



CICS/ENSP/FIOCRUZ
ISBN 978-989-96335-4-4; 978-989-96335-5-1

As Atividades do Cuidado na Área da Gestão em Saúde

TEREZA CRISTINA RAMOS PAIVA & MARIA INÊS CARSLADE MARTINS

EPSJV/FIOCRUZ

terezapaiva@fiocruz.br; mines@fiocruz.br

Resumo:

O estudo, realizado com trabalhadores de uma Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2012, visou identificar dimensões do cuidado presentes nas atividades realizadas por trabalhadores de nível médio da área da gestão em saúde. Como ferramentas analisadoras, foram utilizadas a pesquisa bibliográfica, a pesquisa exploratória com base nas técnicas de observação participante, grupo focal e fluxograma descritor, que permitiram um olhar sobre a micropolítica da organização dos processos produtivos. Constatou-se a necessidade de desconstruir o campo da gestão, historicamente marcado por uma visão técnica e por um modo de fazer taylorista, que contribuem para o não reconhecimento do trabalhador como sujeito do processo de produção do cuidado e da instituição de modos de gerir apartados dos modos de cuidar em saúde.

Palavras-chave:

Cuidado em saúde; gestão em saúde; trabalhadores de nível médio em saúde; políticas de saúde.

Abstract

This study, conducted with employees of a Municipal Health Department of the State of Rio de Janeiro, from November 2011 to February 2012, aimed to identify the dimensions of health care present in the activities developed by workers of middle level in the area of health management. Bibliographic research, exploratory research based on the techniques of participate observation, focal group and flow chart descriptor were used as analysing tools, which allowed a glance at the micropolitics of the organisation of production processes. The need to deconstruct the field of management has been acknowledged; historically marked by a technical vision and by a Taylorist procedure that leads the worker to believe he/she is not a subject of the process of care production, which reinforces instituted models based on the separation between the caring processes and the forms of managing the health practices.

Keywords: Health care; health management; medium level workers in health; health policies.

Introdução

A formulação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil representou um grande avanço na garantia de direitos à saúde. No cenário atual, persistem desafios e contradições que se expressam no confronto de diferentes interesses políticos, econômicos e sociais, que interferem na construção de um serviço público, universal e integral.

No campo da gestão, pode-se afirmar que o processo de descentralização foi aprofundado, houve o fortalecimento das instâncias e dos mecanismos de exercício da democracia participativa, ampliou-se a oferta de serviços e os postos de trabalho e foram criados mecanismos que representaram mudanças no aparato legal e na estrutura político-administrativa do setor (Paim, 2009). No entanto, ainda persistem vários impasses, como modos de organização e de atenção à saúde centrados em saberes tecnológicos que são estabelecidos em uma relação com o usuário focada apenas na doença.

Essas contradições também são consequências das transformações ocorridas no mundo do trabalho. A expressiva demanda por tecnologias (máquinas e equipamentos), o aumento da precarização do trabalho por meio do acúmulo, das modalidades de vínculos e salários e da flexibilização, a forte influência do mercado e o desempenho rápido e imediato da produtividade vêm modificando o processo e a organização do trabalho em saúde (Martins e Dal Poz, 1998).

Novas propostas de mudanças nos processos de trabalho e na gestão em saúde têm sido discutidas e aplicadas (Gonçalves, 1994; Campos, 2006; Merhy, 2007). Dentre elas destacamos as que buscam discutir a importância da humanização da atenção à saúde e da indissociabilidade entre a gestão e o cuidado, entendendo que os modos como os serviços são pensados, organizados e estruturados não estão separados dos modos como são produzidas as ações de saúde no cotidiano, o que pressupõe uma forte relação entre os modelos instituídos de atenção e os modos como são gerenciadas e produzidas as práticas de saúde.

Nesse processo, há a necessidade de inclusão de todos os trabalhadores, visto que, independentemente da atividade desenvolvida, todos produzem práticas cuidadoras (Merhy, 2007). Conforme conceituação utilizada por Médici e colaboradores (1999), entendemos neste texto como trabalhadores da saúde todos aqueles que estão inseridos, direta ou indiretamente, na prestação de saúde, detendo ou não formação específica para o desempenho das funções, vínculo do trabalho no setor, seja qual for a formação profissional ou capacitação do indivíduo.

Frequentemente, as atividades realizadas pelos trabalhadores de nível médio da área de gestão são percebidas como tarefas apenas administrativas, centradas na racionalidade instrumental e não reconhecidas como importantes para a organização do setor (Guizardi, 2011; Vieira, 2007). Porém, a opção por utilizar o termo “trabalhadores de nível médio da área da gestão”, e não “da área administrativa”, tem a intenção de reforçar a compreensão de que, ao desenvolverem atividades denominadas como de apoio – como as realizadas nos setores de informação e registro, almoxarifado, arquivo, financeiro, aquisição e compras, marcação de consultas, recursos humanos, entre outras –, os trabalhadores possuem potencialidades para estarem implicados no processo de tomada de decisão da organização e podem fazer a mediação entre a gestão e a assistência, em um processo subjetivo e relacional.

Assim, incorporar a discussão do cuidado nas práticas de gestão significa desconstruir um campo historicamente marcado por uma visão técnica, instrumental que, embora sofrendo influências de tecnologias leves, ainda é fortemente influenciado por um modo de fazer

taylorista, no qual persistem relações centradas no poder da gestão e na alienação do trabalhador, em que a autonomia e a iniciativa crítica muitas vezes são quebradas pela delegação de padrões, normas e programas que têm como função operar o trabalho daqueles que executam ações (Campos, 1998).

Reconhecendo os trabalhadores de nível médio que atuam na área da gestão como sujeitos do processo de produção e de mudança nas formas de gerir e de cuidar, este estudo buscou analisar como eles operam suas práticas. Avaliou, também, em que medida estão implicados processos de produção de cuidado.

1. A indissociabilidade entre a gestão e a atenção à saúde

Com a crise do modelo fordista, iniciada no final dos anos 1960, emergem mudanças nos processos produtivos marcadas pela transformação nas formas de organização e gestão do trabalho, na adoção de novas tecnologias e na descentralização da produção. Novas estratégias da administração e de gestão da força de trabalho são implementadas, incluindo a flexibilidade e descentralização da produção, o enxugamento das estruturas de operação e as mudanças na divisão do trabalho (Nogueira, 1996).

De acordo com Antunes (1999), nesse contexto de reestruturação produtiva ocorre uma espécie de apropriação e exploração das capacidades do trabalhador até então não consideradas. O capitalismo passa a valorizar novos elementos que visam à maior produção de bens de consumo.

Assim, no mundo contemporâneo, o trabalho se caracteriza pela acumulação flexível e pela internacionalidade, levando as empresas a adotarem novas concepções organizacionais e a investirem cada vez mais em tecnologia, resultando em diminuição de postos de trabalho, na terceirização da produção e na exigência de pessoal mais qualificado para os postos técnicos (Martins, 2004). No setor saúde, esse cenário revela a expressiva demanda por tecnologias (máquinas e equipamentos), o aumento da precarização do trabalho, a forte influência do mercado, o desempenho rápido e imediato da produtividade e a existência de modelos de atenção dissociados dos modelos de gestão.

A criação de espaços que propiciem a criatividade dos sujeitos individuais e/ou coletivos para a construção de relações que possam transcender os aspectos normativos e quantitativos é fundamental para resgatar novas formas de produção em saúde (Martins (2004). Como assinala Martins (2004), resgatar a dimensão subjetiva do trabalho é fundamental para a análise e para a criação de possíveis intervenções no trabalho em saúde. Nesse sentido, a indissociabilidade entre os modos de gerir e os de cuidar vem sendo afirmada como movimento instituinte do SUS e de afirmação do princípio da integralidade, contrapondo a visão instrumental que ainda se faz presente na organização do trabalho em saúde. Ela é afirmada como um dos princípios da Política Nacional de Humanização (PNH), que tem entre seus objetivos a reorientação da organização social e institucional das práticas de atenção e gestão na rede do SUS, a partir da democratização das relações de trabalho, da integralidade do cuidado e do modo coletivo de produção da saúde (Brasil, 2004).

Para Ayres (2011), só é possível transformar as práticas de saúde se houver a expansão de critérios objetivos do núcleo mais instrumental da humanização para o seu conteúdo relacional e formativo, no sentido de propiciar encontros subjetivos. Para o autor, a humanização em saúde

deve ser compreendida como a busca de projetos de felicidade e, como tal, deve transitar em uma perspectiva de conquista pessoal e social politicamente compartilhada que, embora dependa dos arranjos tecnoassistenciais, não se limite a eles. A humanização trata-se, nessa perspectiva, de um projeto existencial político, uma proposta para toda a sociedade.

A indissociabilidade entre os modos de gerir e o de curar, portanto, demanda uma forma de organização dos processos de trabalho que transcende seus aspectos tecnoassistenciais. Depende da articulação entre a vontade política de agir, a capacidade reflexiva desse processo e os projetos de felicidade construídos entre trabalhadores e usuários. Ao pensar sobre os trabalhadores de nível médio da área da gestão, é preciso refletir sobre os modos instituídos que permeiam seus processos de trabalho, no sentido de intensificar a quebra de possíveis barreiras entre a gestão e o cuidado, valorizando o protagonismo, a subjetividade do trabalhador e seus projetos.

2. Cuidado e gestão em saúde

Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele. (...) a atitude de cuidar não pode ser apenas uma pequena e subordinada tarefa parcelar das práticas de saúde. A atitude 'cuidadora' precisa se expandir mesmo para a totalidade das reflexões e intervenções no campo da saúde (Ayres, 2011: 37).

A noção de cuidado permite ampliar o sentido das práticas de saúde para além de seu caráter instrumental. Nesse sentido, o 'como fazer' precisa dialogar com o 'que fazer', para então designar o cuidado que se apresenta no encontro entre os sujeitos. Sujeitos que se reconstróem continuamente e que podem, de forma ética, estética e afetiva decidir de forma partilhada modos de viver. É nessa relação intersubjetiva que se funda o cuidado, sendo este mais que uma produção, mais que tratar, curar ou controlar, e sim uma resposta social aos diversos desafios hoje colocados no campo da saúde (Ayres, 2011).

Segundo Ayres (2011), como categoria ontológica, o cuidado molda as diversas formas de existência, as identidades que estão sempre em construção, em movimento, no e pelo ato de viver, que se concretiza na presença e interação com o outro. É no encontro que se define a identidade.

A outra construção conceitual trata do cuidado como categoria genealógica, na qual o cuidado de si se constitui como um conjunto de princípios orientados por responsabilidades individuais que regem as necessidades dos seres humanos. A expressão 'cuidado de si' é usada para designar uma noção complexa de atitudes ligadas ao cuidado de si mesmo, de ocupar-se e preocupar-se consigo. Diferentemente do 'autocuidado', o cuidado de si é antes de tudo uma atitude política, isto é, descreve uma maneira de ver as coisas, de estar no mundo, de se relacionar com os outros e uma forma de olhar para si mesmo. Nesse exercício, o sujeito se transforma, em um aprendizado constante. As práticas do cuidado de si têm como objetivo a conversão a si a partir do princípio do bem. Cuidar de si mesmo supõe uma relação particular com a verdade, opondo a qualquer tipo de sujeição (Bub *et al.*, 2006).

Em uma dimensão crítica, o cuidado é compreendido como interação nas e pelas práticas de saúde com as tecnologias existentes. É necessária uma apreciação sobre suas conseqüências, o que significa que o cuidado, nesse sentido, deve estar relacionado não só com o conhecimento técnico, mas, e principalmente, com o modo como as pessoas andam na vida, com os projetos existenciais de quem se presta assistência. Portanto, há a necessidade de superação da

racionalidade instrumental e de criação de espaços para as tecnologias implicadas no estabelecimento de interações intersubjetivas que valorizem a pluralidade dialógica e outras racionalidades terapêuticas.

A potencialidade reconciliadora entre as práticas de saúde e a vida revela o cuidado como categoria reconstrutiva. O saber que se realiza no cuidado se distingue da técnica e também se diferencia do livre exercício criador de um produtor de artefatos. Nesse sentido, a intervenção em saúde não visa apenas à aplicação mecânica de tecnologias, mas ao exame das finalidades e dos meios e seu sentido prático (Ayres, 2004).

Assim, as dimensões do cuidado englobam várias noções que revelam sua amplitude, capilaridade e potência. O conceito não se aplica apenas à relação assistencial estabelecida entre o profissional da saúde e o usuário. Ele se produz em todas as ações e atos, sejam eles produzidos na assistência ou nos setores voltados para a organização dos serviços.

No entanto, essas são questões que ainda precisam ser enfrentadas, visto as complexidades existentes no setor saúde. Como assinala Martins (2004: 288),

Trazer esta discussão [em referência às transformações do mundo do trabalho] para o campo da saúde torna-se ainda um desafio, porque, em primeiro lugar, trata-se de uma área multi e interdisciplinar, que compreende um largo espectro de atividades de produção e de serviços (...); em segundo lugar, o foco principal destas atividades são pessoas, e, portanto, o processo de trabalho é pautado no contato humano e na relação entre elas.

Desse modo, a análise sobre processos de trabalho precisa ultrapassar a compreensão sobre o agir instrumental. Identificar as dimensões do cuidado, presentes em processos de trabalho historicamente reconhecidos como o lugar técnico, da norma, significa buscar uma aproximação não tecnocrática dos processos de trabalho, o que se constituiu um desafio para a gestão do SUS.

3. Metodologia

A metodologia utilizada na pesquisa baseou-se no estudo de caso do tipo exploratório/descritivo e utilizou como ferramentas para coleta e análise dos dados a observação da realidade do cotidiano de trabalho, o grupo focal e o fluxograma analisador¹ de uma unidade de saúde. A escolha dessas ferramentas levou em consideração a necessidade de compreender 'como' ocorrem os processos de trabalho, 'por que' eles são construídos e como eles se apresentam e contribuíram para desvendar o complexo cenário da organização e dos processos de trabalho dos que constituíram o foco do estudo.

O estudo foi realizado em uma Secretaria Municipal de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, no período de novembro de 2011 a fevereiro de 2012. Avaliou as atividades e concepções de determinados aspectos do cuidado de trabalhadores de nível médio da área da gestão que atuam em setores administrativos, como Almoxarifado Central, Farmácia Municipal, Fundo Municipal de Saúde, Vigilância Epidemiológica, Regulação e as recepções da Unidade de

¹ Fluxograma analisador é um instrumento que tem como proposta analisar os processos de trabalho e as distintas lógicas institucionais em um dado serviço, por meio da discussão e reflexão coletiva de como é realizado o trabalho no cotidiano dos serviços, o que lhe é próprio, quem trabalha e como faz, para que, por que, a quem e como serve.

Referência à Saúde da Mulher e os processos de gestão de uma equipe da Estratégia de Saúde da Família.

As principais atividades desenvolvidas por esses trabalhadores estavam relacionadas à organização dos setores, como levantamento de estoque, distribuição de material, estocagem, pedidos de reposição, marcação de exames e consultas, orientação ao usuário, liquidação e ordem de pagamento dos empenhos, digitação dos dados em sistemas de informação em saúde, pactuação de metas municipais no Pacto pela Saúde, distribuição e estoque de medicamentos, recepção e organização de prontuários, fechamento de mapa mensal de produção, alimentação do Sistema de Informação da Atenção Básica e acompanhamento do Programa Bolsa Família.²

A análise dos resultados foi realizada com base nos marcos teóricos apresentados, considerando os aspectos, organizacional, relacional, político e formativo, envolvidos nas dimensões do cuidado.

O aspecto 'organizacional' refere-se à forma como é estruturado e realizado o processo de trabalho. Relaciona-se à intencionalidade do trabalho e à interação com os instrumentos utilizados. Busca responder por que, o que e como é realizado o processo de trabalho. O aspecto 'relacional' e intersubjetivo se expressa como produção das relações, de encontros entre trabalhador/usuário, trabalhador/trabalhador e de subjetividades. São processos de formação inconsciente que podem produzir efeitos sobre a qualidade do cuidado em saúde (Sá e Azevedo, 2010). O aspecto 'político' é o que revela o grau de participação em espaços coletivos institucionalizados ou não, o reconhecimento por parte dos profissionais como sujeitos executores da implementação de políticas de saúde ou modelos tecnoassistenciais e o compromisso com a qualidade dos serviços. O aspecto 'formativo' busca descrever como ocorre a preparação e o conhecimento para o trabalho, bem como o valor atribuído ao cuidado na formação desses trabalhadores.

Vale ressaltar que a divisão sobre esses aspectos teve efeito apenas para a sistematização da análise, visto que eles encontram-se intrinsecamente relacionados no processo de produção de saúde, englobando várias outras noções que revelam a amplitude, a capilaridade e a potência que o conceito de cuidado possui.

4. Resultados e discussão

Ao analisar o aspecto organizativo do cuidado nas práticas desse grupo de trabalhadores, observou-se que a compreensão e apreensão das necessidades de saúde no âmbito da produção do cuidado, embora reconhecidas como importantes, ainda se mostram distantes da prática. O objeto de trabalho é percebido por grande parte dos trabalhadores como relacionado à qualidade da atenção, mas esta é dirigida principalmente aos exames, insumos, medicamentos e consultas que são disponibilizadas à população. Quanto mais distante a identificação do objeto com as necessidades do usuário, mais distante também a relação com a qualidade da atenção. A atividade é, portanto, concebida basicamente como prática técnica, não como prática social.

² Programa de transferência direta de renda, criado em 2004, visando a beneficiar famílias em situação de pobreza e de extrema pobreza em todo o país. Possui três eixos principais: promover o alívio imediato da pobreza, reforçar o acesso a direitos sociais básicos nas áreas de educação, saúde e assistência social e buscar que as famílias superem a situação de vulnerabilidade.

Se analisadas apenas pela visão do trabalho prescrito, seria possível identificar que as tarefas realizadas seguem, em grande parte, um esquema predominantemente individual, parcelado e repetitivo, regido por regras, fluxos ou objetivos já fixados pela instituição. Elas não adotam um planejamento elaborado coletivamente. Cada um realiza seu trabalho conforme a compreensão pessoal de sua necessidade. A dinâmica do trabalho expressa sua imprevisibilidade, a necessidade de adaptar o trabalho prescrito às situações reais do cotidiano.

No setor do Fundo Municipal, por exemplo, cada funcionário realiza uma etapa do que se denomina "montagem do processo". Em cada mesa, há um funcionário que desenvolve uma atividade específica. A funcionária reconhece esse parcelamento, mas acredita que isso é da "natureza do trabalho". As decisões são tomadas pelo coordenador e a ela cabe apenas cumpri-las. Essa trabalhadora nunca participou de qualquer reunião ou encontro do setor ou de outro. Não se vê como ator implicado em decisões.

No setor de marcação de exames e consultas, existe um responsável para cada tipo de procedimento, sendo raras as trocas de informações entre eles e entre os demais trabalhadores. Os depoimentos indicam modos verticalizados de gestão e a dissociação entre a gestão e clínica e formas distintas de se apropriar do trabalho, o que se traduz em dificuldades de implicação na produção do cuidado. Assim, a organização do trabalho em saúde não visa a mudanças no processo, nem a transformações nas relações sociais. Embora sentidas como necessárias, estas não são efetivadas, devido às formas instituídas e separadas de produzir e prestar serviços à população.

As tecnologias de trabalho operadas são as concebidas da área da administração, sendo as tecnologias duras e leves-duras³ mais facilmente reconhecidas como instrumentos de trabalho em saúde, como protocolos, mapas de produção, planilhas e relatórios dos sistemas de informação. Essas ferramentas são desarticuladas do processo geral da gestão em saúde, o que contribui para que os trabalhadores não se vejam inseridos nos programas e nos processos organizacionais. As tecnologias leves foram citadas como fatores que expressam a articulação, apropriação e inclusão no processo do cuidado, mas não são utilizadas como instrumento de trabalho, nem percebidas como propulsoras de mudanças no modelo assistencial.

No que se refere ao aspecto relacional, observou-se que as relações com os usuários ocorrem de forma diferenciada entre os setores e entre estes e a unidade de saúde pesquisada, devido às especificidades percebidas do trabalho e os tensionamentos que ocorrem na relação com os usuários. Embora relacionado às necessidades dos usuários, o processo de trabalho opera na lógica do modelo de assistência curativa e é voltado principalmente para atender às necessidades da organização, o que gera estresse e descontentamento diante das preocupações com a resolutividade dos problemas ou com as dificuldades em legitimar as demandas, as necessidades e os desejos trazidos pelos usuários.

O sentimento de insatisfação acaba sendo reproduzido no contato com o usuário. As atitudes muitas vezes são regidas por valores morais, por regras e protocolos, o que limita a ação

³ Segundo Merhy e Feuerwerker (2002: 6), são três os tipos de ferramentas tecnológicas utilizadas pelos profissionais no processo de interseção com o usuário: as tecnologias duras, que estão vinculadas ao manuseio de equipamentos, medicamentos e exames diagnósticos para a intervenção terapêutica; as tecnologias leves-duras, que constituem saberes definidos que definem a leveza ou dureza do ato clínico na relação com o usuário; e as tecnologias leves, que são as pautadas nas relações comunicacionais entre os sujeitos, mediante a escuta e o estabelecimento de vínculos.

dos trabalhadores e dificulta o encontro singular entre os sujeitos. O encontro se revela com frequência “estressante”, diante do trabalho isolado, fragmentado e centrado na tarefa.

Segundo os depoimentos, a pouca comunicação dificulta o envolvimento no trabalho, a cooperação, a autonomia e o trabalho em equipe, e reforça a visão de que quem faz não precisa conhecer, intervir ou participar do processo de gestão. A falta de discussões frequentes sobre os processos de trabalho é citada como a grande dificuldade da equipe em operar coletivamente. Em vez do trabalho ‘em equipe’, que pressupõe um fazer coletivo, o mais presente no cotidiano dos trabalhadores é o trabalho ‘da equipe’, isto é, o trabalho realizado por diferentes profissionais, cada qual com sua função, onde cada um realiza separadamente sua atividade.

Os aspectos políticos do processo de trabalho analisados foram os referentes às concepções sobre participação dos trabalhadores em espaços coletivos, institucionalizados ou não, e às concepções sobre o SUS. Quanto às concepções de participação em saúde, foi observado que, para grande parte dos trabalhadores, elas se relacionam à presença em reuniões agendadas pela coordenação local ou estadual ou ao desenvolvimento de atividades educativas. Essas atividades são compreendidas como ações para ‘informar’, ‘conscientizar’ a população sobre um determinado modo de agir. A ação educativa é vista como o ato de transmitir conhecimentos e valores, que para alguns trabalhadores a população não possui. A participação em instâncias colegiadas, como no Conselho Municipal de Saúde, embora relatada como importante para o processo de trabalho, somente ocorre quando há uma solicitação da coordenação ou do gestor municipal.

Quanto às concepções sobre o SUS, grande parte dos trabalhadores expressa uma imagem de fracasso calcada na insatisfação percebida como trabalhadores e usuários. O não reconhecimento dos princípios e diretrizes por parte dos participantes da pesquisa parece ser uma barreira para o engajamento e a significação do trabalho. A organização do trabalho é muitas vezes estranha ao trabalhador e esse fator influencia radicalmente nas suas aspirações, motivações e desejos. O trabalho sem significado provoca insatisfação e muitas vezes adoecimento.

Quanto ao aspecto formativo, observa-se que se, por um lado, a escolha pelo trabalho na área pública está relacionada à expectativa de estabilidade, por outro ela ocorre apenas pela carência de outras opções. Embora grande parte dos participantes deste estudo tenha iniciado sua atividade no setor, alguns não se reconhecem como um trabalhador da área. Eles estão na saúde, mas acreditam que poderiam estar em qualquer outro órgão da administração pública.

O aprendizado informal, na prática do trabalho, o aprender/fazendo, é a forma mais comum que ocorre no cotidiano do trabalho, que muitas vezes acontece de forma individual e sem reflexão, embora a distinção entre saber e fazer, mesmo com intensidade diferente, seja percebida pela maioria dos participantes. O saber pode ser adquirido por meio da experiência, mas também pelos estudos, em que o estudar é um fator que promove mudanças tanto em relação ao trabalho como em relação à visão das coisas, do mundo.

Dois aspectos marcam as falas dos participantes. O primeiro revela que essa experiência de conhecimento precisa ser compartilhada para a efetiva difusão de valores e transformação do trabalho. O segundo é que, embora reconhecida a importância de cursos na transformação dos processos de trabalho e na vida dos sujeitos individualmente ou coletivamente, esses por si só não são suficientes para dar conta da complexidade do trabalho em saúde.

Parte dos participantes menciona que o que realiza é muito importante na organização dos processos produtivos, tanto dos setores como da unidade de saúde, mas percebe que o trabalho não é valorizado na instituição. A expectativa de ascensão social, de reconhecimento, parece algo distante e difícil, o que os levam a buscar outras oportunidades de trabalho, outros projetos do ponto de vista social, econômico e simbólico. As questões mencionadas para essa desvalorização estão quase sempre relacionadas à baixa remuneração ou a não organização dos trabalhadores, revelando a pouca legitimidade que o trabalho assume na instituição.

Por não serem percebidos como trabalhadores da área da saúde, por transitarem por outros setores, as perspectivas profissionais são associadas, ao momento 'político' da instituição e não a um projeto de trabalho. O distanciamento entre os desejos e as reais possibilidades é decorrente das dificuldades em prosseguir com seus estudos, pela questão financeira, ou por não se verem como sujeitos capazes de construir sua trajetória profissional.

Os conhecimentos mencionados como indispensáveis para o trabalho foram referentes às atividades do setor saúde e ao próprio sistema, o que demonstra o interesse de formação mais abrangente de conteúdo e específica para a área da saúde. Os resultados apresentados revelam 'ruídos e quebras' ocorridos nos processos de trabalho. Se por um lado existe a recusa à limitação técnica da atividade, por outro ela é reiterada pela instituição e pelo trabalhador. O cuidado ainda é percebido como algo descolado da gestão, como o trabalhador descolado da área da saúde.

Conclusão

Os resultados deste estudo revelaram que processos de acolhimento, vínculo e humanização ainda não se encontram efetivamente instituídos na organização pesquisada. Eles são percebidos e incorporados na prática individual de alguns trabalhadores, mas não fazem parte do processo coletivo do trabalho.

É preciso superar dois modelos de trabalho em equipe: um que se constitui no agrupamento de especialidades, baseado em protocolos e programas verticalizados, na responsabilidade individual pelo fazer, sempre técnico; e outro em que todos realizam tudo e ninguém fica responsável por nada, já que a responsabilidade deveria ser sempre coletiva.

O trabalho em equipe precisa ser incorporado às práticas desses trabalhadores, para ser resultante do 'agir em concerto', no qual o trabalho, como em uma orquestra, seja o resultado da atuação de todos os profissionais, reconhecidos em seus saberes e práticas, e para que o cuidado não se restrinja à atuação de alguns (Gomes, Guizardi e Pinheiro, 2005). Se o pertencimento se faz por processo de inclusão e exclusão, resta saber como ocorre tal processo dentro da organização.

A lógica de que a formação exigida para esses trabalhadores, por ser básica, de curta duração e quase sempre adquirida na prática, no próprio local de trabalho, como algo natural e comum, é expressão de políticas de formação que acentuam o sentido prático e técnico do trabalho, que nem sempre propiciam a vivência em projetos emancipatórios (Silva, 2005).

Outra questão relevante diz respeito aos processos formativos desses trabalhadores. É preciso pensar a formação de forma que não seja pautada em um modelo dualista e dicotômico, com separação entre pensamento e vida. Para superar a lógica instrumental do processo de trabalho e caminhar em direção à reflexão de um agir coletivo, os conteúdos disciplinares para

os cursos de nível médio na área da gestão devem articular os componentes técnicos com os processos vividos, carregados de subjetividade, desejos e relações. Os conhecimentos e as informações não podem ser tratados como objetos ou como técnicas destituídas de seu caráter histórico, social, cultural e econômico. O conhecimento não pode ser apartado dos processos de trabalho, pois, como já repetido muitas vezes neste estudo, é por meio da análise desses processos que se pode buscar responder sobre quais as mudanças necessárias para a melhoria da atenção no SUS.

Vale atentar para a questão dos vínculos de trabalho, vínculos empregatícios e vínculos afetivos. A racionalidade administrativa isola os trabalhadores em seus setores, bancadas e mesas. No nível central, onde trabalha a maioria dos sujeitos da pesquisa, portas estão sempre fechadas. Sempre tem alguém para barrar a entrada. Os trabalhadores ficam isolados para produzir, sem trocar e discutir os processos, projetos ou reivindicações. A combinação entre autonomia e responsabilidade, entre êxito técnico e sucesso prático, e a experiência de voltar-se para si e voltar-se para o outro não foram percebidas como estratégias para o enfrentamento das dificuldades encontradas no cotidiano do trabalho. Como a responsabilidade não é compartilhada, o sofrimento individual não tem como ser dividido.

Os resultados revelaram a necessidade de aprofundar as reflexões sobre o lugar que os trabalhadores de nível médio da área da gestão ocupam no sistema e como romper com a lógica dicotômica entre a gestão e a assistência, entre o programar e o fazer. O enfrentamento de obstáculos políticos, morais e éticos no campo da gestão e da formação em saúde, no sentido de valorização do processo subjetivo, relacional e de cuidado, e a permanente discussão sobre quem faz gestão e o que a gestão faz no setor saúde não são desafios simples, visto a diversidade de concepções e disputas envolvidas nesse campo, mas que se mostrou, neste estudo, como imprescindível para a saúde pública brasileira.

Referências

- ANTUNES, Ricardo (1999), *Os Sentidos do Trabalho: ensaio sobre a afirmação e a negação do trabalho*, São Paulo, Boitempo Editorial.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita (2004), "Cuidado e reconstrução das práticas de saúde", *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 73-92.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita (2011), *Cuidado: trabalho e interação nas práticas de saúde*, Rio de Janeiro, Cepesc, IMS/Uerj, Abrasco.
- BRASIL (2004), *HumanizaSUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*, Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, Brasília, Ministério da Saúde.
- BUB, Maria Betina Camargo et al. (2006), "A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem", *Texto & Contexto Enfermagem*, 115(Esp): 152-157, [Online], disponível em: www.scielo.br/pdf/tce/v15nspe/v15nspea18.pdf, [consultado em: 13 maio 2012].
- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (1998), "Anti-taylorismo e gestão de organizações de saúde", *Cadernos de Saúde Pública*, out-dez, 14(4), 863-870.

- CAMPOS, Gastão Wagner de Souza (2006), *A Saúde Pública e a Defesa da Vida*, São Paulo, Hucitec, 2006.
- GOMES, Raquel da Silva; GUIZARDI, Francini Lube & PINHEIRO, Roseni (2005), "A orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes", in: PINHEIRO, Roseni & MATTOS, Ruben (orgs.), *Construção Social da Demanda*, Rio de Janeiro, Cepesc, 105-116.
- GONÇALVES, Ricardo Bruno (1994), *Tecnologia e Organização Social das Práticas de Saúde*, São Paulo, Hucitec, Associação Brasileira de Pós Graduação em Saúde Coletiva.
- GUIZARDI, Francini Lube et al. (2011), *A Formação dos Trabalhadores Técnicos da Área da Gestão em Saúde – Relatório final*, Rio de Janeiro, EPSJV.
- MARTINS, Maria Inês Carsalade (2004), "A transição tecnológica na saúde: desafios para a gestão do trabalho", *Trabalho, Educação e Saúde*, 2(2), 287-310.
- MARTINS, Maria Inês Carsalade & DAL POZ, Mário Roberto (1998), "A qualificação dos trabalhadores e as mudanças tecnológicas", *Physis: Revista Saúde Coletiva*, 8(2), 125-146.
- MÉDICI, André Cezar et al. (1999), "Aspectos conceituais e metodológicos sobre força de trabalho no Brasil", in: SANTANA, José Paranaguá & CASTRO, José Luiz (orgs.), *Capacitação em Desenvolvimento de Recursos Humanos de Saúde*, Natal, Editora da UFRN, 93-107.
- MERHY, Emerson Elias (2007), "Um dos grandes desafios para os gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar os modelos de atenção", in: MERHY, Emerson Elias et al. (orgs.), *O Trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano*, 4. ed., São Paulo, Hucitec, 11-54.
- MERHY, Emerson Elias & FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz (2002), *Novo Olhar sobre as Tecnologias de Saúde: uma necessidade contemporânea*, Hucitec, São Paulo.
- NOGUEIRA, Roberto Passos (1996), "Estabilidade e flexibilidade: tensão de base nas novas políticas de recursos humanos em saúde", *Divulgação em Saúde para Debates*, 14, 18-24.
- PAIM, Jairnilson da Silva (2009), *O Que é o SUS*, Rio de Janeiro, Editora Fiocruz.
- SÁ, Marilene de Castilho & AZEVEDO, Creuza da Silva (2010), "Subjetividade e gestão: explorando as articulações psicossociais no trabalho gerencial e no trabalho em saúde", *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(5), 2.347-2.354.
- SILVA, Ana Lúcia Abrahão da (2005), "Educação profissional e gestão em saúde: pressupostos teórico-conceituais na formação de profissionais de nível médio", *Trabalho, Educação e Saúde*, 3(2), 351-369.
- VIEIRA, Mônica. (2007), "Trabalho, qualificação e a construção social de identidades", *Trabalho, Educação e Saúde*, 5(2), 243-260.