 1995. [Distrito Sanitário Norte - Fundação Municipal de Saúde].

157. RIBEIRO, E.C.O. & MOTTA, J.I.J. Educação permanente como estratégia na reaproximação dos serviços de saúde. *Divulg. Saúde Debate* 12:39-44, 1996.
158. RIVERA, F.J.U. Planejamento situacional: uma análise reconstrutiva. In: Gallo, E. et al., org. *Planejamento criativo: novos desafios teóricos em políticas de saúde*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. p. 41-92.
159. ROLLET, C. O sistema de saúde francês. In: Castelar, R.M. et al., dir. *Gestão hospitalar: um desafio para o hospital brasileiro*. Rennes - Rio de Janeiro, Éd. ENSP, 1995. p.50-65.
160. RUMEL, D. & NOBRE, M. Atenção primária de base populacional. *Assoc. Paul. Med.*: out 1992. p. 2.
161. SÁ CORREA, M. As boas idéias estão nas prefeituras. *Veja*, São Paulo, 30 set 1992. p. 70-81.
162. SALVADOR, A.P. Análise de dinâmicas institucionais: um enfoque da psicologia analítica para serviços de saúde mental em unidades básicas de saúde. São Paulo, 1996. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública/USP].
163. SANDER, B. Gestión educativa y calidad de vida. *La Educación*, 118 (38): 237-64, 1994.
164. SANTOS, N.R. Análise e comentários sobre os sistemas municipais de saúde. *Espaço para a Saúde*, 0:49-51, 1994.
165. SCHMITZ, H. Pequenas empresas e especialização flexível. In: Seminário Internacional sobre Padrões Tecnológicos e

- Processo de Trabalho. São Paulo, 1989. *Anais*. São Paulo, FFLCH-FEA/USP e IG/UNICAMPI, 1989. p. 151-90.
- 166.SCHRAIBER, L.B. Ética e subjetividade no trabalho em saúde. *Divulg.Saúde Debate* 12:45-50, 1996.
- 167.SILVA JUNIOR, A.G.; MONTEIRO, J.C.; TORRES, S.R. Niterói: informações sobre a saúde - versão preliminar. Niterói, Prefeitura Municipal de Niterói / SMS / FMS e Instituto de Saúde da Comunidade - CCM/UFF, 1994.
- 168.SOUZA LOBO, E. Trabalhadoras e trabalhadores: o dia-a-dia das representações. In: Seminário Internacional sobre Políticas de Gestão e Relações de Trabalho. São Paulo, 1989. *Anais*. São Paulo, FFLCH-FEA/USP e IG/UNICAMP, 1989. p. 257-304.
- 169.SPINK, M.J. Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais. In: Jovchelovitch, S. & Guareschi, P. org. *Textos em representações sociais*. Petrópolis, Vozes, 1994. p. 117-45.
- 170.STOTZ E.N. Enfoques sobre educação e saúde. In: Valla, V.V. & STOTZ, E.N. org. *Participação popular, educação e saúde*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993.
- 171.STOTZ E.N. & SILVA JR., A.G. Conselho de saúde como parte de arenas redistributivas: pontuando a questão da equidade. In: Congresso da ABRASCO, IV. Recife, 1994 [mimeo].
- 172.SUZIGAN, W. Situação atual da indústria brasileira e implicações para a política industrial. In: Seminário Interdisciplinar da Associação Brasileira de Estudos do

trabalho. São Paulo, 1991. *Anais*. São Paulo, IEA-FEA/USP, 1991. p. 69-103.

173.SYLVER, L. Aspectos metodológicos em avaliação dos serviços de saúde. In: Gallo, E. et al., org. *Planejamento Criativo: novos desafios em políticas de saúde*. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1992. p. 195-210

174.TEIXEIRA, A.S. *Educação no Brasil*. São Paulo, Nacional, 1969. p. 86-93.

175.THIOLENT, M., comp. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. 5ª ed. São Paulo, Polis, 1987.

176.THOMPSON, F.J. *Health policy and the bureaucracy: politics and implementation*. Cambridge, MIT, 1981. p. 109-85.

177.TRENTIN, B. Pesquisa sobre a consciência de classe. In: Thiollent, M., comp. *Crítica metodológica, investigação social e enquete operária*. 5ª ed., S. Paulo, Polis, 1987. p. 257-262.

178.TRIANGALI, D. Introdução às retóricas. Araraquara, UNESP, 1984.[Texto didático].

179.TRIGO, L. Teoria política: direita e esquerda depois do vendaval. *O Globo*, Rio de Janeiro, 30 abr 1995. [Resenha do livro de Norberto Bobbio].

180.TRUJILLO-FERRARI, A. *Metodologia da pesquisa científica*, São Paulo, MacGraw-Hill, 1992.

- 181.UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE. Relatório de atividades de 1991 e Programação de 1992 para o Posto de Saúde do Distrito Sanitário Norte. Niterói, FMS, 1992.
- 182.UNGLERT, C.V.S. et al. O processo de territorialização do Sistema Único de Saúde, 1991 [mimeo].
- 183.UNICEF. Situação mundial da infância. Brasília, 1992. [Relatório 1993].
- 184.UNIVERSAL Almanac. Kansas City, Wright J.W. Ed., 1995.
- 185.VALLA, V.V. et al. Cidadania, participação da comunidade e cuidados à saúde sob o ponto de vista dos profissionais. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1995 [mimeo].
- 186._____. Movimentos sociais, educação popular e intelectuais: algumas questões metodológicas. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1994.
- 187.WESTPHAL, M.F. et al. Grupos focais: experiências precursoras do uso da técnica em programas educativos em saúde no Brasil. *Bol. Of. Sanit. Panam.*: abr, 1996.
- 188.WITT, A. *Pesquisa de enfermagem*. São Paulo, LTR ed., 1980.
- 189._____. Diagrama estrutural de uma pesquisa. *Enf. Novas Dimens.* 3(1):21-4, 1977.
- 190.WORLD HEALTH ORGANIZATION. Management of human resources for health. Geneva, 1989.[Tech. Rep. Series].

191. ZUBOFF, S. *In the age of smart machine: the future of work and power*. New York, Basic Books, 1988. p. 3-57.

ANEXOS

Situação geográfica

A - Mapa de influência regional

Recortes profissionais

B - Tabela de lotação de pessoal

C - Quadro de unidades amostrais

Instrumentos analíticos

D - Formulário de entrevistas individuais

E - Roteiro de entrevista grupal

F- Fichamento de inter-relações
metodológicas

MAPA
REGIÃO METROPOLITANA DO RIO DE JANEIRO
SITUAÇÃO, DIVISÃO POLÍTICA E ADMINISTRATIVA

ANEXO B

TABELA DE LOTAÇÃO DE PESSOAL*

QTDE. FUNÇÕES	LOCAIS (UNIDS.)	PERIFERIA (MENOR)	CENTRO (MAIOR)	TOTAL	
				Existentes	Particip.
1.1 Pediatra		4	7	11	5
1.2 Clínico		3	5	8	2
1.3 Ginecologista		2	2	4	1
1.iv Psiquiatra		-	2	2	1
1.v Dermatologista		-	4	4	1
1.vi Sanitarista		1	-	1	1
1. Tot. Médicos		10**	20**	30**	11**
2. Odontólogo		2**	4**	6**	2**
3. Enfermeiro		2	8	10	8 ^a
iv. Psicólogo		2	3	5	1
v. Fonoaudiólogo		1	-	1	1
vi. Ter. Ocupacional		-	3	3	1
7. Fisioterapeuta		-	1	1	-
8. Assistente Social		1	4	5	1
9. Nutricionista		1	2	3	1
10. Farmacêutico		2	2	4	1
7'. demais n. superior		7(9)	15(23)	22(32)	6(14)
10'. tot. n. universitário		21	47	68	27
11. Téc. Hig. Dental		1	3	4	1
12. Téc. Enfermagem		3	2	5	1
13. Téc. Saúde Pública		-	1	1	-
14. Téc. Laboratório		4	4	8	1
15. Téc. Equipamento		-	1	1	-
5'. nível profis.		8	11	19	3
16. Agente Saúde		2	8	10	1
17. Aux. Enfermagem		6	8	14	8 ^b
18. Aux. Laboratório		1	-	1	-
19. Atend. Enfermagem		4	-	4	1 ^b
4'. outros nível médio		13	16	29	10
9'. n. médio set. saúde		21	27	48	13
19'. corpo téc. esp.		42	74	116	40
20. Assis/Ag/Ax. Op. Serv. Diversos		6	23	29	2 (1 ^a)
23. As/Ag/Ax. Op. S. Saúde		5	8	13	1
26. Aux. Serv. Gerais		4	8	12	-
27. Aux. Cozinha		1	-	1	-
28. Servente		1	-	1	-
29. Motorista		-	1	1	-
30. Artífice		1	1	2	-
11'. apoio		18	41	59	3
30. TOTAL GERAL		60	115	175	43

FONTE: Seções Administrativas do Posto e Centro de Saúde pesquisados em 1995, na FMS Niterói.

* Houve oscilação, no período estudado, de aproximadamente 15% em cada uma das unidades.

** Carga de 4 h diária, para a quase totalidade dos cirurgiões-dentistas e médicos.

a e b tratam-se de servidores com escolarizações completas no terceiro e primeiro graus, respectivamente, desempenhando tarefas mais complexas.

ANEXO C

Quadro de unidades amostrais

Estratégia	Porte	Unidade Maior	Unidade Menor	Total
Entrevistas Individuais				
	unicamente	23*	13*	36*
	pré-grupal	3	-	3
		<u>26</u>	<u>13</u>	<u>39</u>
	Sub-total			
Grupo Focal				
	diretamente	<u>2</u>	<u>2</u>	<u>4</u>
	pré-entrevistado	3	-	3
	Sub-total	5*	2*	7*
	TOTAL	28*	15*	43*

OBS: * ou ____ : pessoal contabilizado, sem superposição

ANEXO D

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA INDIVIDUAL

Cod. _____

1ª Parte: Objetiva (específica)

- Unidade periférica () central ()
00. Turno: manhã () tarde ()
01. Cargo/função que ocupa:
Setor de trabalho -
02. a) Vínculo(s) contratual(is):
Município () Estado () União ()
b) Regime Jurídico:
Estatutário () CLT () Outro () Qual ? _____
03. Jornada Semanal de Trabalho no Posto: 20h, 30h, 40h, DE, _____
- I. Grupo Etário: 18 a 30 () 31 a 50 () 51 a 60 () Outro: _____
Sexo: M () F ()

II. Nível de formação específica mais importante, discriminando área do conhecimento, instituição e cidade/estado, se nos últimos 5 anos ou mais.

- a) Pós-Grad.: Mest/Dout () Res.Méd.() C. Esp. () _____
Campo: _____ Local: _____ Época: _____
- b) Superior: Internato () Habilit. () Extra-cur. ()
Campo: _____ Local: _____ Época: _____
- c) Técnico: na Instit. () fora () antes
Campo: _____ Local: _____ Época: _____
- d. Treinamento em serviço ()
Campo: _____ Local: _____ Época: _____
- e) Experiência própria () auto-didaticamente: ()
Campo: _____ Local: _____ Época: _____

2ª Parte: Núcleo Subjetivo

1. Com qual(is) setores e profissionais, interna e externamente, você se relaciona mais, para o efetivo desempenho de suas atribuições ?
2. A que(m) normalmente você recorre quando surgem dúvidas ou problemas de caráter técnico ?
3. Na sua opinião, quais os habituais motivos para não se participar de reuniões (técnicas) da equipe ? Em geral são por necessidade de que(m) ? Foi convite ou convocação ?
4. No seu modo de ver, quais as principais falhas de comunicação que você nota entre a equipe, a chefia e a comunidade ?
5. Quando e como se dão as avaliações da performance de seu serviço ?
6. Quais as críticas (construtivas, severas ou atenuantes) que você faz ao seu trabalho ?
7. O que as instâncias superiores (dirigentes/coordenadores imediatos) fazem a favor ou contra, ou deixam de fazer, em relação ao seu desenvolvimento profissional ?
8. Das mudanças (ou tentativas), melhores ou piores, no serviço, a partir de 1990, o que mais lhe chama(ou) a atenção ?
9. O que você acredita que na sua prática profissional poderia ser melhorado para se alcançar uma maior qualidade no atendimento à população ?
10. O que você sente ao realizar as atribuições que geralmente executa ?
11. Se você tivesse outro emprego, como (ou o quê) gostaria que ele fosse ?
12. Para você, o que é hoje e o que deve (poderia) ser o desenvolvimento profissional ?

3ª Parte: Temática Geral

III. a) Carga Hor. Totl. de Trab. p/d.: até 6 h () até 9 h ()
até 12 h () mais 12 h ()

Dá plantão(ões) ? Não () Sim () De que forma ? _____

b) Tempo gasto em condução para chegar e voltar do(s) trabalho(s):
() até 2h () até 4 h. _____

IV. Faixa de Renda Familiar/mês: até 5 sm () de 5 a 10 sm ()
de 10 a 20 sm () de 20 a 40 sm () > 40 sm ()

Quantificar pessoas dependentes na casa ou fora: _____

V. Situação no mercado de trabalho:

a) Assalariado em outro sub-set. público () e/ou privado ()

b) Consultório ()

Outra atividade própria/partic. () Qual ? _____

Sozinho () Compartilhado ()

VI. a) Você considera emprego principal aquele que oferece maior/melhor
(em ordem decrescente de 1 a 6):

() remuneração () liberdade () satisfação

() estabilidade () aposentadoria () jornada

b) Qual o seu emprego principal ? Por quê ? _____

Você participaria em uma ou duas reuniões de grupo por até 2
horas ?

Sim () Não () Condição: _____

Data:/...../1995

Duração:min.

ANEXO E

ROTEIRO DE ENTREVISTA GRUPAL

(partindo do mais genérico para o mais particular)

- i. Como você encara as “interferências culturais” na sua profissionalização e forma de trabalhar ?
(Procurem delinear as *experiências de vida* que imprimiram o seu modo de ser ou de ver o mundo).
- ii. Quais as *áreas de atrito* entre funcionários e população, especialmente quanto à qualidade do atendimento ?
(Procurem distinguir as “imagens”, manifestas ou não, dos usuários, em relação à prestação de seus serviços profissionais).
- iii. Quais os *fatos* em suas práticas diárias, não só no trabalho, proporcionam efetivo aprendizado técnico ou profissional ?
(Procurem descrever os “fenômenos” que se vinculam in/diretamente ao cotidiano de seus afazeres).
- iv. Como acontecem os *conflitos* entre vocês e equipes de trabalho, nos serviços intra e interinstitucionais ?
(Procurem destacar em quais “circunstâncias”, casos ou momentos, eles ocorrem com maior pertinência e frequência).

Lugar: _____ Horário (início e término): _____

ANEXO F

FICHAMENTO DE INTER-RELAÇÕES METODOLÓGICAS*

OBJ.	<u>TÉCNICAS/ESTRATÉGIAS</u>	<u>PERGUNTAS/ENTREVISTAS</u>	<u>QUESTÕES/GRUPO</u>
A	aná.doc>gru.foc.>ent.ind.	4, 8, 11 e VI a e b (5)	i
B	ent.ind>aná.doc.≡gru.foc.	1,2,10,12,7,11,VI a; II (8) 3>5,9 e 8 (4)] 12	iii
C	aná.doc>gru.foc.>ent.ind.	5,9,4,6,2,10 (6)	ii
D	gru.foc.≡ent.ind.>aná.doc.	3,6,8,9 (4) 1,12,4,5,7,11 > 2 (7)] 11	iv

FONTE: Diário de campo

* Inter-relações predominantes entre objetivos, técnicas e instrumentos a partir do material produzido parcialmente nas unidades, em especial através de observação participante.