

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ – UFC
FEAAC – FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA
CONTABILIDADE E SECRETARIA EXECUTIVA.
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO**

**SIGNIFICADO DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO
DOMICILIAR PARA OS TRABALHADORES DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR**

Rosane Costa Nóbrega

Fortaleza-Ce.
2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

ROSANE COSTA NÓBREGA

**SIGNIFICADO DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO
DOMICILIAR PARA OS TRABALHADORES DA EQUIPE
MULTIDISCIPLINAR**

Dissertação final apresentada a pós-graduação da Faculdade de Economia, Administração, Atuária, Contabilidade e Secretaria Executiva da Universidade Federal do Ceará, como exigência final para a obtenção do título de Mestre em Administração de Recursos Humanos.

Orientadora: Profa. Dra. Hilda
Coutinho de Oliveira.

Fortaleza - CE
2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ - UFC
FEAAC – FACULDADE DE ECONOMIA, ADMINISTRAÇÃO, ATUÁRIA
CONTABILIDADE E SECRETARIA EXECUTIVA.
DEPARTAMENTO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ADMINISTRAÇÃO
MESTRADO PROFISSIONAL EM ADMINISTRAÇÃO

DISSERTAÇÃO

SIGNIFICADO DO PROGRAMA DE ATENDIMENTO DOMICILIAR
PARA OS TRABALHADORES DA EQUIPE MULTIDISCIPLINAR

de

Rosane Costa Nóbrega

Dissertação aprovada em ____/____/____

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA:

Profa. Hilda Coutinho de Oliveira – Dra.
Orientadora

Prof. Antonio Caubi Ribeiro Tupinambá – Pós.Dr.1º

Profa. Maria Célia de Freitas – Dra. 2º

Dedico este trabalho

Ao meu pai, **Oscar Costa de Sousa** (*in memoriam*), que com paciência pedagógica, me ensinou a pensar, a ter determinação e coragem, e a buscar as coisas que me parecessem inatingíveis. E a minha mãe, **Maria Ester Soares Costa Sousa**, que me ensinou a ler, escrever, e a enfrentar os obstáculos da vida, com graça e serenidade.

AGRADECIMENTOS

Ao **Divino Espírito Santo**, meu grande mentor, pelas: inspirações, providências, e abertura dos caminhos no percurso deste estudo.

Ao meu marido, **Wesson**, pelo apoio na trajetória do curso da vida, e do mestrado.

Às minhas filhas, **Samantha e Candice**, por serem “as fontes geradoras” da minha força para não “desistir nunca.”

Ao meu filho, **Jivago** (*in memoriam*), que me ensinou com sua breve vida, que o amor é uma energia eterna.

Aos meus netos, **Kalil e Nicole**, por trazerem para os meus dias, a esperança necessária, para se levar qualquer projeto adiante.

Aos meus irmãos, **Ednardo, Lúcia, Régis e Rogério**, por me ensinarem a exercitar a sensibilidade, através dos caminhos da arte.

À **A+I – Arquitetura, Instalações, Projetos, Consultoria S/C Ltda**, pelo suporte logístico e financeiro.

À **CAFAZ – Caixa de Assistência aos Fazendários Estaduais**, especialmente ao seu Presidente, **Dr. Luiz Pontes**, por ter gentilmente me cedido espaços para o campo de pesquisa desse estudo. E aos colegas de trabalho do PAD, que aceitaram participar desta pesquisa, e que a tornaram possível.

A minha orientadora, Profa. Dra. **Hilda Coutinho de Oliveira**, pelas suas intervenções e indicações preciosas, e pelo exemplo de dedicação ao conhecimento.

Ao Prof. Pós Dr. **Antonio Caubí Ribeiro Tupinambá**, E a Profa. Dra. **Maria Célia de Freitas** por terem gentilmente aceito o convite de fazerem parte de minha banca examinadora, e por trazerem contribuições valiosas, que foram acrescentadas a esse estudo.

Aos Professores do MPA, Doutores **Augusto Cezar de Aquino Cabral, Serafim Ferraz, Luiz Carlos Murakami, José Barros Neto, Verônica Morais Ximenes, Sandra Maria Santos, Terezinha de Jesus Pinheiro Maciel, Hilda Coutinho de Oliveira**, que de forma generosa, compartilharam comigo parte de seus conhecimentos, através das disciplinas: Teoria das Organizações, Estratégia Empresarial, Aprendizagem nas Organizações, Cultura e Comportamento Organizacional, Comportamento do Consumidor, Gestão Estratégica e Tecnológica de Recursos Humanos, Metodologia da Pesquisa, Epistemologia e Tecnologias de Ensino-Aprendizagem; arcabouço teórico-científico, que referenciou este estudo.

Aos funcionários da coordenação do MPA, em especial os secretários do curso, **Jaqueline e Cleveland**, que sempre me atenderam com cordialidade e prontidão.

Aos meus colegas de turma, pessoas especiais, com os quais muito aprendi, durante estes dois enriquecedores anos de minha vida.

“Um problema identificado é uma benção, pois representa uma oportunidade de melhoria”.

(Ditado comum no Japão, anônimo)

APRESENTAÇÃO

Caracteriza-se a presente dissertação, como uma pesquisa de abordagem qualitativa em que se utilizou como tipo de estudo questionários estruturados. Tem como título “Significado do Programa de Atendimento Domiciliar para os trabalhadores da equipe multidisciplinar” e compõe-se de 3 capítulos dirigidos a compreensão do tema.

O Capítulo 1 (**Introdução**) traduz a escolha da temática de estudo, em que discorro sobre o interesse em pesquisar o tema, procurando tecer algumas considerações que julguei pertinentes para o início do estudo. Nele incluo, também, a problemática, a justificativa e os objetivos.

O **Trajetó Metodológico** compõe o Capítulo 2, no qual descrevo todo o processo e o modo como este ocorreu. A importância da linha de pesquisa: Psicodinâmica do Trabalho, inaugurada por Dejours (1999). Reporto-me ainda, nesse capítulo, aos depoimentos dos sujeitos participantes da pesquisa, cujos dados e informações confrontadas com a teoria, possibilitaram a definição de categorias de análise que nortearam o estudo.

A **Fundamentação Teórica** – objeto do Capítulo 3 – parte do contexto das idéias de Dejours (1999), onde são discutidos os dois pólos: sofrimento psíquico e prazer, que permeiam o universo dos trabalhadores da área da saúde. Neste capítulo, também foram contextualizados o Trabalhador da área da saúde, a Saúde Mental dos trabalhadores da área da saúde, o Atendimento Domiciliar em

saúde, a Gestão Estratégica e Tecnológica de Recursos Humanos, partindo de uma perspectiva nova para os serviços de atendimento domiciliar – profissionais de saúde reflexivos e comprometido com a qualidade de vida dos que atendem.

A luz das idéias de Dejours (1999) sobre sofrimento psíquico e prazer, essas reflexões foram aprofundadas na discussão e análise dos resultados, no Capítulo 4, através das **Vozes dos Sujeitos**, para construir a compreensão dos resultados do estudo. Neste capítulo analisei as dimensões definidas no capítulo 2, procurando estabelecer uma mediação entre o pensamento dos teóricos e os depoimentos dos sujeitos. Tal análise levou-me a resultados que foram sistematizados nas Considerações Finais, a partir dos quais posso sugerir a aplicação dos resultados da pesquisa.

Ao final do trabalho, no segmento ANEXO, estão alguns documentos, a título de ilustração.

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1 - INTRODUÇÃO.....	.....
CAPÍTULO 2 – TRAJETO METODOLÓGICO.....	.....
CAPÍTULO 3 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	.....
. O Trabalhador da área de saúde .....	.....
. A Psicodinâmica do Trabalho .....	.....
. Saúde Mental dos Trabalhadores da área da saúde.....	.....
. O Cuidado Domiciliar.....	.....
. A Gestão Estratégica e Tecnológica de recursos Humanos nas Organizações de Saúde.....	.....
CAPÍTULO 4 – VOZES DOS SUJEITOS.....	.....
. Significado do Trabalho.....	.....
. Conceito de Sofrimento Psíquico no Trabalho.....	.....
. Conceito de Prazer no Trabalho.....	.....
. Conhecimento do Trabalho .....	.....
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	.....
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	.....
ANEXOS.....	.....

RESUMO

Este estudo tratou sobre os significados atribuídos ao PAD por parte de 8 trabalhadores que integravam a equipe interdisciplinar, atuante no citado programa instaurado em Fortaleza, no Ceará. A pesquisa teve fundamentação no método qualitativo e na técnica da entrevista semi-estruturada. As idéias de Dejours, concernentes a psicodinâmica do trabalho e sua relação com o prazer e o sofrimento psíquico dos trabalhadores, fundamentaram a compreensão de seus conteúdos e subsidiou a análise dos dados. Os sujeitos foram dos gêneros masculino e feminino, com idades entre 29 a 45 anos e integravam a equipe do PAD (Programa de Atendimento Domiciliar) há mais de um ano. As entrevistas foram transcritas e analisadas, destacando-se questões recorrentes em meio aos dados plurais, almejando-se decifrá-los. Suas descobertas, que não se aplicam a generalizações, foram resumidas nas considerações finais, onde também se destacou, que o PAD significa para esses trabalhadores uma estratégia de atuação, que funciona como agente indutor e produtor de vida e saúde, dentro de um enfoque interdisciplinar e que produz a elevação da qualidade das “vidas” sob a sua monitoração, proporcionando a racionalização dos custos financeiros para a CAFAZ (Caixa de Assistência aos Fazendários Estaduais do Ceará) num cenário de saúde atual, hegemônico e hospitalocêntrico. Os resultados da pesquisa mostraram também, que os membros do PAD admitem, que é preciso que se desenvolvam melhores políticas de Recursos Humanos na Organização, que possam intervir nas situações de sofrimento psíquico da equipe do PAD, com o objetivo de diminuí-lo e de potencializar as vivências de prazer no trabalho.

PALAVRAS- CHAVE: trabalhador da área de saúde; equipe multidisciplinar; gestão dos serviços de saúde, cuidado domiciliar.

ABSTRACT

This study is referred to the meanings attributed to PAD on one's eight workers' side who joined the interdisciplinary team, active in the referred program established in Fortaleza, Ceará. The research has theoretic basis in the qualitative method and the semi-structured interview. The Dejours ideas, concerning about work psychodynamic, and its connection with the workers psychological pleasure and suffering, based the comprehension of its contents work psychodynamic, and it made real trough. The subjects were male and female, genders ages between 29 and 45 years old, and they joined PAD team for more than a year. The interviews were transcribed and analyzed, highlighting questions according to several data's, longing for understand them. His discoveries, that don't apply to generalizations, are abridged on final consideration, where it also highlighted that their results showed, that PAD means to these workers a strategy, of acting that works as inducer agent and life and health, producer in an interdisciplinary approach, that cause the rise of "lives" quality under its monitoration, providing the financial costs racionalization to CAFAZ, in a view of current health, hegemonic and centerhospital. The research participants, recognize the existence of situations, that cause pleasure and suffering in the work developed at PAD, and admit that is necessary, to be developed better politics of Human Resources in Organization, that can, intervene in suffering situation of PAD team, to aim at reduce it and potencialize the experiences of pleasure at work.

KEY-WORDS: health area worker, multidisciplinary team, health services management, home care.

RESUMEN

Este estudio trató de los diferentes significados atribuidos al PAD por parte de 8 trabajadores que integraban el equipo multidisciplinar, actuantes en el referido programa instaurado en Fortaleza, Ceará. La pesquisa se concretizó a través del método calitativo y de la entrevista semi-estructurada. Las ideas de Dejours, relativas a la psicodinámica del trabajo, y su relación con el placer y el sufrimiento psíquico de los trabajadores, basaron la comprensión de sus contenidos. Los referidos sujetos eran de los géneros masculino y femenino, con edades entre los 29 y los 45, e integraban el equipo del PAD hacía más de 1 año. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas, destacándose cuestiones recurrentes en medio a los datos plurales, intentándose decifrarlos. Sus descubiertas, que no se aplican a generalizaciones, están resumidas en las consideraciones finales, donde también destaco que sus resultados indicaron que el PAD significa para esos trabajadores, un estrategia de actuación que funciona como agente de inducción y de producción de vida y salud, dentro de un enfoque interdisciplinar y que produz la elevación de la calidad de las “vidas” bajo su monitoración, ofreciendo la racionalización de los costos financieros para CAFAZ, en un escenario de salud actual hegemónico y hospitalocéntrico. Los participantes de la pesquisa, reconocen la existencia de situaciones que generan placer y sufrimiento en el trabajo desarrollado en el PAD, e admiten que es necesario, que se desarrollen mejores políticas de Recursos Humanos en la Organización, que puedan intervenir en las situaciones de sufrimiento del equipo del PAD, con el objetivo de disminuirlo y de potenciar la vivencias de placer en el trabajo.

PALABRAS-LLAVE: trabajadores de salud; equipo multidisciplinar; gestión de los servicios de salud; cuidado domiciliar.

Capítulo 1 - INTRODUÇÃO

Este estudo retrata minha vivência como enfermeira, durante o meu desempenho como gerente administrativa de um Programa de Atendimento Domiciliar, o que me levou ao aprofundamento das situações vivenciadas, através da pesquisa que apresento nesta dissertação.

Meu interesse específico em estudar esse tema fluiu de inquietações, quando assumí o cargo de gerente do PAD¹. Essa posição trouxe consigo, uma compreensão crescente do lado mais subjetivo desse serviço, o que me mobilizou, para que no decorrer da minha gestão, eu estudasse “ a gerência”, e as idéias de alguns teóricos da administração (Schön, 1978; Senge, 1990), sobre Organizações que Aprendem. Com essas referências teóricas e práticas, adotei como norte de minhas ações, a aplicação do conhecimento adquirido nas leituras dos referidos autores e de outros (Becher, 2001; Donadio, 1999; Dutra, 2001; Friedman, 2000; Hamel, 2000; Limongi-França, 2003; Marras, 2000; Prahalad, 1995; Hardy; Nord, 1998; Mayo, 1959; Ford, 1954; Taylor, 1987; Bertalanfy, 1973; Chanlat, 1996; Kolb, 1996; Shein, 1982; Porter,1996; Mintzberg,1987; Fleury, 1995), dentre outros, durante o curso de Mestrado em Administração em Recursos Humanos, quando constatei que as Organizações de trabalho, devem sempre estar numa perspectiva de educação permanente, como recurso essencial no desempenho de suas ações, e fortalecí a convicção de que um gerente deve ser co-responsável pelo desempenho da equipe sob a sua administração.

Nessa convivência diária, monitorando uma equipe multiprofissional de saúde, percebi nos trabalhadores que a formavam, conhecimentos insuficientes e confusos sobre a proposta do PAD. Também pude observar desinformações no

¹ PAD – Programa de Atendimento Domiciliar da CAFAZ – Caixa de Assistência aos Fazendários Estaduais do Ceará.

que diz respeito ao novo modelo de saúde proposto pelo SUS² de atenção integral a saúde, o que parecia dificultar a integração da promoção a saúde e da prevenção de agravos, ao atendimento prestado a demanda do PAD. Além disso, um fato me chamou a atenção – a fragmentação da equipe, a incomunicabilidade entre as categorias profissionais, a compreensão confusa da mesma dos conceitos sobre inter, multi e transdisciplinaridade. A partir dessas observações, indaguei se não seria mais adequado, levantar o problema através de um estudo com abordagem qualitativa, que pesquisaria qual o significado do PAD para essa equipe de trabalhadores da área da saúde; desejando que os resultados desse estudo pudesse valorizar a intercomunicação dos diferentes atores da CAFAZ³ – Caixa de Assistência aos Fazendários Estaduais – gestores e equipe – bem como fortaleceria o compromisso do desenvolvimento da missão do PAD em plenitude, buscando romper o modelo de saúde adotado até então, centrado na assistência e tendo o modelo biomédico como centro.

Segundo Borges (2004), a importância das pessoas ou dos recursos humanos, para o satisfatório funcionamento das instituições, é um fato indiscutível na ciência administrativa. A equipe de trabalhadores que atua na área da saúde, a propósito, configura-se como uma significativa estratégia para a contínua melhoria da qualidade dos serviços prestados aos usuários. O binômio saúde-doença, aliás, no nosso país, é problemático e requer reflexões que busquem equacionar as dificuldades sócio-políticas.

As pessoas, portanto, significam para os serviços de saúde, um instrumento fundamental na construção de uma assistência abrangente, buscando a compreensão de cada problema, a partir de suas inter-relações dialéticas com o todo e com os vários aspectos que o compõem.

De acordo com Vasconcelos (1997), a maior dificuldade encontrada na assistência à saúde na sociedade atual, não decorre tanto da falta de conhecimento

² - SUS – Sistema Único de Saúde.

³ CAFAZ – Caixa de Assistência aos Fazendários Estaduais do Ceará.

e tecnologia, mas da incapacidade dos profissionais de interrelacionarem-se dialeticamente e negociarem os diversos saberes, interesses, procedimentos técnicos e recursos materiais diante de problemas concretos.

Sendo assim, ante a fragmentação da vida política e social, deve haver uma recomposição de uma abordagem mais globalizante de saúde. De acordo com essa óptica, observei que ante a fragmentação da equipe multidisciplinar do PAD, havia contraposições, conflituosos sentimentos de sofrimento psíquico nos trabalhadores de saúde que formavam a equipe, o que me fez despertar para que era preciso uma recomposição do grupo, dentro de uma abordagem mais integral, que valorizasse as relações interpessoais e o diálogo entre os atores da CAFAZ, e que suscitasse reflexões importantes, que interferissem em resultados de impacto para o serviço, e em vivências mais prazerosas para os trabalhadores do PAD.

O presente estudo aborda a problemática do significado do PAD para a equipe multiprofissional que nele atuam. As inter-relações e intercomunicações dessa equipe com a demanda e com os gestores, buscando construir vínculos coletivos para facilitar a compreensão plena do significado e da missão do PAD. Trata-se de um estudo da subjetividade do PAD, que requer dos seus trabalhadores, sensibilidade, formação de vínculos profissionais e afetivos, interação dialógica com os gestores e demanda.

Adotei como principal base teórica, as idéias de Dejours (1999), expressas nos seus estudos sobre a Psicodinâmica do Trabalho, aonde se contrapõem os sentimentos de sofrimento psíquico e prazer vivenciado pelos trabalhadores no desempenho de suas ações laborais, para melhor compreender e interpretar os sentidos, as emoções e as percepções atribuídas ao PAD pela equipe multidisciplinar.

Dessa forma, investir no estudo e na compreensão do real significado do trabalho, é portanto, uma importante ação para obter-se maior visibilidade dos trabalhadores do lado mais subjetivo do seu trabalho, como também para

minimizar os sofrimentos psíquicos que comprometem a qualidade de vida e do trabalho, como também, para evitar transtornos na saúde mental e deterioração da auto-estima dos trabalhadores.

Notas Explicativas

1.1 À medida que os substantivos masculinos forem sendo citados, subentende-se que os substantivos femininos também estão incluídos na discussão; estratégia escolhida para tornar o texto mais didático.

Durante a revisão bibliográfica que antecedeu a dissertação, verifiquei que alguns autores que tratam sobre o tema “Trabalho” (Meda,1999; Schanapper,1988; Ferreti,1994;) dentre outros, discorrem sobre as análises sociais, políticas e jurídicas do trabalho, não sendo porém, tão freqüentes as reflexões sobre o valor, sentidos e significados que os trabalhadores lhe atribuem. Daí a necessidade de mais estudos sobre o lado mais subjetivo do trabalho, pois só a partir de uma concepção global do homem e do seu trabalho, a problemática poderá ser devidamente analisada. Por essa razão, as ciências mais centradas na dimensão subjetiva do ser humano (Psicologia, Filosofia, dentre outras) têm abordado essa temática a partir de um ponto de vista mais existencial, centrado nos sentidos e significados do trabalho, com a preocupação de o tornar, mais um instrumento de bem estar e qualidade positiva de vida dos seres humanos, procurando ser um contraponto às lógicas mercantilistas a serviço dos grupos capitalistas que controlam o mundo.

A partir dessas observações, e a partir dessas referências, evidencia-se a necessidade de um trabalho de maior profundidade no que diz respeito as conseqüências e impactos sobre a saúde psíquica e somática dos trabalhadores de saúde, advindos dos conflitos, da falta de significado, da ausência de vínculos afetivos, da falta de espaços de diálogo e de comunicação, da falta de participação

nas políticas que delineiam as ações de trabalho, que são os reflexos das situações vivenciadas pelos trabalhadores e que definem a saúde psíquica e somática dos mesmos. É neste contexto, que se pretende estudar, de acordo com o referencial teórico e os conceitos da psicodinâmica do trabalho, como o significado do trabalho percebido pela equipe multidisciplinar, pode interferir no surgimento do prazer e do sofrimento durante as ações de trabalho, o que reflete diretamente na qualidade e na efetividade do PAD.

Para embasar essas ações, busquei algumas referências teóricas, para desenvolver a percepção do problema na prática. Dentre algumas contribuições teóricas, destacam-se as idéias de Cruz e Barros (2000), quando dizem que pela razão de o trabalho ocupar um lugar de muito significado dentro da construção da identidade do sujeito, pode vir a ser fonte de desenvolvimento profissional e prazer, como também, de conflitos que possibilitam a emergência de sofrimento psíquico; e quando ressaltam que o valor e o significado do trabalho humano são fundamentais para que a pessoa possa pensar objetivamente sobre o que faz, e assim ter uma maior noção dos recursos subjetivos gerados pelo trabalho realizado.

Essa dimensão, subjetiva, tem sido estudada com muito aprofundamento por Dejours (1991; 1993; 1998), que expressa idéias articuladas a organização do trabalho, caracterizada pelo conteúdo da tarefa e relações profissionais, a qual exerce importante impacto no funcionamento psíquico do trabalhador gerando prazer ou sofrimento; dependendo do quanto à tarefa é significativa para ele, e se as relações com colegas e gestores, são ou não, de reconhecimento, cooperação, confiança e solidariedade.

A realidade desses dados e informações pesquisadas por Dejours, (1991; 1993; 1998) foi considerada e destacada no presente estudo, por concordarmos com o autor, e compreendermos que por serem o prazer e o sofrimento, vivências

individuais e subjetivas, e muitas vezes inconscientes, estas atuam como resultantes na realidade objetiva e concreta do trabalho.

Diante deste contexto, várias questões foram suscitadas: Como conseguir desenvolver este estudo num contexto aonde a dimensão subjetiva é tão pouco valorizado ou compreendida? Que procedimentos metodológicos seriam mais adequados? Como recriar uma metodologia baseada nas idéias de Dejours?

Desta forma, tornou-se relevante para mim avaliar o significado do PAD para os profissionais de saúde integrantes da equipe do programa, no sentido de facilitar a compreensão do significado atribuído às suas ações de trabalho. A pesquisa teve também, como objetivos específicos: Conhecer as atividades desenvolvidas por esses profissionais segundo suas percepções; Analisar a relação da proposta do PAD com as desenvolvidas pelos profissionais; Analisar os conteúdos emocionais instigados pelo atendimento domiciliar.

OBJETIVOS

Geral

Avaliar os significados do PAD para os profissionais de saúde integrantes da equipe do programa.

Específicos

Conhecer as atividades desenvolvidas por esses profissionais, segundo suas percepções.

Analisar a relação da proposta do PAD com as desenvolvidas pelos profissionais.

Analisar os conteúdos emocionais instigados pelo atendimento domiciliar.

CAPÍTULO 2 – TRAJETO METODOLÓGICO

Para desenvolver este estudo, utilizei uma abordagem metodológica através de questionários capazes de responder aos objetivos propostos. Este estudo teve como base empírica às experiências vivenciadas pelos sujeitos que formam a equipe multidisciplinar do PAD. Suas percepções, afetos, emoções, dificuldades, foram provocados e ouvidas como meio de despertá-los para o significado do atendimento domiciliar realizado por uma equipe multidisciplinar de saúde. O questionário foi estruturado como um instrumento que os levassem a compreender o PAD e sua condição de trabalhador do mesmo. Através do despertar das consciências, dos sentimentos, das percepções, das experiências vividas percebeu-se que esses sujeitos aprofundaram e se situaram nesse tipo de atenção á saúde – a domiciliária.

Segundo Freire (1980, p. 47- 48), “ (...) *é preciso conduzir os adultos a conscientizarem-se primeiro, para que (...) sua condição de pessoa e, portanto de sujeito – converta-se para ele em caminho de opção. Neste momento, o homem politizará a si mesmo.*

Ao refletir sobre essa fala de Freire, percebe-se que, os sujeitos aprofundam a consciência de sua problemática real, quando param para pensar e falar sobre ela, daí buscando meios de enfrentar a situação, para daí viver melhor.]

Acentua Freire (1983) que, durante todo o tempo de uma pesquisa, é preciso estar atento para o que se fala. As falas, as frases, entrevistas, discussões, tudo está carregado de sentidos e significados.

A escolha de tal abordagem – criar um espaço de fala para a equipe multidisciplinar do PAD - proporcionou maior conhecimento da realidade do grupo, condição indispensável para a realização da pesquisa.

Tipo de Pesquisa

O estudo utiliza-se do uso do método qualitativo, considerado como um método de pesquisa que envolve uma análise em profundidade de um indivíduo, grupo, instituição ou qualquer outra unidade social, e por apresentar a coleta e análise sistemática de materiais narrativos mais subjetivos, com pouco controle imposto por (POLIT ; HUNGLER, 1995).

É uma pesquisa de caráter qualitativo, pois objetiva conhecer os fenômenos humanos, os quais não podem ser compreendidos de maneira segmentada ou como objetos delimitados e assim, quantificados. As metodologias qualitativas têm como objeto de estudo, segundo Minayo (1998), o ser humano e a sociedade.

Os estudos qualitativos incorporam como objeto de estudo a questão do significado (opiniões, crenças, valores) e da intencionalidade – referentes aos atos, às relações, as estruturas sociais – dos sujeitos investigados. Minayo (1998), destaca as diferentes formas de observação como componentes essenciais de pesquisa qualitativa na fase de trabalho de campo. A autora discute a palavra, como símbolo de comunicação por excelência, e interação entre o pesquisador e os atores sociais estudados, como parte fundamental da investigação qualitativa.

Ressaltando a importância da técnica de análise de conteúdo e da sintetização dos princípios, para a devida interpretação dos dados na pesquisa qualitativa.

Buscou o estudo qualitativo, compreender os sentidos atribuídos por trabalhadores do PAD com abordagem narrativa e descritiva, relatando dados relacionados aos sujeitos da pesquisa. A pesquisa qualitativa, segundo Lakatos (2001), aborda quatro aspectos: investigação, registro, análise e interpretação de fenômenos atuais, objetivando o seu funcionamento no presente.

Local

O estudo foi realizado na cidade de Fortaleza, estado do Ceará; um centro urbano de grande porte; Nesta cidade situa-se a CAFAZ, associação, multipatrocinada e pessoa jurídica de direito privado, considerada de utilidade pública pela Lei Estadual n.12.090, de 30 de março de 1993, instituição social com sede e foro jurídico, na Av. Alberto Nepomuceno, 78, Centro de Fortaleza, capital do Estado do Ceará.

A CAFAZ é uma associação multipatrocinada pela SEFAZ⁴, pela UFFEC⁵, pelo SINTAF⁶, e pela AAFEC⁷. E tem como associados ao seu plano de saúde os servidores fazendários, os empregados das entidades patrocinadoras e os da própria instituição, sendo portanto uma autogestão de economia solidária, tendo nas contribuições e taxas de administração pagas pelos associados a sua renda constituída. Dentro da assistência prestada aos seus associados e seus dependentes inscritos, encontra-se auxílios destinados á cobertura por ressarcimento de despesas com a promoção, proteção e recuperação da saúde, além da assistência jurídica e social. A autogestão em saúde, é uma modalidade que não possui fins lucrativos e destina-se a empregados ativos, aposentados,

⁴ SEFAZ - Secretaria da Fazenda. Do Estado do Ceará.

⁵ UFFEC- União dos Funcionários Fazendários do Estado do Ceará.

⁶ SINTAF- Sindicato dos Servidores Públicos Cíveis do Grupo Tributação, Arrecadação e Fiscalização do Ceará.

⁷ AAFEC- Associação dos Aposentados Fazendários do Estado do Ceará.

pensionistas ou associados, e seus dependentes, participantes da empresa, associação, sindicato, fundação, caixa de assistência ou entidade de classe profissional. A flexibilidade no gerenciamento dos recursos é uma das principais vantagens da autogestão, possibilitando uma melhor relação custo/qualidade dos serviços contratados e o adequado controle dos gastos. Trata-se de um sistema que prioriza os beneficiários em todas as suas decisões, com atenção integral e preventiva, o que contribui de forma decisiva para bom atendimento ao usuário e a significativa redução de custos.

A autogestão é a forma na qual as próprias empresas administram programas de assistência à saúde para seus empregados. As organizações podem ainda contratar terceiros para administrar os programas. Algumas chegam a financiar totalmente os planos de seus funcionários. As entidades representativas do setor eram, até 2002, a ABRASPE⁸ e o CIEFAS⁹”. As entidades uniram-se e hoje o setor é representado pela União Nacional das Instituições de Autogestão em Saúde - UNIDAS¹⁰, que tem abrangência nacional e está representada em todos os estados do País. Administradoras, segundo a ANS¹¹, são as empresas que oferecem planos ou serviços de assistência à saúde; A CAFAZ é, portanto, uma administradora dos serviços de assistência a saúde dos servidores fazendários do estado do Ceará.

No mesmo endereço ocupado pela CAFAZ, funciona o PAD, que é instalado em uma sala composta por: um balcão de atendimento com três recepcionistas, uma sala de espera, e um salão para reuniões, atividades de educação e oficinas de trabalho. Neste salão, que tem como mobiliário uma mesa de reuniões com 12 assentos, 02 mesas de trabalho, 04 estantes, um aparelho de ar condicionado; foram realizadas as entrevistas com os trabalhadores do PAD,

⁸ **ABRASPE** – Associação Brasileira dos Serviços de Saúde Próprios de Empresas.

⁹ **CIEFAS**-Comitê de Integração de Entidades Fechadas de Saúde.

¹⁰ **UNIDAS**-União das Instituições de Auto-Gestão em Saúde.

¹¹ **ANS**- Agência Nacional de Saúde.

que aceitaram o convite para participarem da pesquisa. Para a realização das entrevistas, estas foram previamente acordadas e apazadas para os dias 10/ 11/ 12/ 13/ 14 de novembro de 2005, das 13:30 às 16:00 horas.

Sujeitos/População

A população em estudo foi caracterizada por 8 sujeitos que trabalham como profissionais de saúde na CAFAZ, locados no PAD, autogestão que oferece um programa de assistência domiciliar para seus beneficiários. Os sujeitos escolhidos para serem a amostra da pesquisa foram selecionados por escolha intencional e divididos em categorias: um médico, uma enfermeira, uma assistente social, um fisioterapeuta, uma psicóloga, uma fonoaudióloga, uma terapeuta ocupacional, uma nutricionista, todos integrantes da equipe que compõem o PAD.

Os critérios de escolha foram os seguintes: um representante de cada categoria profissional da equipe de trabalhadores que compõe o PAD, disponibilidade para ser entrevistado e participar de um estudo científico, com base no método qualitativo, e nas técnicas de entrevistas através de questionários com foco principal nas idéias do autor: Dejours, que subsidiou teoricamente as questões formuladas através de perguntas estruturadas.

A amostra foi definida, pela aceitação desses sujeitos, que foram pré-selecionados, observando-se os seguintes critérios de inclusão no estudo: mais de um ano no PAD, desejar participar e disponibilizar tempo para responder o questionário; escolaridade mínima: graduação.

Instrumentos

Foi criado um formulário estruturado, previamente construído pela pesquisadora para obter dados necessários ao estudo. Esse questionário foi aplicado aos sujeitos participantes da pesquisa nos dias e horários previamente

acordados entre pesquisadora e sujeitos. Ressalta-se que 3 dos sujeitos, solicitaram mudar a estratégia anteriormente esclarecida pela pesquisadora através de termo de consentimento (ver no ANEXO) e consentida por todos os sujeitos da pesquisa, justificando a necessidade de maior espaço de tempo para poder responder às perguntas formuladas no questionário.

4.5 Procedimentos / Coleta de dados

Após definição do local da pesquisa, fiz contato com o presidente da CAFAZ, e levei ao seu conhecimento o objetivo do estudo e solicitei autorização por escrito para sua realização (ANEXO). Ficou acertado entre as partes, que o processo da pesquisa seria iniciado em novembro de 2005, e que os dados das entrevistas, depois de devidamente analisados e transformados em resultados, seriam devolvidos a CAFAZ, após a defesa da dissertação, que foi prevista na ocasião, ser realizada em maio de 2006.

No período de 20 a 24 de novembro foram feitos os convites aos participantes escolhidos para serem os sujeitos da pesquisa, ocasião em que foi assinado pelos participantes que aceitaram o convite, um termo de consentimento livre e esclarecido (ver no ANEXO), garantindo aos sujeitos da pesquisa o anonimato. A coleta de dados foi realizada no período de 3 a 6 de Janeiro de 2006, no horário de 14:00 às 16:00 hs, em uma sala reservada do PAD, tendo sido planejado o espaço de 1 hora para cada participante, e disponibilizado duas entrevistas/dia. O tempo gasto com as entrevistas variou entre os sujeitos, embora tenha sido calculado anteriormente 1 hora para cada participante. As observações feitas pela pesquisadora foram registradas em um diário à parte dos questionários, sendo que essas anotações foram feitas após cada entrevista realizada, para não se perderem fatos observados e considerados relevantes para o estudo. O questionário constou de nove perguntas e colheu informações sobre os sentidos atribuídos ao PAD através dos participantes do estudo. Para o registro de dados,

foram usadas questões abertas, para gerar a possibilidade de um maior espaço de fala aos sujeitos. Os dados deveriam ser registrados em gravador, e transcritos, no formulário construído em forma de questionários, mais por ter sido rejeitado o método de gravação das falas pelos sujeitos a serem entrevistados, optou-se por transcrição direta das falas, nos questionários e nas anotações feitas a parte, das falas dos entrevistados. Os dados obtidos foram analisados e decodificados de acordo com os objetivos da pesquisa e fez uso de fundamentação teórica para chegar as categorias de análise; após apresentação e defesa do estudo em banca do Mestrado Profissional em Administração da UFC, serão disponibilizados a presidência da CAFAZ, como foi acordado em Junho de 2005, com o intuito de ser útil a comunidade de beneficiários do PAD. Posteriormente o estudo deverá ser publicado em revistas indexadas e em livro.

Na busca de coletar dados, foram priorizados três momentos: No primeiro selecionei os possíveis participantes da pesquisa, através de critérios pré-estabelecidos no projeto anteriormente já descritos. No segundo momento realizei os convites, colhi as assinaturas no termo de consentimento livre e esclarecido, agendei com os sujeitos as datas e horários de aplicação dos questionários.

Esses questionários foram aplicados utilizando-se a técnica de perguntas estruturadas, concebidas deixando-se espaços de expressão livre e aberta, aonde procurei estimular a livre expressão dos sujeitos, ampliando, assim, o campo de seus discursos, onde incluí, os devaneios, sentimentos, emoções e percepções. Utilizei pontos comuns nas entrevistas (ANEXO), como um fio condutor para que as falas não tomassem direções variadas. Essa estrutura era ligada ao núcleo temático a ser trabalhado durante o encontro aprazado.

Foi através do recurso da fala dos sujeitos, que percebi haver pluralidade nos sentimentos, percepções e emoções expressas através da palavra, traduzindo a

subjetividade e a realidade social e política dos sujeitos que compõem a equipe multidisciplinar do PAD, e que percebi também, o quanto o trabalho da equipe multidisciplinar do PAD é constituído por limitações e entraves, fragmentações, sublimações dos afetos e vínculos emocionais, desconhecimento ou pouca compreensão da proposta/missão do programa, quanto a integralidade da atenção á saúde; mas também, quanto a atuação desta equipe é constituído de vínculos de afeto, boa vontade, e de perspectivas de uma melhor qualidade de vida para a demanda atendida pelo programa.

As palavras dos sujeitos foram ricas de sentidos e apontaram para as questões que geram sofrimento psíquico e também prazer no trabalho realizado no PAD, em congruência com as idéias de Dejours (1999), sobre a Psicodinâmica do Trabalho, abrindo assim, perspectivas para análise do problema.

Alguns dos depoimentos a seguir ilustram essa situação:

- _ “(...) *algumas famílias são prepotentes e dominadoras; é preciso muito jogo de cintura (S-6)*
- _ “(...) *a Organização perde espaço, porque os funcionários se encolhem, deixam de ousar, de serem criativos, e não doam mais suas idéias (S-8)*
- _ “(...) *as políticas internas da CAFAZ é um elemento muito grande de entrave, Os gestores são bons nas contas, mas precisam melhorar na compreensão dos investimentos necessários, para realizarmos um trabalho de impacto no PAD (S-6)*
- _ “(...) *procuro não passar sentimentos e nem demonstrar emoção, para não fragilizar ainda mais a família (S-3)*
- _ “(...) *é um trabalho que gosto de fazer; apesar de todas as dificuldades e pouca valorização, me faz conviver com pessoas a quem posso ajudar através de minha ida até a sua casa, e aliviar as suas dores e sofrimentos (S-8)*
- _ “(...) *Muito gratificante, perceber que o enfermo e a sua família, me reconhecem como a um filho que se preocupa com eles (S-5)*

A potencialização do prazer ao realizar o trabalho domiciliar, pelo reconhecimento da transformação do sofrimento em ação produtiva no alívio das dores e do sofrimento da demanda se mostra presente nas falas dos sujeitos, assim como também, o sofrimento psíquico dos trabalhadores pelo sentimento de pouca valorização desse tipo de trabalho, pelos entraves encontrados como consequência das políticas internas da Organização mal resolvidas, pela hostilidade de algumas famílias, e ainda pela sublimação das emoções e afetos, demonstram acolher ambas as perspectivas – de prazer e de sofrimento – como legítimas, em acordo com Dejours (1996 p.137)

– “(...) *O sofrimento é inevitável e ubíquo. Ele tem raízes na história singular de todo sujeito, sem exceção. Ele repercute no teatro do trabalho ao entrar numa relação, cuja complexidade já vimos, com a organização do trabalho (...)*

Nesse sentido, Dejours (1992) analisa as situações de fundo, geradoras de elevados níveis de aflição dos trabalhadores e as estratégias encontradas pelos mesmos, de sublimação, alienação, distanciamento, para conseguirem sobreviver e continuarem empregados, embora vivenciando processos dolorosos no plano emocional, subjetivo, recalcado e silencioso.

Foi nessa perspectiva que o grupo refletiu acerca do sentido atribuído ao trabalho no PAD, chegando á significativas revelações: faziam parte de uma equipe multidisciplinar, mas não se conheciam e se relacionavam de forma superficial; trabalhavam com o mesmo objetivo, mas de forma fragmentada e pouco comunicativa; Diante dessa descoberta, a equipe refletiu acerca dessa situação e perceberam as diferenças entre equipe interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar, e que seria necessário aprender novas formas de comunicação, para virem a ser uma equipe transdisciplinar.

Um dos sujeitos expressou nessa fala seu entendimento da situação:

_ “(...) Que eles (os profissionais médicos) possam experimentar sair do EU para o NÓS. Que usem mais o ouvido, a escuta respeitosa, a interlocução em vez só da fala, que melhorem a comunicação; que escutem mais os outros profissionais da equipe, levando em consideração suas opiniões profissionais e técnicas, suas observações e argumentações; que exercitem o trabalho em equipe de forma mais interativa, repetindo e reconhecendo os diversos conhecimentos e competências técnicas (...)” (S - 3)

Essa fala justifica a importância de uma prática de trabalho em saúde, na qual a intervenção transdisciplinar favoreça o processo de expansão do saber e troca de conhecimentos, e ainda reconhecimento da diversidade de saberes na tomada de decisões terapêuticas.

As falas seguintes comprovam o despertar da equipe para a transdisciplinaridade como expansão de saberes.

- “(...) através desse tipo de atendimento (interdisciplinar) experimento o trabalhar em comunidade” (S-4)

- “(...) trabalhar em equipe consciente do que é uma equipe “de verdade” forma vínculos de co-responsabilidade” (S-8)

As reflexões dos sujeitos demonstram o despertar para a compreensão da multidisciplinaridade como um conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto, mas com falta de relações afetivas entre os membros da equipe, tanto no que se refere aos aspectos técnicos quanto aos científicos; ao paralelismo das disciplinas e coordenação inadequada, pois se limita aos aspectos burocráticos e administrativos.

A estruturação de uma equipe meramente multidisciplinar segundo Almeida Filho (1997.1:p.11), se caracteriza quando os profissionais assistem o cliente estritamente dentro de sua competência, de forma isolada e sem intercâmbio ou trocas mútuas; tendo apenas um prontuário ou anotações sobre um determinado assunto, circulando entre a equipe. Já a interdisciplinaridade, segundo o autor,

representa um nível maior de integração no domínio do cognitivo. Diferentemente da interdisciplinaridade, a transdisciplinaridade exige muito mais do que um problema comum que implique a explicitação de conceitos oriundos das diversas disciplinas. Requer que as disciplinas envolvidas sejam integradas sobre a base de uma axiomática geral compartilhada; isto significa que, muito mais do que a aproximação de conteúdos há a necessidade de uma coordenação eficaz e eficiente que compatibilize níveis de ação e objetivos diversos. Sendo também tarefa desta coordenação substituir a estruturação hierárquica de poder, por uma horizontalidade nas relações entre diferentes partes envolvidas.

Diante desses conceitos, o trabalho de uma equipe multiprofissional, formada por várias categorias profissionais, torna-se um espaço para a troca de saberes específicos a cada profissão, experiências vivenciadas por cada profissional e por um trabalho articulado, onde o conhecimento acadêmico e as experiências decorrentes das vivências pessoais e profissionais de cada categoria podem ser somadas e enriquecidas.

A atuação de uma equipe multidisciplinar a nível de atendimento domiciliar deve ser adaptada a cada situação exigida pela necessidade clínica do enfermo. A atuação da equipe então pode variar, então, de um único auxiliar de enfermagem, devidamente monitorado pelo enfermeiro, até equipes mais complexas que compreendem toda a gama de profissionais da saúde, inclusive os especialistas. Sendo considerados também como participantes desta equipe duas categorias extra-instituições de saúde: o cuidador, que pode ser um familiar, um amigo, ou um funcionário contratado pela família, e também a própria família do enfermo.

Entendo, então, que todo esse time, deve ser coordenado com maestria e cuidado, por um gerente administrativo preparado, com formação e perfil adequado ao cargo, devendo desenvolver e provocar entre todos os profissionais envolvidos na assistência e na promoção a saúde domiciliar: respeito mútuo, liberdade de

ação terapêutica e autonomia profissional articulada e monitorada. E que uma das necessidades prioritárias dessa equipe é a participação em todos os momentos do diálogo terapêutico, porque muito mais do que o conhecimento individual, o atendimento domiciliar em equipe produz também modos próprios e novos, solidários de pensar e cuidar.

Assim sendo, percebi que o que antes era fechamento, pouco a pouco se vai abrindo; a consciência passa a escutar os apelos que a convocam a refletir, a buscar significados. Através de alguns depoimentos dos sujeitos que através do pensar o significado do trabalho de uma equipe multidisciplinar a nível domiciliar, surge o diálogo entre o subjetivo e o objetivo, entre a teoria e os dados, que me permitiram definir as seguintes categorias de análise: Diálogo como ato de participação;

Essa etapa, realizada com rigor e critério, está descrita no capítulo seguinte.

CAPÍTULO 3 – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O quadro técnico que compõem este capítulo, além da contribuição dos estudos realizados pelos autores diversos, foi entiquecido pelas situações trazidas pelo que foi vivenciado durante todo o processo da construção da dissertação.

Inicialmente, faço uma contextualização do Trabalhador da área de saúde, onde ressalto a saúde mental desse profissional.

O Trabalhador da área de saúde

Para iniciar esse tópico, parti da visão de Dejours (1999) pela qual o sofrimento psíquico dos trabalhadores são reflexos da ansiedade, do medo, da impotência, da frustração, da depressão, da raiva, das aflições, dos constrangimentos, da confusão, da incerteza, da culpa, da irritabilidade, dentre outros sentimentos negativos que geram a doença social sob a qual sucumbem os trabalhadores da área da saúde, já que fazem parte de um cenário social complexo e desorganizado que compõe a ambiência da saúde. Paradoxalmente, esses trabalhadores ao exercerem seu trabalho, passam a ser referência para a clientela, de figuras humanas saudáveis fortes e consistentes; consideradas assim, por terem

escolhido um trabalho tão sofrido e pelo enfrentamento e assistência diária, das dificuldades biofísicas e psicosociais dos seus semelhantes. Diante dessas dificuldades enfrentadas, e do assistir diário do sofrimento, da dor e da fragilidade humana, e sem poder decepcionar o enfermo que o procura, o trabalhador de saúde precisa manter uma couraça de proteção; vindo dessa couraça as doenças psicossomáticas e os transtornos mentais que os acometem, advindos de um sofrimento psíquico silencioso, gradativo e constante.

As leituras realizadas, sobretudo nas obras de Dejours, me levaram a uma reflexão maior, sobre o contexto do trabalhador da área da saúde, no sentido da psicodinâmica do seu trabalho. Fundamentando-me, ainda, nas idéias de Dejours (1999), que mostra ser necessário uma maior compreensão da complexidade humana, baseada em suas observações sob o aspecto do sofrimento causado pelas pressões vivenciadas no ambiente corporativo. Segundo o autor, as vivências de prazer e sofrimento no trabalho, formam uma trilogia composta por três fatores: valorização, reconhecimento e desgaste. O prazer seria vivenciado quando o trabalhador experimenta sentimentos de valorização e reconhecimento do seu trabalho; isso fazendo com que o mesmo tenha o sentimento de que, o seu trabalho tem um sentido, que é importante e significativo para a Organização para qual ele trabalha e para a sociedade da qual ele faz parte. O reconhecimento gera o sentimento de ser aceito e admirado, na execução da sua força de trabalho e gera liberdade de expressão da singularidade e individualidade dos talentos de uma equipe. Já o desgaste do trabalhador é vivenciado, quando experimentado o sofrimento em relação ao trabalho, por falta de transparência entre gestores e trabalhadores, inseguranças, insatisfações, cansaço, desânimo e descontentamento com o contexto do trabalho dentro da Organização e com o seu objeto de trabalho.

Esses fatores que compõem as vivências de prazer e sofrimento, pressupõem a importância da criação de espaços oferecidos aos trabalhadores para manejarem

as situações que os fazem contentes ou descontentes, e que os façam pensar sobre os valores e significados atribuídos ao seu trabalho, por eles próprios e pelos gestores. Espaços que podem estar presentes de forma isolada, integrada, através de estudos com abordagens subjetivas, ouvidorias, oficinas de expressão e comunicação, e até de forma contraditória (grupos críticos e de oposição, inclusive dentro de um mesmo contexto organizacional).

A comunicação produzida por esses espaços de expressão, segundo Dejours, (1998) faz parte de uma dialética de manutenção e de transformação dos comportamentos humanos pela socialização e aprendizagem permanentes; sendo esses espaços valiosos para as instituições que desejem modelar a construção positiva de produtividade e qualidade, favorecendo uma organização marcada pela possibilidade de negociação, de regras e normas dos processos de trabalho, com participação dos trabalhadores, e gestão coletiva das necessidades individuais, grupais e organizacionais. Enquanto que, se os valores que influenciem uma organização do trabalho forem marcados pela ditadura da ausência de negociações de normas e regras, levando a naturalização de verdades inquestionáveis, passa a ter lugar nessa Organização, dissimulações e falta de prazer no trabalho; o que acarreta baixa produtividade, ausência de criatividade e boa vontade, e conseqüentemente queda de qualidade.

Através de estudos desenvolvidos por Pitta (1998; 1999), divulgou-se uma pesquisa sobre a saúde dos trabalhadores da várias categorias da saúde, com resultados desoladores quanto ao equilíbrio das pessoas que trabalham no setor da saúde. Essa crise tem suas raízes ancoradas na estrutura conceitual, que serve de suporte a teoria e a prática médica cristalizada no modelo biomédico que confunde processo patológico e origem de doenças. Parte dos pesquisadores da área da saúde tenta entender os mecanismos biológicos através dos quais a doença age nos seres humanos, para poder interferir nesses mecanismos em vez de procurar descobrir porque ocorre uma doença – miséria, angústias, solidão,

insatisfação, isolamento, desespero, etc. – e aplicar o resultado de suas pesquisas para eliminar a causa e não só os sintomas das doenças.

A aproximação do tema desenvolvido neste capítulo, com a antropologia, e com a filosofia, nos leva a reavaliações profundas do clássico, e das novas questões, vinculadas a um mundo globalizado. Cuidar, controlar, curar são ações por onde perpassam poderes históricos, sócio-culturais localizados, e micro-físicos. Referindo-se a esse perpasso de poderes, embutidos nas ações de cuidar, controlar e curar, Costa (1983), desenvolveu um estudo sobre as táticas médico-higiênicas que se insinuaram na intimidade da família burguesa do século XIX até os nossos dias. Demonstra que as famílias se desestruturaram por terem seguido a risca as normas de saúde e equilíbrio que foram impostas como manipulação política e econômica, por uma determinada classe social: a burguesa; e que todas as lições de: saúde, amor e sexo, dadas às famílias tinham um real objetivo de classe.

Nesta perspectiva, considero como importante de nota, tanto a experiência imediata e individual do doente, face aos seus problemas de saúde, como também daqueles que voltam seus interesses para a enfermidade de modo mais amplo, em contextos sociais variados. Dentre os estudos sobre as representações sociais da saúde e da doença, e dos aspectos históricos sobre o tema, observou-se como importantes e significativos as discussões que abrangem o período que se estende do final do século XVIII a metade do século XX; discussões que se centraram nas diversas visões sobre a saúde pública, sua gênese e transformações e nas suas relações com os diversos campos sociais.

As políticas públicas de saúde formuladas no período, e nas relações destas com as doenças, nos permite discorrer sobre as diversas concepções sobre o tema: saúde e doença, existente na literatura sócio-histórica. A história da saúde pública pelas lentes de Foucault (1987), nos remete para o início do nascimento da

medicina social, para o nascimento do hospital e para o nascimento da clínica. Inícios que tudo tiveram a ver, com o poder e suas relações.

Com base em algumas chaves reflexivas básicas desse autor, que estudou as instituições disciplinares e de confinamento (a escola, a fábrica, o presídio, o hospital, o exército). E o modo como ele entendia de forma revolucionária o poder, derrubando uma série de postulados tradicionais do pensamento de esquerda; e ainda, o modo como ele articulou história, antropologia, saúde e doença; observa-se que tal articulação tem sido construída a partir de alguns temas como a constituição da medicina.

Para Foucault (1987), o poder não é uma apropriação; mas sim, um conjunto de estratégias materializadas em práticas, técnicas e disciplinas diversas e dispersas. Segundo o autor, o poder não tem essência, é operatório; para ele o poder também não é um atributo, mas uma relação de forças que perpassa todo o campo social, envolvendo dominadores e dominados. O poder, encarnado no aparelho de estado, estaria subordinado a um modo de produção ou, em última instância, a uma infra-estrutura econômica. Para o referido autor, o poder é diretamente “produção”; sendo imanente à produção social e não comportando nenhum tipo de unificação transcendente ou centralização globalizante. Até então, se entendia o Estado e a esfera pública como centro de poder. Foucault (1982), ao contrário, via o poder microfisicamente, disperso em uma multiplicidade de disciplinas e de manobras táticas. Para ele, o poder não é nem global nem local, mas difuso infinitesimal.

Para se entender a importância da revolução metodológica proposta pelo pensamento Foucaultiano, em relação à saúde e a doença humana, a subjetividade pré-científica, e as superestruturas (como, por exemplo, a indústria farmacêutica), precisamos mergulhar na arqueologia do saber (correlação de formas e forças), na

genealogia do poder (lado de fora) e na estética da existência (lado de dentro). Em seus primeiros estudos, Foucault (1982), se definiu pelo método arqueológico, e estudou prioritariamente o “saber”. Entretanto, concluiu que este saber seria sempre um duplo de uma determinada correlação de forças. E foi dessa fase que surge as obras “O Nascimento da Clínica” (Foucault, 1987) e “As Palavras e as Coisas” (Foucault, 1992), que discorrem sobre as formas e as forças.

Assim, vimos que, para desvendar o verdadeiro sentido deste saber duplicado, seria necessário construir uma genealogia do poder; este projeto foi iniciado com sua obra “Vigiar e Punir” (Foucault, 1987), onde faz uma analítica do poder, dos vetores estratificados vindos do lado de fora. Já na conclusão da obra “A Vontade de Saber” (Foucault, 1992), esboça uma explicação do seu trabalho sobre o manicômio, a clínica, o presídio, o hospital, e toda a arqueologia descontínua das instituições, se explicariam por uma mudança na forma através do qual o poder se exerce: do poder baseado na morte e na punição exemplar, para o poder das punições simbólicas e administrativas. E nos últimos livros, mesmo sem responder diretamente, adota uma mudança importante: o ressurgimento da subjetividade, do “lado de dentro”, como uma auto-referência, diante do poder.

O filósofo Gilles Deleuze (1985), estudioso das obras de Foucault, diz que a sociedade globalizada vai estabelecer um novo tipo de funcionamento do poder, ainda mais introjetado e subliminar, que a disciplina - o controle contínuo a partir de um sistema numérico de cifras e senhas.- não considerando a sociedade de controle globalizado, melhor que as antigas sociedades disciplinares. O autor pensa e expressa:

– “ (...) *que embora haja avanços, o atendimento médico domiciliar deve ser melhor que o hospital, os serviços comunitários para delitos leves devem ser melhores que o encarceramento, a empresa e a participação nos lucros são melhores que a fábrica e o salário* “. (DELEUZE ,1985, p.12)

A leitura Deleuziana atualiza a abordagem de Foucault (1992), para a vida contemporânea e seus problemas atuais (consumo, dependência química e psicológica, artificialização do corpo, etc). A noção Foucaultiana de modos de sujeição, hoje nos sugere que o poder tornou-se mais bioquímico que microfísico, e que a principal estratégia atual consiste na produção hipócrita de uma sociedade de viciados. Álcool, nicotina, cafeína, açúcar, remédios, mas, sobretudo, ilusões vendidas pela mídia, que se apresenta de forma importante como uma das mais perigosas, menos cara, e menos proibida das drogas, veiculada através principalmente da Televisão, esta oferecendo, um consumo gratuito e sem controle, de imagem e som. Esse consumo interage diretamente com o universo alimentar, emocional, psíquico, sexual, e religioso do indivíduo, formando um conjunto de necessidades e, principalmente mantendo o indivíduo em níveis cada vez mais altos de estresse emocional e alienação social (ESCOBAR, 1991).

Através da Antropologia, da História e da Sociologia, percebe-se que as representações sociais que se insinuavam no binômio saúde e doença eram de caráter mágico. Entre os povos sem escrita, a doença era vista como o resultado de influências de entidades sobrenaturais externas, contra as quais a vítima comum, o ser humano não iniciado, pouco ou nada podia fazer. Hoje, em todo o mundo, os xamãs¹² continuam exercendo sua função, realizando curas através de rituais, expulsando “coisas e espíritos” que invadem os corpos das vítimas; e os sacerdotes ainda exorcizam os demônios. Já no âmago da escola hipocrática do século V a.C., está, nos relatos de Capra (1982), a afirmação de que, as doenças não são causadas por demônios ou forças sobrenaturais, mas sim por fenômenos naturais.

Os gregos hipocráticos, como os chineses e hindus, em outros contextos e com complexidades diversas, acreditavam em certos sistemas de correspondência

¹² Xamãs – Na língua dos tunguses da Sibéria, significa magos; entre os indígenas brasileiros significa pagés, que ao caírem em estado de transe, ficam possuídos por espíritos que teriam poderes para curar doenças, proteger a tribo e prever o futuro. (Dicionário Enciclopédico Ilustrado TUDO. Abril Cultural. São Paulo, 1977)

entre elementos do corpo e elementos fundamentais da natureza. Para os gregos, quatro humores corporais correspondiam à água, à terra, ao fogo e ao ar, sendo o equilíbrio do sistema a condição para a saúde. Na idade média, o mundo ocidental viveu um período profundamente influenciado pela Igreja Católica, onde as representações de saúde e doença retomaram um caráter fundamentalmente religioso, como no final do século XVIII, onde Foucault (1987), percebeu o nascimento da clínica moderna, que era a princípio, casas de assistência aos pobres, abrigos de viajantes e peregrinos, mas também instrumentos de separação e exclusão quando serviam para isolar doentes do restante da população.

O declínio da Idade Média resultou na sedimentação gradual de uma série de aspectos culturais no mundo ocidental. Uma racionalidade humanista de cunho profundamente individualista foi se impondo sobre o anonimato e o cerceamento da crítica e da criatividade que o catolicismo havia imposto. O capital mercantil afirmou-se sobre as relações sociais feudais, com o predomínio de uma burguesia mercantil e bancária sobre as tradições de sangue. As artes e as ciências floresceram, os estados nacionais se constituíram.

Desde o século XII, “o século das universidades”, um outro contexto científico foi se estabelecendo, conformando uma cisão entre o ser humano e a natureza. O ser humano que acompanhava o nascimento da ciência moderna era conquistador e proprietário da natureza, não mais seu partícipe e observador harmonioso, e sim um patrocinador de um desenvolvimento tecnológico profundamente antiecológico. Esta perspectiva abriu caminho para as práticas terapêuticas intervencionistas, ao desprezar a tolerância e o reforço das reações naturais, preconizada pelos gregos antigos.

Enquanto a clínica moderna se estabeleceu e se desenvolveu nos hospitais e laboratórios, as idéias de Broussais¹³ no século XVII, inspiraram a medicina

¹³ **BROUSSAIS**, François Joseph Victor (1772-1838), médico francês, autor de trabalhos sobre a tuberculose pulmonar e as inflamações. (Dicionário Enciclopédico Ilustrado TUDO. Abril Cultural. São Paulo, 1977)

social que surgiu com o avanço da revolução industrial no século XIX. No entender de Foucault (1987), a intervenção médica, fenômeno aplicado ao panorama mercantilista da Alemanha e da França do século XVIII e ao capitalismo incipiente da Inglaterra industrial do século XIX, fez nascer a medicina social no entrelaçamento de três movimentos apontados por Foucault (1987).

A polícia médica alemã (uma medicina de estado que instituiu medidas compulsórias de controle de doenças), a medicina urbana francesa (saneadora das cidades enquanto estruturas espaciais que buscavam uma nova identidade social), e por último, uma medicina da força de trabalho na Inglaterra industrial (onde havia sido mais rápido o desenvolvimento do proletariado). Destes movimentos surgiu a medicina social, impulsionada pelos revolucionários de 1848 e suas perspectivas de reformas econômicas e políticas, surgindo como uma empresa de intervenção sobre as condições de vida, e sobre o meio socialmente organizado pelo modo de vida capitalista, conformado pela Revolução Industrial.

No entanto, algo não aparecia nas estatísticas. Os graves problemas sociais, as desastrosas condições de vida e trabalho. Mendigos, marginais, artesãos e proletários urbanos amontoavam-se na miséria e na imundície. Então uma medicina que se auto-reconhecia como seguidora da medicina fisiológica de Broussais (1772), e adversária da medicina clínica, que entendia a medicina, como um projeto ontológico que perseguia somente os sinais e sintomas da doença e não as suas causas; o que a medicina social defendia, era o contrário. Admitia, como relata Virchow¹⁴ (1821), como sendo as causas das doenças: os miasmas e os gases pútridos emanados da corrupção de matérias diversas,

¹⁴ **VIRCHOW**, Rudolf Ludwig Karl (1821-1902), patologista e antropólogo alemão, introduziu a noção de que as doenças decorrem de modificações a nível das células.(Dicionário Enciclopédico Ilustrado TUDO.Abril Cultural.São Paulo,1977)

expelidos na deterioração crítica das condições de vida; esses miasmas por serem telúricos, emanados das fendas e dos pântanos não eram visíveis, portanto pouco considerados pela corrente médica que não perseguia as causas das doenças. E foi assim que depois, os amontoamentos e os confinamentos humanos se tornaram importantes focos “visíveis” de sinais e sintomas e as ações terapêuticas, em sua grande maioria, apenas “desodorizantes”, se voltaram para os cemitérios, prisões, hospitais, navios etc; que se tornaram alvos de ações terapêuticas.

Relata Foucault (1987), que no século XVIII, o “Cemitério dos Inocentes”, uns dos alvos da terapêutica em Paris, era tão superlotado, que os cadáveres transbordavam por sobre seus muros. Orientada pela percepção olfativa, a estratégia saneadora e terapêutica caminhou, pouco a pouco, para além dos amontoamentos até o ambiente familiar e a conseqüente desodorização individual, primeiro do outro e depois do próprio dono do sentido olfativo. Uma estratégia que encontrou artefatos exemplares no asseio do quarto, e na cama de dormir individual, e nos perfumes do século XVIII; já que a necessidade de um contínuo asseio corporal ainda era fruto de discussão, advindas do medo das doenças e da “peste”. Artefatos, como tais, inacessíveis aos pobres.

No contexto descrito do século XIX, a terapêutica política pregada pela medicina social deve ser traduzida, também, como uma ação sobre “o cheiro da pobreza”. Deve ser observado, segundo Foucault (1987), que desde a abertura dos corpos, no nascimento da clínica, foi reforçada a noção de que a doença se retirava para uma intimidade cada vez mais inacessível do espaço interno do corpo humano. A procura da doença conformou, assim, uma penetração cada vez mais profunda nos corpos, á maneira de um *zoom* exploratório que prossegue nos dias de hoje, amparado pela tecnologia moderna em busca do elemento universal da criação, que possibilite a compreensão da vida e o domínio sobre a morte.

Na perspectiva da microbiologia de então, o achado de uma causa microscópica da doença, deve ter representado, também, uma conformação à visão de mundo estabelecida pela física Newtoniana na qual tudo se originava de partículas cada vez menores, moléculas e átomos, que se movimentavam e emitiam energia. No começo do século XX, a exclusividade microbiológica imperava de tal modo na compreensão de saúde e doença, que surgiram os epidemiologistas, mas revisitando a história da doença, verifica-se, que da mais remota antiguidade, de onde surgem os ainda espantosos documentos da Babilônia, até o bloco operatório mais futurista, as atitudes face às doenças em nada se alteraram.

Ainda que se reconheça o caráter polêmico da afirmativa, o que vemos é que na lentidão da história e no domínio das mentalidades, onde as mudanças ocorrem vagarosamente, a luta que alimentou o assentamento da microbiologia no século XIX, diante da luta que ocorreu entre anti-contagionistas¹⁵ e contagionistas, perde a nitidez de seus contornos, ao nível das representações de saúde e doença.

O tempo em que estamos vivendo agora, faz emergir a necessidade de um olhar mais reflexivo e crítico sobre o processo de estar saudável / adoecer / e morrer. Independente da época e lugar em que concentremos nossa análise, sobre o binômio: saúde e doença, o centro e a atenção da assistência de saúde, sempre foi e sempre será, as relações transversais entre a natureza, os seres humanos e a sociedade. Os trabalhadores que compõe os quadros operacionais e administrativos dos ambientes terapêuticos necessitam compreender de forma plena essas relações, e nelas se moverem com harmonia, respeito e responsabilidade; quer sejam, ou tenham sido esses profissionais: um curandeiro, um xamã, um médico, um sacerdote, um bruxo, um enfermeiro, ou um cientista. Essa verdade também, independe se falamos de assistência ou gestão; pois, essas

¹⁵ Anti-contagionistas – Defensores dos miasmas enquanto agentes morbíficos.

peças estarão sempre lá, no epicentro da atenção e dos modelos de saúde, e precisarem ter a compreensão de que a atenção e a promoção da saúde, sempre dependerão dessa transversalidade com a natureza e com os diversos segmentos da sociedade humana, o que chamamos de interdisciplinaridade.

Mudanças de paradigmas e comportamentais dessas pessoas (trabalhadores de saúde) e das ambiências terapêuticas sob o domínio dos administradores, estão acontecendo, e têm sido objeto de reflexões, análises-críticas e posicionamentos das diversas áreas da ciência acadêmica, bem como dos profissionais de planejamento, dos políticos, dos administradores, dos juristas e dos economistas que se encontram nas linhas de frente da prática, e ainda das análises populares do senso comum. Partindo desse pressuposto, as representações sociais do binômio: saúde e doença, vem aprofundar questões fundamentais, que estão intimamente interligadas, na medida que as relações e os efeitos que permeiam essas duas vertentes passaram a ser, mais compreendidas em sua amplitude pelos profissionais de saúde, e precisam ser melhores reconhecidas pelos profissionais de planejamento, e pelos administradores da saúde, que em alguns casos pertençam a outras áreas de formação acadêmica.

A promoção da saúde, através de seu objetivo de integrar o indivíduo ao meio, e promover a qualidade de vida, aponta para ações de prevenção e promoção, composição do desenho de um novo paradigma, segundo o qual a assistência deve centrar-se na saúde e não na doença. Vislumbra-se um novo desafio: o de ampliar o conhecimento da população sobre os determinantes da saúde, o autocuidado, as relações com o meio em que vivem, e o direito á saúde, como estratégias para o empoderamento necessário para a aquisição de mais qualidade de vida.

O trabalhador da área da saúde, na atualidade adquiriu um caráter substitutivo quanto a alterações das práticas convencionais de assistência por um

novo processo de trabalho que inclui a promoção da cidadania e o envolvimento dinâmico e criativo, no planejamento e execução de ações intersetoriais dirigidas á melhoria das condições de vida e saúde das populações. O papel tradicional do trabalhador da área de saúde, de estudar doenças e reunir um conjunto de sinais e sintomas para melhorar o bem-estar do enfermo, assume também importante papel social. O modelo que concentra sua atenção no caso clínico, na relação individualizada: profissional e cliente-usuário, na intervenção terapêutica armada (cirúrgica ou medicamentosa), deve ser associado, enriquecido e transformado em um modelo de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação dos trabalhadores de saúde, tanto com o enfermo, quanto com os seus núcleos sociais primários (famílias); essa prática, por sua vez, impulsionando as mudanças globais e intersetoriais.

Os trabalhadores da área de saúde, além de diagnosticar e tratar a doença, encontram o desafio de também terem que discernir que apesar da doença, a autonomia e a qualidade de vida da pessoa que sofre um transtorno de saúde, deve ser mantida; e que esta pessoa, deve ser orientada por eles, a viver com qualidade; ou seja, dentro das limitações impostas pelo transtorno (físico, mental, ou psicossocial), aprender a viver da forma menos penosa possível.

Nos dias presentes, trabalhar na área da saúde segundo Lima (2005), expandiu-se para um trabalho de ação social ampla; passou a ser uma atividade que procura manter a vida sadia, evitar ou amenizar doenças, proteger o meio ambiente e preparar as pessoas para o desenlace da vida perante a morte. Segundo a autora, as principais ações propedêuticas podem ser agrupadas em sete conjuntos, a seguir: Ações de proteção á saúde, Ações de promoção á saúde, Ações de prevenção de doenças, Ações curativas, Ações de reabilitação, Ações de investigação epidemiológica, sociológica, administrativa e demográfica, Ações de ensino.

Como refere Lima (2005), todas essas áreas de atuação dos trabalhadores de saúde, são voltadas ao cuidado de seres humanos, abrangendo desde estados de saúde, até estados de doenças, sendo esses pólos mediados por transações pessoais, profissionais, científicas, estéticas, éticas e políticas. Essas transações são dinâmicas e imprevisíveis e por muitas vezes, geram tensões biofísicas e psicosociais, nos indivíduos que ingressam no universo dos trabalhadores da área da saúde.

Esses indivíduos, que ingressam como trabalhadores da área da saúde, então, podem ser graduados ou não, e estão em serviços particulares, públicos e filantrópicos. Recursos principais de qualquer sistema de saúde, que não funciona, por mais moderno e estruturado que seja, sem esses profissionais. Os trabalhadores de saúde pertencem a várias categorias de nível superior ou não. Entre elas estão, o agente de saúde, o médico, o enfermeiro, o auxiliar de enfermagem, o assistente social, o psicólogo, o farmacêutico, o educador físico, o terapeuta ocupacional, o fonoaudiólogo, o nutricionista, o dentista.

A valorização e o desenvolvimento desses recursos humanos impulsionam iniciativas para o fortalecimento de políticas e programas de promoção e de desenvolvimento dos serviços de saúde. Para que esses serviços funcionem a contento, é preciso que se estabeleçam mecanismos de investimentos, para todos os trabalhadores da saúde, numa perspectiva de educação permanente, e espaços de participação desses profissionais, para que possam refletir sobre suas atividades e fazer parte dos processos de decisões.

Além da alta taxa de desemprego, acidentes de trabalho, riscos de contaminação, e doenças sociais, advindas do desgaste do trabalhador de saúde (exaustão, despersonalização, satisfação reduzida com a performance, fadiga extrema, comportamento contraditório, irritabilidade, cinismo e sarcasmo, agressividade verbal, ansiedade e depressão, rancor e queda da auto-estima,

comprometimento da qualidade e quantidade de trabalho) existe também um comprometimento das atividades relacionais, profissionais, sociais e familiares desses trabalhadores; podendo esse fato, agravar e evoluir, para doenças psicossomáticas, dependência e uso abusivo de tóxicos, alcoolismo, idéias ou tentativas de suicídio, acidentes cardiovasculares, acidentes vasculares cerebrais, câncer, entre outros transtornos graves e dramáticos. Esse quadro parece ser, na atualidade, reconhecido por quem trabalha na arena da saúde. Salienta-se que no que se refere a acidentes de trabalho, ocorridos na área da saúde, no Brasil, mesmo não havendo estatísticas oficiais, os levantamentos isolados existentes, indicam que não deixamos a desejar em índices de impacto negativo. Segundo a Divisão de Vigilância Epidemiológica do Estado de São Paulo, entre janeiro de 1999 e outubro de 2003, foram notificados 5.391 acidentes. Os problemas mais comuns causados por esse gênero de acidente são os de contágio pela hepatite B, C e HIV/ aids.

Os problemas relacionados ao segmento, não param por aí, além dos acidentes e casos de contaminação, ainda temos de lidar com uma dura realidade - a falta de investimento na saúde mental destes trabalhadores - fato que vem deixando essas pessoas cada vez mais vulneráveis e desamparadas, quanto às pressões psíquicas sofridas, inerentes à ambiência da atuação do trabalho. Essa ambiência, que faz com que esse trabalhador, conviva diretamente com a experiência humana da doença e da morte, experiências de sofrimento intenso, que se constituem através de uma rede de cognições racionais e significados subjetivos (nós que se desatam, quando o resultado do trabalho, é o alívio de dores e sofrimentos provenientes da cura; e que se cortam, quando ocorre a morte), diante dessa realidade, esses trabalhadores aprendam a silenciar e a se conter emocionalmente, somatizando doenças através do sofrimento psíquico, que com o tempo se tornam explícitas.

É importante salientar que na atualidade, outros elementos novos, somam-se aos riscos mais comuns, inerentes às profissões da área de saúde. No contexto atual, os profissionais da área, de autônomos, passaram a ser “empregado”, que têm que obedecer ao sistema, que por sua vez tem que ser lucrativo. Devido a esses fatos, temos como conseqüências: a restrição da liberdade de fixação dos horários; a redução de liberdade de escolha dos assistidos; a gradativa diminuição da autonomia profissional advinda pelo número crescente de trabalho remunerado pelos convênios, que tornam os profissionais da área dependentes deste sistema.

Com o surgimento dos planos e seguros de saúde, estabeleceu-se uma nova relação entre o trabalhador de saúde e o indivíduo, ou empresa que procura esse profissional; estabelecendo-se então, um conflito filosófico de valores: Quais são então, os limites impostos desta relação? Quem passa a ser o responsável pelo tratamento oferecido: o profissional de saúde ou o sistema? Como pode ser responsável pela assistência a um enfermo um sistema que tem como dogmas: o lucro a produção e o *superávit* primário, que geram conflitos e faz crescer o problema da exclusão? A quem recorrer em casos de certas dúvidas? Qual o poder de decisão do profissional de saúde? Qual a sua liberdade de opção?

Esses são apenas alguns questionamentos conflitantes, que ressaltam os aspectos negativos do novo cenário de saúde que se estabeleceu; aspectos que confundem, preocupam e causam mais estresse a essa categoria, que junto aos tantos outros fatores de estresse já referidos, influenciam de forma negativa a saúde física e mental destes trabalhadores.

É importante ressaltar também, que o vertiginoso avanço científico e tecnológico na área da saúde impõe aos trabalhadores da área, severas restrições quanto às possibilidades de erros durante as suas ações de trabalho. Em relação a esse fato, análises nacionais sem precedentes do trabalho de enfermagem, estão sendo realizadas por enfermeiros, em seu principal campo de atuação - o hospital

- um ambiente comum, a várias categorias de trabalhadores de saúde, no qual, riscos diversos são democraticamente compartilhados, por várias categorias profissionais da área da saúde que ali trabalham.

Como afirma Bulhões (2005;p.8):

_“(...) Embora desde sempre reconhecido e reivindicado como próprio do homem do homem - errare humanum est – o direito de errar já não pode ser facilmente reclamado, pois a indulgência para com a falha humana tem diminuído bastante, com o avanço científico e tecnológico na área de saúde (...)”

Os profissionais enfermeiros chamam a atenção através de suas análises, para mais um fator que interfere na saúde física e mental dos trabalhadores de saúde; o fato de que neste trabalho, não se pode errar. Bem menos agora, quando vivemos um período histórico, em que se pode contar com o apoio de máquinas ultra precisas, e com o avanço científico e tecnológico, dos materiais, medicamentos e pesquisas de última geração. Embora que, esses recursos não estejam disponíveis para esses trabalhadores em grande parte das instituições, que na contra-mão do avanço científico e tecnológico, se encontram sucateadas e desprovidas desse arsenal. Mesmo contando-se com esse fato, as cobranças sociais são implacáveis, e essa sociedade não pode compreender e perdoar as falhas administrativas e humanas, diante de todo o avanço científico e tecnológico e dos recursos de tratamento e cura das doenças, divulgados pela mídia. O exercício do trabalho em saúde é, portanto, um permanente desafio, provocado pela sobrecarga de cobranças e exigência social, e pelas situações penosas e conflituosas inerentes a área de trabalho.

Quanto ao reconhecimento público e valorização social desse trabalho, esses denotam dois pólos contraditórios: De utilidade pública, que está na base da valorização desses trabalhadores, como profissionais necessários para manter a vida; e o outro pólo contrário, o de descaso e pouca atenção a dignidade desses

trabalhadores, traduzidos pela ausência de políticas públicas para estabelecimento de uma remuneração mais justa, e melhores condições de trabalho, o que evitaria o descompasso entre o que é cobrado desse trabalhador pela sociedade, em termos de competência, empenho e altruísmo, e o que é oferecido, em termos de salários dignos e justos, e em termos de ambientes de trabalho insalubres.

Observa-se, diante dos fatos, que houve uma “proletarização¹⁶” dos rendimentos destes profissionais, isto é, existe mais categorias ganhando na média baixa; por essas razões esses, aceitam um número excessivo de atividades e plantões; frustram-se constantemente com o que recebem como fonte de renda mensal, lutam por um plano de cargos e salários nos setores público e privado, por uma remuneração mais justa dos planos de saúde, e por melhores condições de trabalho nos hospitais públicos. Entendendo que tal situação não pode perdurar, esses trabalhadores na atualidade, se organizam e se articulam em torno de suas entidades representativas, com o intuito de reivindicar boas condições de trabalho e uma remuneração decente; procurando o apoio e a solidariedade da sociedade, na busca da conquista de condições que lhes permitam trabalhar com dignidade, permitindo a esse profissional, dedicar uma pequena parte do seu tempo de trabalho ao estudo permanente e continuado, e à atualização nos mais recentes avanços da ciência; tendo como objetivo, menores erros iatrogênicos (alterações patológicas graves causadas por diagnósticos, prescrições, tratamentos clínicos e cirúrgicos inadequados), e fazer o melhor possível para a saúde das pessoas sob os seus cuidados.

Quanto às reações de longo prazo ao estresse ocupacional, envolvendo particularmente todas as profissões que lidam auxiliando os outros – como é o caso dos profissionais de saúde –este quadro foi descrito pelo psicanalista

¹⁶Proletarização - designação da condição da CLASSE SOCIAL dos operários industriais, cujo trabalho se realiza coletivamente nas Fábricas capitalistas. Para o MARXISMO, o proletariado se caracteriza como a classe social que não possui os meios de **produção** e vende, por um salário, sua **força de trabalho**, produzindo **mais-valia**.(Dicionário Enciclopédico Ilustrado TUDO.Abril Cultural.São Paulo,1977)

americano Herbert Freudenberer em 1974, e chamou-se de “Síndrome de Burnout¹⁷.”(TAMAYO,1997).

Os profissionais da área de saúde, que trabalham em emergências e serviços públicos, por exemplo, encontram-se continuamente sob estresse extremo, devido principalmente a três fatores: decorrência da superlotação de seus departamentos, a gravidade dos casos e a superlotação de suas agendas de trabalho. A esse estresse ocupacional, soma-se uma vida social e familiar irregular decorrentes, deste tipo de trabalho, e que representa um dos principais componentes da evolução do “Burnout”, que se instala e se complica, pela perda do entusiasmo e da satisfação profissional; além da abordagem profissional e comportamental negativa, aos enfermos que são assistidos por esse profissional. Estudiosos da síndrome sugerem, que os serviços de saúde devem se organizar de modo a evitar a emergência da “Síndrome de Burnout” em suas dependências; apontam várias iniciativas que poderiam ser adotadas, de acordo com a estrutura e possibilidades dos diferentes serviços. Dentre as sugestões: o acesso facilitado e estimulado aos trabalhadores da área, a equipes de saúde mental e social (psiquiatras, psicólogos e assistentes sociais); a realização periódica de fóruns, seminários e palestras sobre o problema, para torná-la mais conhecida, e desmistificar esta condição, descatastrofizando o acontecimento; mostrando a sua prevalência no ambiente de saúde, e os índices de reversibilidade, e apontando a morbidade, mortalidade e complicações funcionais no ambiente de trabalho, quando há negligência com o problema.

Diante de todos esse dados expostos, revela-se um cenário aonde as instituições de saúde, mostram um funcionamento baseado nos pólos de conservação, hierarquia e domínio; o que pode significar um funcionamento organizacional mais voltado para a manutenção das culturas engessadas da

¹⁷ Síndrome de “**Burnout**”- estado de exaustão psíquica extrema, caracterizada por somatizações de situações de sofrimento no trabalho, enfrentadas pelos trabalhadores.

ordem, da disciplina, da obediência, da autoridade, da satisfação dos clientes, da preocupação com o mercado, com a produtividade e com o sucesso organizacional; subestimando o investimento e o cuidado nas relações com o seu capital humano. Cenários reveladores de que o mercado de trabalho da área da saúde continua mantendo as tradições, sem conexão com a pós-modernidade, e sem a necessária comunicação estratégica com seus recursos humanos. Sendo importante a reflexão feita por Enriquez (1996), quando pensa que, se os modelos são institucionalizados, eles repercutem e se cristalizam; influenciando a sociedade e o mercado, e respingando reflexos em todos os segmentos envolvidos.

O predomínio do prazer no trabalho dos profissionais de saúde parece ter fundamento na concepção histórica de que este tipo de trabalho tem um cunho missionário, é lugar de reconhecimento público quanto a utilidade do mesmo, e um importante bálsamo para os que sofrem; sendo esses sentimentos, portanto, neutralizadores para que alguns não desistam da profissão, e bravamente tentem manter o equilíbrio psíquico, no meio de tantas distorções, diferenciações, equívocos e desalentos. Teoricamente, esse predomínio de prazer explicitado por alguns trabalhadores da área, como:

- “ (...) *existem muitas compensações, apesar de tudo (...)*” (**S-4**)¹⁸,

também pode ser explicado pela afirmação de Freud (1930; p.74) que afirmou que:

– “ (...) *o trabalho é um dos caminhos para o investimento da pulsão por meio da sublimação, que mais aproxima o homem do seu desenvolvimento.*”

Como sentimento oposto e conflitante, o maior fator que parece contribuir de forma relevante, para o predomínio do sofrimento desses trabalhadores, parece

¹⁸ **S-4** – Sujeito quatro da pesquisa. Convencionou-se identificar as falas dos sujeitos através da abreviatura “S” e da numeração dada aos sujeitos participantes da pesquisa.

surgir a partir das imposições que as políticas externas de desigualdades e diferenciações - impostas pelo mercado de trabalho - entre categorias se manifestam; e das situações de trabalho em condições de insalubridade e desrespeito. No que se refere á essas distorções de oferta do mercado da saúde, a organização do trabalho em saúde, preconizada pelas Normas de Operacionalização Básicas (NOB, 96) recomenda que, as instituições de saúde devem definir equipes multiprofissionais adequadas para cada nível de prestação de serviços, considerando as necessidades epidemiológicas e sociais, com recursos e tecnologias adequadas, trabalho interdisciplinar, capacitação das equipes para responder ás especificidades dos diferentes grupos, ações de saúde e de educação dos trabalhadores de saúde. Recomendações ainda que se estendem quanto ao acompanhamento de doenças ocasionadas pelo trabalho em saúde, e planejamento de ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação; e recomenda ainda, que as instituições administrativo-financeiras da área, enfatize valores de democracia, justiça, valorização e co-gestão das equipes de saúde como um todo, não subestimando o valor de um profissional da área com ofertas de melhores condições de trabalho a uma categoria, em detrimento de outra.

Discorrer sobre o trabalho da área de saúde, e sobre os seus trabalhadores é abordar um tema que ainda não amadureceu, mas que precisa ser incluído nas discussões de estratégias e caminhos que levem a uma maturidade das ações dirigidas ao tema, dentro de um novo paradigma que redesenhou o modelo de atenção a saúde. Pensar nesse caminho compreende resgatar uma história que se inicia no final dos anos 70, e assinalar que, este tema aborda um campo do conhecimento das relações saúde / doença / trabalho e situa-se dentro da Medicina Social, que tem construído um arcabouço teórico e metodológico desde meados dos anos 70 e, finalmente, como pensa Laurell (1991), enfatizar a sua vertente programática; o que o coloca na interface com a Saúde Pública, a

Medicina Social e a Saúde Coletiva, a Saúde Ocupacional e da Medicina do Trabalho.

É também pensar sobre as diversidades epidemiológicas dos agravos à saúde dos trabalhadores da área; como assinala Freitas et al (2000), quando diz que, essas diversidades variam desde as doenças que acontecem neste tipo de trabalho, provocadas pelas “contaminações”, pelos acidentes de trabalho provocados por inalações, irradiações, por agentes cancerígenos, até chegar aos efeitos para a saúde do trabalhador, exposto a altos índices de exaustão emocional. É reconhecer que precisa acontecer, uma mudança cultural nas Organizações, se fazendo necessário um maior comprometimento das lideranças e uma maior compreensão das mesmas, de que os temas “segurança e saúde” para os seus recursos humanos, devem fazer parte das estratégias da empresa.

O Ministério do Trabalho e Emprego (2005), publicou a primeira legislação no Brasil a estabelecer diretrizes básicas para a implementação de medidas de proteção e prevenção de acidentes para profissionais da área, o que irá requerer uma maior responsabilidade social dos empresários do segmento, pois raros são os estabelecimentos que investem na segurança e saúde no ambiente de trabalho. Nos modernos ambientes terapêuticos, a competência científica e a tecnologia têm maior destaque, do que a qualidade de vida das pessoas que incorporam essa competência e essa tecnologia; os interesses de investimento são as tecnologias mais modernas, instrumentos de trabalho de qualidade, e acabam por colocar em risco a vida e a saúde de seus recursos humanos.

Diagnósticos cada vez mais rápidos, exatos e específicos são uma arma poderosa no combate de muitas doenças; a invenção e o lançamento de novos aparelhos facilitam e dão mais segurança ao trabalho; a pesquisa e a produção de novos fármacos ajudam sobremaneira a luta contra doenças até então consideradas incuráveis, e contra novas doenças que surgem em consequência do estilo de vida do homem moderno. São, portanto, de grande importância esses

investimentos, mas da mesma forma que é justo, assinalar essa importância de investimento nesse arsenal novo e poderoso, esse fato apresenta uma série de interrogações inquietantes: em primeiro lugar, parece que a impessoalidade das máquinas com que esses trabalhadores passaram a trabalhar, e que agora formam o grande instrumento no exercício do trabalho de várias categorias profissionais da área, se transferiram para eles mesmos; se apresentando, esses profissionais na atualidade, mais como “manipuladores” de instrumentos, e como “operadores de computadores” que registram dados, fazem a leitura, e lhe indiquem um tratamento adequado. Fazendo com que, esses profissionais, esqueçam que são seres humanos, cuidando de outros seres humanos, e passem a ter quase que nenhuma comunicação com os que lhes procuram para serem cuidados.

As relações interpessoais, entre trabalhadores de saúde e gestores das instituições é também por sua vez, inadequada e ou inexistente; aumentando a ansiedade e a frustração entre as partes; o que resulta em uma carga maior de estresse por parte desse grupo. Estudos realizados por técnicos do Ministério do Trabalho e Emprego (2005), demonstram que 1 em cada 5 profissionais de saúde que circulam nesses ambientes terapêuticos, contraem uma doença iatrogênica¹⁹. Outro sinal de precariedade da saúde desses trabalhadores está demonstrado pelos altos índices de sociopatias²⁰ que os acometem, tais como: alcoolismo, suicídios, tabagismo, tóxicos, acidentes, sexo de consumo, entre outros.

Essas são as conseqüências de a medicina moderna, ter produzido uma cultura de especialistas, distanciados das pessoas e ao mesmo tempo com enorme poder sobre elas. Esse tipo de medicina está alicerçado na crença de que, a tecnologia pode proporcionar a solução dos problemas criados por ela mesma. Na preservação de sua autonomia individual, as várias categorias de profissionais de saúde, desvinculam a aplicação do conhecimento adquirido nas suas formações

¹⁹ Doença Iatrogênica – Alteração patológica causada pela ambiência e pelo contexto vivencial do indivíduo.

²⁰ Sociopatias – Alteração patológica causada pela convivência social conflituosa.

acadêmicas, do desejo político de tornar a população mais sadia, e conseqüentemente, com mais condições de uma vida com mais qualidade e com mais felicidade. O egocentrismo, a racionalidade que marcam os formuladores de conhecimentos, que tendem a serem fragmentados por disciplinas, partes e especialidades, e que são conseqüências do pensamento linear, analítico e concentrado, portanto gerador de ego-ações, são quase sempre auto-afirmativos, e suas funções compreendem: medir, classificar, discriminar, repartir, etc. Essas desconfigurações, decretaram um código de condutas e montaram o palco de hierarquização sobre o qual hoje, os atores – trabalhadores de saúde – atuam.

A nova corrente da ciência e da cultura critica o ideal moderno de abstração, valoriza a concretude, o corpo, a práxis; alicerçam-se no ideal de emancipação humana, através do reconhecimento do direito á liberdade, a participação, a solidariedade, a melhor qualidade de vida, com a felicidade que for possível. Reconhecem os cientistas pós-modernos que, nenhuma forma de conhecimento é em si mesma racional, pois só a configuração de muitas formas de conhecimento, pode conter racionalidade; daí a importância da transdisciplinaridade, como interventora da transformação do atual modelo de saúde, coagulado, onde estão inseridos os trabalhadores da área.

Apesar do cenário e da ambiência externa do mercado de saúde, apontarem para a necessidade e urgência da inversão do modelo de saúde institucionalizado, é reconhecida e notória a dificuldade que expressam os gestores e alguns trabalhadores da área - que de alguma forma estão sendo beneficiados pelo modelo hospitalocêntrico²¹, e pela “indústria da doença²²” - de absorverem as mudanças estruturais e paradigmáticas, na mesma velocidade em que estas ocorrem de fato; mantendo por longo e irrecuperável tempo, a cultura já

²¹ Hospitalocêntrico - Modelo de saúde que tem como centro o Hospital, como recurso principal na assistência a saúde.

²² Indústria da Doença -Expressão usada de forma crítica, para designar indústria de material e medicamentos para a área da saúde, que têm com o objetivo principal a obtenção de lucro.

construída há mais de dois séculos, e seus valores estratificados, que se mostram incompatíveis com a pós-modernidade. Essa profunda crise (econômica, de valores e significados), vivida na área de saúde, advém de ser fato, de que esse modelo estratificado e calcificado, encontra-se em espiral descendente, revelando franca decadência.

Diante desse cenário, desenhado pela transição paradigmática, vivenciamos um dilema entre: tendências, mercado e ambiente terapêutico, e aonde se contrapõem: valores, significados, sobrevivência, ganância, falta de agilidade administrativa, competições antiéticas, medo do fantasma do desemprego, etc. Os significados do trabalho para os que atuam na área, são então, confundidos e obscurecidos por estas contraposições, que por sua vez, formam pólos opostos de uma mesma dimensão.

Como todos os fenômenos, a saúde do trabalhador de saúde é um reflexo, uma consequência das nossas crenças, culturas, políticas e posicionamentos. Os problemas de saúde dos profissionais de saúde norte-americanos não são os mesmos dos franceses ou dos africanos, da mesma forma que, individualmente, a relação que estes trabalhadores estabelecem com o binômio: saúde e doença trazem a tona, um complexo de posturas e atitudes com a vida que, muitas vezes, nem se tem consciência; Se conseguíssemos discernir com mais clareza este mundo de influências que se reflete no nosso estado de saúde, poderíamos talvez encontrar soluções para nossos problemas em outras esferas que não apenas na cultura médica estabelecida.

Em pesquisas que investigam a associação de problemas de saúde, com o ambiente do trabalho e o contexto socioeconômico dos trabalhadores, indaga-se sobre temas que, muitas vezes, não aparecem nas rotinas das empresas; uma das perguntas feitas com frequência refere-se à existência ou não, da sensação de pressão por problemas externos, que influenciam no desempenho do trabalho. É

uma dimensão que aparentemente não entra no ambiente objetivo do trabalho, mas que está lá, no imaginário, na subjetiva expressão das nossas posturas, nas nossas atitudes e de forma natural, às dificuldades do nosso dia-a-dia, nos levarem a prestar atenção considerável para todo e qualquer apelo voltado para a obtenção de uma melhor qualidade de vida.

Nessa busca incessante pelo bem estar e pela felicidade, o ser humano, algumas vezes, confunde (a busca pelo reequilíbrio físico, mental e ambiental, sinalizado por nosso corpo através de transtornos expressados através das doenças, que por sua vez, são apenas reflexos desses transtornos), com a doença, como uma “entidade²³” em si mesma. Confusão que desencadeia o processo (irracional, angustiante e oneroso), para as duas partes (quem sofre o transtorno de saúde e quem financia e trata este transtorno), através da “via-sacra²⁴” percorrida nas inúmeras consultas na procura por diagnósticos, nos encaminhamentos para exames de alta complexidade, nas prescrições de remédios de última geração, e realização de procedimentos de alto custo; e não apenas o processo racional, mais organizado e essencial, de procura das causas desses transtornos de saúde, e a melhor maneira de afastá-los.

Damásio (1995 apud DESCARTES²⁵, 1596-1650; p.10), relembra-nos que, com sua visão mecanicista e reducionista, o mesmo considerava o universo, a sociedade, a natureza e o corpo humano constituído por peças substituíveis; e recomendava que ao examinar cada uma de suas peças, o anatomista podia entender seu funcionamento e ao mesmo tempo controlar e investigar sobre elas. Com essa perspectiva, o mesmo reduzia assim, a natureza a uma “coisa morta”, e suprimia as restrições éticas sobre a exploração. Ancorada nesse passado, a

²³ Entidade- Aquilo que constitui a essência de uma coisa. (Dicionário Enciclopédico Ilustrado TUDO. Abril Cultural, São Paulo, 1977)

²⁴ Via-Sacra – do latim, *via-cruixis*, caminho da cruz, percorrer e contemplar as principais cenas que representam a paixão de Cristo (Dicionário Enciclopédico Ilustrado TUDO. Abril Cultural. São Paulo, 1977)

²⁵ **DESCARTES**, René (1596-1650), matemático, físico e filósofo francês fundador do RACIONALISMO moderno e criador da GEOMETRIA ANALÍTICA. (Dicionário Enciclopédico Ilustrado TUDO. Abril Cultural. São Paulo, 1977)

ciência moderna veio a se constituir em uma instituição de controle social; a aculturação pela técnica, alcança a tecnocracia, e os médicos politicamente, passaram a exercer o papel de farmocratas²⁶.

Os recursos da tecnologia e dos medicamentos passaram de “meios” à disposição das pessoas, a serem utilizados como “fins”; e a categorização das decisões que devem ser tomadas em saúde, como convenientes e inconvenientes, passou a ser definida, dependendo da ótica dos “interessados”. As prioridades dos trabalhadores de saúde deixaram de ser “a pessoa”, e passaram a ser “as doenças”. Os devidos encaminhamentos, para os diversos níveis de atenção, passaram a ser feitos de forma desorganizada, perdendo o critério de análise cuidadoso e necessário, para que não aconteçam sobreposições de consultas, exames desnecessários, tratamentos inadequados e perda de tempo terapêutico, o que as vezes pode ser vital para a pessoa doente, e demanda significativo desperdício de recursos, o que também é vital para a saúde financeira das prestadoras.

Por toda essa desorganização do modelo de saúde, o tratamento das doenças, passou a ter um custo inviável para as pessoas acometidas por elas, pois o acesso à tecnologia, exames e procedimentos de alta complexidade, material e medicamentos de últimas gerações científica, só é permitido a muito poucos. A necessidade de alívio dos sofrimentos advindos das enfermidades tornou-se invisível para os que trabalham na área, pois a humanização do atendimento passou a ser o menos importante nos ambientes terapêuticos, ficando em evidência na escala de importância, os remédios, as máquinas, os instrumentos, a compensação financeira, para alguns dos envolvidos neste universo da “indústria da doença²⁷”, contexto imerso numa lógica mercantilista e cruel.

²⁶ Farmocratas – Expressão utilizada para definir a distorção do papel do médico na atualidade, que passou a utilizar remédios como fins do tratamento e não como meios.

²⁷ Indústria da Doença – Expressão usada para definir o grande lucro alcançado pela Indústria de material e medicamentos, usados pela área da saúde.

Na atualidade, é patente que o movimento sindical brasileiro ainda está por definir uma estratégia global de enfrentamento das questões relacionadas ao equilíbrio físico e mental do trabalhador, para além da compensação financeira, imposta pela lógica mercantilista dos adicionais, e da indenização *pos facto*; um enfrentamento que contemple uma política social e econômica mais justa, com perspectivas de boa qualidade de vida para indivíduos que exercem um trabalho difícil e exaustivo, com constantes e desgastantes deslocamentos entre os vários locais de trabalho, a que os trabalhadores de saúde têm que se submeter por questões de sobrevivência; fato que expõe essas pessoas a serem vítimas em potencial da violência urbana. Evidencia-se que as estatísticas apontam que 78% dos casos de seqüestros e assaltos acontecem durante os trajetos trabalho-casa-trabalho, fato que se multiplica, no caso dos trabalhadores da área de saúde, que para sobreviverem têm que assumir vários empregos.

Resta a indagação: Como é possível harmonizar as práticas de assistência, ofertadas à população, quando o contexto dos trabalhadores que gerem e produzem saúde para a sociedade, é tão pouco saudável? Talvez uma das respostas esteja na mobilização coletiva, de novas práticas sanitárias, que incluam também ações preferenciais de promoção e assistência a saúde para esses trabalhadores, para que esses, possam então, se auto cuidarem. E então, munidos com novos protocolos administrativos, que valorizem, os recursos humanos, o trabalho interdisciplinar e a humanização do atendimento, esses trabalhadores, aliviem suas próprias dores e seu sofrimento psíquico, para então, em plenitude e harmonia, tratar e assistir as dores do outros, aplicando com bom senso, racionalização e sabedoria, a competência técnica, e o aparato científico e tecnológico disponível nesse século, na promoção, prevenção, assistência e cura - quando se fizer possível - ou no alívio das dores próprias e dos outros, quando for a única possibilidade.

Outra possibilidade de harmonização, talvez esteja na busca da preparação e formação de todos os atores multidisciplinares (gestores da área e administradores dos serviços de saúde), na perspectiva de educação permanente e continuada, numa integração ensino-serviço para uma compreensão mais holística do processo saúde-doença; procurando-se garantir através da transformação da rede de saúde, numa rede de ensino e pesquisa, a competência técnica necessária de todas as instâncias, e a sensibilização das mesmas, para o trabalho transversal; aonde as relações profissionais são permeáveis, compartilhadas e nutridas, através do conhecimento e das relações intersetoriais.

Por mais que se assista a um avanço ímpar das tecnologias em saúde, certamente os atributos sinalizados por Stratton & Hayes (1994), como primordiais nas relações interpessoais e intersetoriais (cordialidade, empatia e autenticidade), precisam ser usados em todos os níveis de comunicação da área de saúde; esses atributos, continuam sendo essenciais para o desempenho profissional, e para a terapêutica.

Os impactos do trabalho sobre os níveis operacionais e sobre os executivos, foram estudados profundamente por Dejours (1992;1994;1999;2003), e se tornaram obras de referência sobre os processos psicossociais, que interferem nos indivíduos e nas organizações. Seu pensamento oferece as bases para uma visão fértil e dinâmica das relações entre saúde e trabalho, para além do reducionismo médico-biológico.

A psicodinâmica do trabalho, enquanto disciplina surgiu no final dos anos 80, como uma vertente crítica de abordagem francesa sobre a questão da relação homem-trabalho. A disciplina está apoiada nos conceitos psicanalíticos e se utiliza também dos estudos filosóficos de Habermas (1998), especialmente sobre a importância da ação comunicativa na construção da emancipação humana. Na visão desse autor, essa disciplina, mostra e trata do trabalho não apenas no

negativo – a psicopatologia do desemprego e da modernização capitalista – mas também, instrumenta-nos para perceber as possibilidades do trabalho como estruturante psíquico, e os possíveis encaminhamentos do sofrimento em direção ao prazer e à saúde. Revela-se essencialmente multidisciplinar, enquanto disciplina, já que integra também conceitos da Medicina do Trabalho, da Ergonomia e da Psicologia.

Essa compreensão constatada através de várias pesquisas, trouxe uma nova perspectiva para os estudiosos de saúde ocupacional, acostumados a raciocinar a partir de sintomas visíveis, como doenças e acidentes de trabalho. Os estudos dessa disciplina também chamam a atenção para as conseqüências negativas decorrentes da falta de confiança entre os funcionários de uma empresa. Quando acontece, podem ser detectadas situações de degradação de coleguismo, exacerbação dos conflitos profissionais e distanciamento ainda maior entre operadores e supervisão. O sofrimento psíquico, gerados por essa situação individualiza, promove desconfiança entre as equipes de trabalho e entre integrantes da mesma equipe.

A comunicação produzida por esses espaços de expressão, faz parte de uma dialética de manutenção e de transformação dos comportamentos humanos pela socialização e aprendizagem permanentes; sendo, esses espaços valiosos para as instituições que desejem modelar a construção positiva de produtividade e qualidade, favorecendo uma organização marcada pela possibilidade de negociação, de regras e normas dos processos de trabalho, com participação dos trabalhadores, e gestão coletiva das necessidades individuais, grupais e organizacionais. Enquanto que, se os valores que influenciem uma organização do trabalho forem marcados pela ditadura da ausência de negociações de normas e regras, levando a naturalização de verdades inquestionáveis, passa a ter lugar nessa Organização, dissimulações, e falta de prazer no trabalho; o que acarreta baixa de produtividade, ausência de criatividade e boa vontade, e conseqüentemente queda de qualidade.

Ressalta-se ainda, que o trabalhador pode perceber os pólos dos valores organizacionais de uma forma que não contemple totalmente a realidade organizacional; tendo em vista os

processos simbólicos da relação indivíduo-cultura; sendo que, a integração entre a percepção dos valores organizacionais, a realidade e a subjetividade própria a cada trabalhador, definem as condições favoráveis ao prazer ou ao sofrimento no trabalho. Esta análise tem suporte no fato de que, o significado do trabalho percebido por quem o executa, mede a importância dele para o indivíduo, para a organização e para a sociedade; não se restringindo apenas à tarefa que esse indivíduo desenvolve, mas ao significado mais amplo do trabalho, e o que ele traz de benefícios; fator que influencia na auto-imagem do trabalhador e desenvolve neste, sentimentos de orgulho de pertencer à organização; que por sua vez, também possui uma imagem impressa no mercado, independentemente da relação que estabelece com a sua ambiência interna, se de interação ou de domínio. Importando para o ambiente externo que a organização tem uma missão a ser cumprida e uma marca reconhecida pelo ambiente na qual está inserida (SANTOS, 2003).

As respostas das indagações tipo: o trabalho é Obrigação ou Prazer? Tortura ou Realização? Conflito entre satisfação e sofrimento? São, portanto, os principais objetos de estudo da disciplina Psicodinâmica do Trabalho, cujo principal mentor foi Dejours (1992).

Da teoria à prática, existe um longo caminho a percorrer; o que exige acúmulo político-ideológico, e um projeto nacional, de hegemonia que atenda aos interesses das três vertentes: mercado da saúde, trabalhador de saúde e população. E uma política real de formação de recursos humanos para a saúde, com uma visão clara de sua função social, e de sua tarefa central nesta luta.

As universidades também estão se voltando para a questão, com as experiências dos ambulatórios de doenças relacionadas ao trabalho, e com a composição de cursos de especialização em saúde do trabalhador. Sendo essas contribuições e formalizações acadêmicas, salutareis e estratégicas para a evolução dessa questão.

Por outro lado, para os trabalhadores de saúde, não é nada fácil exercer as atividades extras, agora deles exigidas, e consideradas essenciais por qualquer organização moderna que os contratem. Planejamento, estratégia, execução e avaliação de resultados, são algumas das atividades que constam nas elaborações de perfis, para os que se candidatam a uma vaga de emprego. E somando-se a essas especialidades - extracurriculares - as exigências principais, que é a de atender e apresentar resultados terapêuticos satisfatórios, a uma grande demanda, doente e ansiosa por cura e alívio de suas dores e sofrimentos. Como também, não é nada fácil

e estimulante, enfrentar o desafio e a pressão constantes, de aprender a trabalhar com uma limitação cada vez maior de recursos financeiros, para atender às várias expectativas das pessoas, é estressante para esses trabalhadores, que vislumbram que esta limitação tende a crescer, na medida em que inventam mais e mais “soluções” para problemas parcialmente explorados, bem como a ciência e a tecnologia, que cria cada vez mais ferramentas, para esses trabalhadores utilizarem, deles exigindo, perícia e aperfeiçoamento constante; e não dando os meios (justa remuneração, tempo para estudos e atualizações) necessários para a correspondência dessas exigências.

A relação ética entre o mercado e trabalhadores da área tem como base o reconhecimento recíproco das necessidades das demandas sociais. O reconhecimento recíproco apóia-se na idéia de que os profissionais de saúde que sofrem coerções sociais, físicas, psíquicas e espirituais infundáveis, advindas de seu trabalho, devem valer por si mesmos, como pessoas que devem ser respeitadas para além de seus vínculos sociais, políticos e culturais. Portanto, para que a identidade desse trabalhador, independentemente da categoria profissional onde se insere, seja reconhecida, é necessário que as organizações e seus gestores reconheçam e valorizem, a identidade de cada categoria como profissão valiosa, e de cada indivíduo como pessoa única; esses reconhecimentos resgatam empoderamentos: valores políticos de autonomia, reciprocidade, igualdade, solidariedade e responsabilidade. Sem dogmatismos, e sim com senso de relatividade, de contingências e de limitações.

Como refere Lima (2005), talvez em nenhuma profissão, o exercício do poder esteja tão presente quanto na profissão dos que trabalham em saúde. Pois o profissional prescreve, determina e realiza atos contínuos, ao cuidar de outra pessoa, além dos atos administrativos para garantir a logística e o financeiro. Contudo, a presença desses trabalhadores é mínima, quando se trata de compartilhar os espaços do poder, nos processos decisórios sóciopolíticos do setor saúde; as reivindicações restringindo-se praticamente à luta por melhores salários.

Definindo o poder, Hannah Arendt (2000), o descreveu como, uma potencialidade vinculada ao desejo de poder fazer; nessa descrição exorciza a lógica do poder baseado em mandatos e obediência, considerando ato de força, violência ou dominação que se concentra nas mãos de poucas pessoas contra a resistência das demais.

De acordo com Lima (2005), o mundo político é constituído pelo espaço onde se gera o poder e se persuadem os outros, a agirem em conjunto; e que trata da convivência entre pessoas

diferentes, e tem como base a pluralidade dos seres humanos, que se organizam a partir do caos absoluto da diferença, ou a partir de um interesse comum.

O novo modelo de atenção a saúde persegue a construção da ética do coletivo, que incorpora a ética do poder, de acordo com a visão dessas autoras acima citadas. Dessa forma, nesse novo modelo de saúde, é incentivada a associação dos enfoques clínico e epidemiológico, que exige seguramente, a transformação das relações entre: gestores, usuários e trabalhadores de saúde; restabelecendo uma política mais harmonizada entre: quem oferece, quem presta e quem recebe o serviço de saúde. Dessa forma, dividindo os níveis de poder, e oferecendo e estimulando um empoderamento dos indivíduos inseridos nos vários níveis legítimos de poder, determinado pela competência profissional, pelo real reconhecimento do valor do seu trabalho, e pela sua condição de ser humano.

Pela omissão na participação nas políticas públicas da área de saúde, caracteriza-se o silêncio dos profissionais de saúde. Esse silêncio também é caracterizado nas ausências de algumas categorias da área de saúde nas discussões e fóruns sobre as condições de desempenho na manutenção de níveis desejados de saúde para a população. Na falta ou na pouca articulação entre as categorias profissionais de saúde, se dividem essas categorias; ficando cada uma, sob a proteção de sua classe, onde se interiorizam valores vinculados a cada categoria profissional e a sua sobrevivência. Esses valores equivocados, são posteriormente transpostos acriticamente para o âmbito público, dificultando a capacidade de consciência política mais ampliada, para articular as ações multiprofissionais, em igualdade de condições com seus pares da arena da saúde.

Saúde Mental e Trabalho

Desde que o ser humano sentiu necessidade de vender mão-de-obra, passou a conviver, com as dores e os prazeres do trabalho. Essa guerra psicológica do mundo do trabalho agrega dois fenômenos: o abuso do poder, e a manipulação perversa da mão-de-obra.

A França, no início do século XIX, ia se tornando visivelmente uma sociedade industrial, com a introdução progressiva da maquinaria, principalmente no setor têxtil, porém o desenvolvimento acarretado por essa industrialização causava aos operários franceses miséria e desemprego; essa situação logo encontraria resposta por parte da classe trabalhadora. Em 1816-1817 e em 1825-1827, os operários destroem as máquinas em manifestação de revolta. Com a

industrialização da sociedade francesa, conduzida pelo empresário capitalista, repetem-se determinadas situações sociais vividas pela Inglaterra no início de sua revolução industrial. Eram visíveis, a essa época, a utilização intensiva do trabalho barato de mulheres e crianças; uma desordenada migração do campo para a cidade, gerando problemas de habitação, de higiene, aumento do alcoolismo e da prostituição, alta taxa de mortalidade infantil etc. A sociedade francesa pós-revolucionária se mostrava perturbada, pois nela reinava um clima de desordem e de anarquia; uma vez que todas as relações sociais tinham se tornado instáveis, o problema a ser enfrentado, era o de restauração da ordem.

A nova época era a do industrialismo, que trazia consigo a possibilidade de satisfazer todas as necessidades humanas e se constituía a única fonte de riqueza e prosperidade. Acreditava-se que o progresso econômico acabaria com os conflitos sociais e traria segurança para os homens, e faria a reconciliação entre o progresso e a ordem, pregando necessidades mútuas destes dois elementos para a nova sociedade, estabelecendo-se uma visão otimista de que a nascente sociedade industrial e a crescente divisão do trabalho acarretariam um sensível aumento de solidariedade entre os homens, já que tendo uma atividade profissional mais especializada, as pessoas passariam a depender cada vez mais uns dos outros. A divisão do trabalho que deveria acarretar uma relação de cooperação e de solidariedade entre os homens e mulheres, por não existir na época um novo e eficiente conjunto de idéias morais que pudessem guiar o comportamento dos indivíduos, em vez de facilitar como se esperava, dificultou o bom funcionamento da sociedade; esta situação fazia com que a sociedade industrial experimentasse uma ausência de regras claramente estabelecidas.

Segundo Durkheim²⁸, (1858-1917 apud MARTINS, 1991, p.14), a *anomia*²⁹ era uma demonstração contundente de que a sociedade encontrava-se socialmente doente. As freqüentes ondas de suicídio na nascente sociedade industrial foram analisadas por ele, como um bom indício de que a sociedade encontrava-se incapaz de exercer controle sobre o comportamento de seus membros. Nos Estados Unidos, as idéias de Durkheim (1858 -1917), afloradas no século XIX, e de seus discípulos, começaram a ganhar terreno no desenvolvimento do funcionalismo moderno e pela integração da contribuição de Durkheim (1858-1917), ao pensamento sociológico contemporâneo, e a manutenção e a preservação da ordem capitalista.

²⁸ **DURKHEIN**, Émile (1858-1917), Pensador francês, um dos criadores da Sociologia positivista, defendendo a tese de que os fatos sociais e morais devem ser estudados como “coisas”, independentes das conseqüências individuais. (Dicionário Enciclopédico Ilustrado TUDO. Abril Cultural. São Paulo, 1977)

²⁹ Anomia - Conceito sociológico criado por **DURKHEIN**. Segundo ele, seria uma característica das modernas sociedades de base urbano-industrial. (Dicionário Enciclopédico TUDO. Abril Cultural, 1977)

A persistência na nascente sociedade industrial de relações de exploração entre as classes sociais, gerando uma situação de miséria e de opressão, desencadeou levantes revolucionários por parte das classes exploradas, tornando no mínimo, problemáticas, as esperanças de democratização que se nutria com relação ao capitalismo. A burguesia se distanciava do seu projeto de igualdade e fraternidade, e se utilizava intensamente de aparatos opressivos, repressivos e ideológicos para assegurar a dominação.

O aparecimento das grandes empresas monopolizando produtos e mercados, a eclosão de guerras entre as grandes potências mundiais, a intensificação da organização política do movimento operário, e a realização de revoluções socialistas em diversos países, eram realidades históricas, que abalavam as crenças na perfeição da civilização capitalista. A profunda crise em que mergulhou a civilização capitalista, não poderia deixar de provocar sensíveis repercussões na saúde mental dos trabalhadores da saúde, expropriados material, e culturalmente, ao longo da história.

O significado exato da perda de saúde mental, ainda é algo indefinível, apesar de uma longa história de tentativas que envolveram filósofos desde Erasmo³⁰ (1469-1563) a Foucault³¹ (1926), psiquiatras desde Pinel³² (1745-1826) e Laing³³ (1927), e psicanalistas de Freud³⁴ (1856-1939) a Sullivan³⁵ (1892-1949), além de juristas e cientistas sociais. Há dificuldades de

³⁰ **ERASMO** de Rotterdam (**Desiderius Erasmus**) (c.1469-1536), Pensador renascentista, considerado o maior humanista de seu tempo, e um dos maiores responsáveis pela renovação da Igreja. (Dicionário Enciclopédico Ilustrado TUDO.Abril Cultural.São Paulo,1977)

³¹ **FOUCAULT**, Jean Bernard León (1926), Pensador francês, conhecido por suas análises das relações entre as estruturas do poder (econômico, social e político) e as idéias científicas, sobretudo as que se referem ao crime, à loucura, à neurose e à sexualidade.(Dicionário Enciclopédico Ilustrado TUDO.Abril Cultural.São Paulo,1977)

³² **PINEL**, Philippe (1745-1826), Médico francês que se notabilizou pelo pioneirismo de seus estudos sobre as doenças mentais, tendo sido um dos pioneiros a preconizar um tratamento humano aos portadores de tais moléstias. Considerado, por suas idéias revolucionárias, o fundador da psiquiatria.(Dicionário Enciclopédico Ilustrado TUDO.Abril Cultural.São Paulo,1977)

³³ **LAING**, Ronald David (1927), Psiquiatra escocês, conhecido por suas teorias sobre a Esquizofrenia.Crítico radical da psiquiatria tradicional oficialmente admitida.(Dicionário Enciclopédico Ilustrado TUDO.Abril Cultural.São Paulo,1977)

³⁴ **FREUD**, Sigmund (1856-1939), neurologista e psiquiatra austríaco, fundador da Psicanálise. Trabalhou não só nos aspectos médicos da psicanálise, mas procurou aplicar suas teorias a muitas áreas da atividade humana.Dicionário Enciclopédico Ilustrado TUDO.Abril Cultural.São Paulo,1977)

³⁵ **SULLIVAN**, Harry Stack (1892-1949), psiquiatra norte-americano. Sua tese de que as perturbações mentais dependem basicamente das relações interpessoais do paciente com o meio ambiente desempenha papel importante e inovador na história da psiquiatria.(Dicionário Enciclopédico Ilustrado TUDO.Abril Cultural.São Paulo,1977)

distinguir no mundo do trabalho, uma pessoa sã de uma doente mental; por serem esses indivíduos, freqüentemente influenciados por pressões sociais e de controle, que não preservam as liberdades humanas. E nesse enfoque está subentendido, o caminho pelo qual, os mais recentes conhecimentos médicos, devem ser chamados a representar um papel importante na realização das mudanças sociais, que podem impedir o surgimento e a expansão dos chamados “distúrbios mentais” ou transtornos psicossociais nos trabalhadores de saúde.

Nestes tempos de balanço da democracia, em que a sociedade exige mais ética na política, e o próprio governo propõe uma avaliação das políticas públicas da saúde mental e o tratamento adequado aos cidadãos, melhorando a sua qualidade de vida e evitando transtornos psicossociais que levem a transtornos mentais, valem a pergunta quanto a saúde mental dos que tratam da saúde da sociedade: Como pode produzir saúde, trabalhadores com condições de trabalho que não propiciam a própria saúde mental?

Há uma forte contradição nesse paradoxo, se fazendo necessária atenção a ele. Não se podem excluir os trabalhadores de saúde desses cuidados necessários, com a própria saúde mental, como se eles fossem imunes a esse transtorno. Torna-se absolutamente indispensável que os profissionais de saúde, pela vulnerabilidade a que são expostos em seu difícil trabalho, permeado de conflitos e problemas éticos e operacionais, façam parte da articulação da rede de saúde mental; trabalhando com essa demanda, ações de promoção a saúde mental e aproximando essas pessoas quando acometidos por transtornos mentais, da rede básica de atendimento, dos ambulatórios, dos projetos terapêuticos, do agenciamento de outros equipamentos sociais para estimular reinserção social, e a possibilidade concreta da ampliação da rede de suporte aos portadores de sofrimento psíquico, das residências terapêuticas, dos leitos de saúde mental; tudo isso sem constrangimentos e sem preconceitos.

Por ter a política neoliberal submetido o mercado de trabalho a uma reestruturação de fundo; os fenômenos: flexibilidade, desemprego, condições de trabalho precárias, salários por mérito e terceirização tornaram-se realidades cotidianas; e as conseqüências desses fatos, influenciam fortemente sobre a maneira como os assalariados vivenciam sua atividade profissional.

A imposição da produtividade confronta-se com os critérios tradicionais do reconhecimento; pois o que é socialmente útil não é forçosamente produtivo. Como medir, por

exemplo, a produção de trabalho de um assistente social? Ou de um psicólogo? Tais métodos de avaliação, ligados a ameaças de demissões, acabam por gerar, a perda total de referências; as pessoas não conseguem mais se dar conta do que estão fazendo ou do que devem fazer, não sabem mais com que critérios trabalhar.

O trabalho, enquanto subjetividade, é um verdadeiro problema, porque a subjetividade não faz parte do mundo visível. A avaliação, portanto, é uma pseudociência, que só serve para manter os trabalhadores sob pressão, sob ameaça de desemprego constante. Como não se consegue medir o trabalho como tal, o jeito é medir o tempo, ou as realizações quantitativas representadas por números. Mas hoje o próprio tempo não é mais controlável, porque não se sabe mais o que se faz dentro do tempo de trabalho e fora dele; pois o tempo formal do trabalho não reflete mais a totalidade do tempo gasto com o trabalho. Por exemplo, a maioria de nós, trabalhadores de saúde, é obrigada a reciclar-se constantemente, e isso só se pode fazer a noite, em casa, fora do horário de trabalho formalizado entre empresa e trabalhador, passando as pessoas a trabalhar cada vez mais, sem serem pagas pelo que fazem extra jornada de trabalho, e sem o amparo legal correspondente.

Se analisarmos as transformações que foram registradas no final do século, no que se refere à jornada de trabalho, verificaremos que houve uma diminuição da mesma; apontando-se hoje para um modelo de tempo parcial de trabalho, como uma possível solução para a crise de mercado do emprego, permitindo aos sujeitos espaços de liberdade para a auto-recriação, e para o investimento em outras atividades remuneradas ou não, nas quais as pessoas sintam grande prazer ou realização pessoal, como: as atividades culturais, de lazer ou de serviço voluntário.

Nas últimas duas décadas, nas sociedades ocidentais desenvolvidas, ocorreu uma mudança radical dos significados atribuídos ao trabalho; mudança que aponta para a afirmação de que o trabalho perdeu o seu valor central na vida das pessoas. Esta convicção parece ser vinculadora de um significado mais subjetivo do trabalho, ultrapassando a visão redutora e instrumental do mesmo - como o emprego garante - da sobrevivência e de um estatuto social.

Dirigido pelo capitalismo cada vez mais selvagem, esse processo vem destruindo os novos paradigmas tecnológicos de produção e circulação de riquezas, aliadas a uma completa indiferença social. Houve um esgotamento da força de convicção da utopia de uma sociedade do trabalho, entendida até a dois séculos atrás, numa mera lógica economicista, reduzida ao ato de produção, segundo Meda (1999). Nesse sentido, o trabalho como atividade profissional

parece ter perdido a sua centralidade em termos de exclusividade, para se valorizar com outras dimensões de caráter cultural, de lazer, psicossocial, ou comunitário. Deste modo, a integração da dimensão profissional nas outras dimensões da existência humana, implica uma transformação do significado do trabalho, sublinhando-se novas exigências, como: a criatividade, a ousadia, as experiências exitosas, a co-responsabilidade, a qualidade das relações de trabalho, o trabalho em equipe. Esta nova concepção da atividade profissional vai esmaecendo progressivamente as polarizações segmentadas do mundo da experiência humana, a saber: o trabalho e o lazer. Mas, para Laville (1999), para que tal fato se concretize, e haja uma complementação entre estes dois pólos, o mundo do trabalho terá que ir se configurando de tal forma, que se torne prazeroso, interessante e rico em experiências; ou seja, mais próximo do que se vivencia no mundo do lazer.

Como podemos analisar, a vida e a cultura das sociedades não se esgotam na produção, vendo-se que são, sobretudo e fundamental, a relação e a dimensão interpessoal, os instrumentos fundamentais da viabilização do projeto pessoal e social; embora que esse acesso à sociabilidade, à utilidade social e a integração psicossocial, se faça através do trabalho economicamente produtivo, percebeu-se que é através de atividades com lógicas e dinâmicas inter-relacionais e afetivas ao serviço da promoção do homem, que a racionalidade instrumental é temperada com as emoções; como acontece nas atividades criativas, na reflexão, no lazer, na convivência comunitária. Atividades através das quais, também se faz esse acesso ao projeto pessoal e social. Contudo, existem discordâncias de que se tenha operado uma mudança tão radical, registrando-se pelo contrário, que nestes tempos de crise financeira, em que as oportunidades de emprego escasseiam ou assumem formas de precariedade, haja uma crescente relevância do trabalho como um bem precioso a perseguir, disputar e preservar. O desaparecimento do emprego formal por tempo indeterminado, destrói uma das características fundamentais das sociedades mais civilizadas: a possibilidade quanto às condições de sobrevivência.

Estudos recentes sublinham que, o trabalho continua a ser um instrumento poderoso de autonomia e de integração psicossocial; tendo, portanto, mais relevância do que os objetivos de realização pessoal, do que os amigos, do que a cultura e o lazer; observando-se que apenas a família, se sobrepõe a dimensão profissional. Em acordo com estes estudos, está o pensamento de Schnapper (1998), que afirma: os estatutos sociais, que confere a um sujeito o sentido da sua dignidade e leva os outros a respeitá-lo, está inevitavelmente ligado ao emprego; os

desempregados, e os destituídos de um estatuto profissional estão humilhados; constituindo-se uma nova forma de exclusão social.

Dessa forma, vemos que as significações atribuídas sobre algo - no caso o significado do trabalho - é um conceito complexo e multifatorial sobre o qual é possível desenvolver algumas formas de avaliações objetivas, através de uma série de indicadores culturais e históricos, porém a significação atribuída que o sujeito - ou grupo social - faz de si mesmo ou de algo, tem um importante peso específico. Sendo assim, os sentidos e significações, não podem ser tomados como um conceito geral, mas entendido dentro da experiência cotidiana e pessoal de cada um dos envolvidos dentro de um contexto social.

A cultura das instituições concentra um sistema simbólico de valores, significados, sentidos, critérios e regras de conduta, que regem e racionalizam a compreensão das pessoas, bem como seus pensamentos e comportamentos; pois é através da cultura que se dá a aceitação potencial e a encarnação permanente do valor de um trabalho ou de uma profissão, de um indivíduo ou de um grupo (SANTOS, 1988). Por existir um vácuo entre as linguagens, faladas pelas culturas organizacionais do universo dos trabalhadores da saúde, muitos mal-entendidos e distorções ocorrem em relação a valores específicos e identitários, das diversas categorias profissionais que compõem esse universo (SHRIVASTAVA, 1985).

Estima-se que no Brasil, pelo menos 40% dos trabalhadores de uma forma geral incluindo os da saúde já sofreram violência moral (CICACCIO, 1999). São comuns as: diferenciações públicas feitas por gestores entre categorias profissionais; submissão a tarefas inferiores a qualificação e á função; submissão forçada a outra categoria da mesma área profissional; desvalorização pública da categoria profissional, alegando obediência as leis do mercado; rebaixamentos de cargos, com a justificativa de que foram pressionados por determinada categoria que se acha superior, e que “acha” que o colega, por não ser pertencente a categoria que detém o poder hegemônico, não poder assumir cargos de coordenação; transferência de setor e de cargo para humilhar; diferenciação de status entre categorias, simbolizada por espaços diferenciados, mobiliário mais confortável e imponente, com mesa e cadeira de trabalho, mais altas, demarcando poder e territórios; presentes e premiações diferenciadas entre categorias; críticas a algumas das categorias profissionais em público; privação de trabalho; depreciação de tarefas feitas; exigência de trabalhos complexos em tempo insuficiente; dentre outras. Como ressalta Dejours (2005),

“ (...) se expõem a punições, tendo que redobrar a inteligência para não serem pegos, devendo ainda, serem capazes de se comunicarem entre si, porque o trabalho é efetuado de maneira coletiva, na maior parte do tempo. (...)” (DEJOURS,2005;p.17)

Por trás dessa violência moral explícita, ainda existe de forma velada, uma violência oculta, simbolizada pela estrutura e articulação de uma linguagem muda: a cultura. Presente de formas específicas em cada ambiente organizacional, refletindo para seus colaboradores, parceiros e clientes seus valores e signos, pois a linguagem da cultura das organizações, embora muda e subjetiva, consegue se expressar através de determinações, normatizações e das estratégias de administração.(SHEIN, 1990)

Essa violência velada expressa através da linguagem da cultura das organizações, influencia as tendências do mercado para os trabalhadores, pois como ressalta Lima (2005), nenhum objeto, nenhum conceito, e nenhum ser, existe na consciência das pessoas fora da verbalização ou das percepções dos valores interiorizados pela cultura, e é através das diversas linguagens (falada, escrita, atitudes, decisões) que se obtém a constatação de que, é a linguagem em suas diversas manifestações, que permite veicular o pensamento, a transmissão cultural e a interação social.

Essa confusão de linguagens é contrária à linguagem do direito; o contrato de trabalho dos profissionais da área dita regras de proteção e incidem no conteúdo, determinando uma série de direitos e obrigações para ambas as partes; e a subordinação jurídica não pode ser interpretada com menosprezo ou consentimento para humilhação e constrangimento de qualquer profissional componente de uma equipe. A assistência à saúde já não é possível de ser realizada apenas por uma elite que se julga mais capaz, para guiar as demais categorias profissionais. A ampliação e o equilíbrio das várias competências das profissões que compõe a equipe interdisciplinar de saúde desarticularam os mecanismos do poder autoritário, que se alimentavam da falta dessas profissões nos currículos acadêmicos, e do não reconhecimento dessas profissões como componentes das equipes interdisciplinares de saúde.

Apesar de ter acontecido grande avanço nos processos qualitativos, demonstrativos do valor e da diversidade de conhecimentos próprios, inerentes a cada uma das categorias profissionais da área da saúde, alguns dos membros dessa equipe, continuam subestimados por alguns gestores e administradores, no que se refere a remunerações, tratamento e privilégios, o que denota aspectos discriminatórios, que interferem na saúde mental das categorias

subestimadas, que sofrem todas as conseqüências desta discriminação; e das superestimadas, que passam a se comportar de forma distorcida, com prepotência, se considerando superiores aos demais colegas da equipe interdisciplinar; criando-se assim uma guerra entre categorias.

O trabalho humano sempre gerou sofrimentos, por variados motivos, porém o esforço e o sofrimento vivenciados pelos trabalhadores, adquiriram na atualidade um status diferente; hoje, prática não correta a favor do empregador continuam não apenas utilizadas, como se tornaram legítimas; faz-se o errado: desemprega-se, terceiriza-se, humilha-se, paga-se duas vezes menos, e continua tudo sem providências, e o trabalhador permanece acuado pelo fantasma do desemprego. Essas mudanças engendram uma nova forma de sofrimento, que Dejours (1999), chama de “sofrimento ético”³⁶.

Colegas, procurando substituir cargos desejados, aproveitam para apressar a substituição daqueles que julgam substituíveis, sem dispensar verdadeiros requintes de falta de caráter, frieza, crueldade e falta de respeito humano para isso. Dejours (1994,1997,1999), chega a comparar o neoliberalismo ao nazismo, ou a banalização do mal, como dizia Hannah Arendt (2000), uma de suas renomadas fontes; e chama de “violência invisível”, ou violência em forma de ameaça, a permanente insegurança, tão comum hoje em dia nos locais de trabalho aonde se faz necessário que haja gente que maltrate, humilhe e intimide pela competitividade selvagem, pela inveja e pelo medo. Como também gente, que veja onde está a verdade e não diga nada, aceitando as injustiças, sendo e vendo as pessoas serem humilhadas e prejudicadas a sua volta, sem protestos, com medo de serem as próximas, no cruel e insensato jogo de demissões. Tal consentimento coloca um enorme problema para a maioria de nós, porque temos um senso moral; e é isso que cria, essa forma específica de sofrimento que é o “sofrimento ético”.

Essa reflexão pretende chamar a atenção sobre o mal-estar causado pelos enfrentamentos humanos vinculados ao exercício do poder ilegítimo, e da sobrevivência; e sua base material - o dinheiro. Dentre estes enfrentamentos, está a violência moral, segundo Cicaccio (1999), pela qual passa grande parte dos trabalhadores da saúde na atualidade, por conta das distorções do mercado de trabalho em saúde - que tem como base o modelo hegemônico - que em suas leis de oferta e procura, coloca algumas das categorias em desvantagem frente a outras.

³⁶ **Sufrimento Ético** – Expressão usada por Dejours (1997), para designar conflito moral e emocional consigo mesmo.

Tornou-se banal, pedir aos trabalhadores que façam a adesão a planos sociais, a planos de demissão e “enxugamentos”. Os gestores são levados a demitir pessoas que apresentam produtividade e capital intelectual valioso, por conta da necessidade de cortes dos salários mais altos; passando a economia monetária atual a modelar de forma mais forte as relações patrão / empregado. Embora que em todos os processos históricos do mundo do trabalho, o dinheiro tenha desempenhado um papel determinante, e desde a eliminação das relações pessoais de trabalho do tipo senhor / escravo, a remuneração em dinheiro, compensem as obrigações de quem trabalha e sejam justificadas racionalmente.

As perspectivas da saúde mental do trabalhador, segundo Nogueira (2000), passam, portanto, pelas possibilidades de comunicação real, entre gestores e trabalhadores, e de negociações das políticas públicas, com resultados justos e equânimes, para todas as categorias profissionais, contemplando aspectos sociais e de controle; sociais, porque o trabalhador é reconhecido como pessoa com necessidades sociais de envolvimento, participação e reconhecimento dos grupos que participa. De controle, porque os gestores devem garantir por meios interpessoais, científicos, políticos, burocráticos, comportamentais e tecnológicos, a transformação da força de trabalho.

Por ser o processo saúde-doença, um processo histórico e dinâmico, determinado pela forma como que cada indivíduo se insere no mundo da produção dominante, esse processo confere a cada um deles peculiares condições materiais de existência. Sendo a síntese dessas determinações que operam sobre a qualidade da saúde mental dessas pessoas, e que se encontra articulada aos fenômenos: econômicos, políticos e sociais.

São essas relações sociais e de controle, tensas e contraditórias que interferem de forma significativa na saúde mental desses indivíduos. Para alguns, elas representam uma poderosa arma a serviço dos interesses dominantes; para outros, ela é a expressão teórica dos movimentos sindicais. A dimensão política dessas relações, a natureza e as conseqüências de seu envolvimento nos embates entre os grupos e as classes sociais, deve nos levar a refletir em que medida os conceitos e as teorias produzidas pelos antagonistas, contribuem para manter ou alterar relações de poder existentes na sociedade, e conseqüentemente contribuir para alterar de forma positiva ou negativa a saúde mental do trabalhador.

A saúde mental do indivíduo reflete, portanto, a relação do homem com a sociedade; os riscos e agravos de saúde são definidos a partir da inserção desse indivíduo no sistema de

produção, que expressa no nível individual, as condições coletivas do modo de viver e de produzir da sociedade.

Especialista em psicologia do trabalho, Dejours (1994;1997;1999), através de seus estudos, denuncia como a atual gestão das empresas está criando relações de mal-estar, defesas de territórios e de medo, nos locais de trabalho; o que interfere diretamente na saúde mental dos trabalhadores; Observa o autor, que sob o domínio do medo fica insuportável trabalhar (DEJOURS,1999), e que existe um terrorismo velado dentro das empresas, amedrontando permanentemente quem hoje se acha empregado; pois amanhã pode ser mais um desempregado, no “efeito dominó” das demissões. E ressalta que, a médio prazo, sob o domínio do medo o desempenho profissional tende a cair neste clima de ameaça permanente.

As observações do autor denotam que há uma reviravolta no pleno emprego e na estabilidade, sendo o emprego o que está sempre em questão, e não o trabalho enquanto trabalho. Assim, se anuncia “o fim do trabalho”, fenômeno que especialistas em saúde do trabalho, sinalizam como um dos motivos desencadeadores de novas formas de patologias decorrentes, que vão desde a sobrecarga imposta pela escravidão da manutenção do emprego, ao esgotamento profissional (síndrome de Burnout), a alterações músculo-esquelético ligadas aos esforços repetitivos (LER), a alterações cognitivas, etc; chegando-se a quadros mais graves, como: tentativas de suicídio nos próprios locais de trabalho, como fenômeno novo e dramático.

É progressivo o número de excluídos do mercado formal de trabalho, e é assustador o fato de pesar sobre os empregados, o pavor da demissão e da projeção de conseqüente precarização de suas vidas, que somados á sobrecarga de trabalho, vão afetando a saúde física e mental. Na concepção de Dejours (1994; 1997; 1999), os trabalhadores estão sempre submetidos a pressões e sofrimento no trabalho, já que é sempre necessário um ajuste, entre as normas e regras e a criatividade e inteligência humana; energias que sempre irão transcender a regras e normas, e que se expressam naturalmente quando se coloca em prática a inteligência e a criatividade de cada trabalhador na sua função de trabalho, que por sua natureza, é regido e normatizado pelas leis do *status quo*. O uso desta inventividade humana produtiva e valiosa, entretanto, precisa ter reconhecimento e aprovação, para que a criatividade possa ser vivida como prazer e liberdade e não como medo e insatisfação.

Para isso, Dejours (1994;1997) considera fundamental a existência de um “espaço de palavra”, dentro das organizações, que permita a troca de expressões, a comunicação real, a

exposição das dificuldades e da engenhosidade, colocada pelo sujeito de forma sincera para os gestores, e ouvidas por eles de forma respeitosa; tendo por objetivo o bem-estar de todos, a saúde e a produtividade da organização.

Poderíamos também situar a perspectiva dos profissionais de saúde quanto às limitações de infra-estrutura, e dificuldades administrativas financeiras, que contribuem para a precarização das condições de trabalho, em um contexto acelerado de transformações científico-tecnológicas. Estas, exigindo um esforço redobrado desses trabalhadores, cuja consciência ética e compromisso social, transformam o exercício profissional em uma luta permanente contra o imobilismo e o conformismo, que se abatem sobre a maioria dos profissionais da área, induzindo a uma alienação, um distanciamento ainda maior do que o ditado pela distancia cultural, que os separa da grande maioria da população que procura os serviços.

Finalmente, podemos tentar nos situar na perspectiva das pessoas que necessitam de um atendimento de saúde; uma perspectiva que contemple, umas proximidades mais afetivas, respeitosas e solidárias, com as fragilidades dos que padecem de uma doença; e que venha suavizar a desagradável sensação de insegurança, acerca da forma como será tratado pelo sistema de saúde, não apenas como doente, mas fundamentalmente como ser humano, portador de necessidades e carências reais e simbólicas. Para atender essa demanda, os serviços de saúde estão investindo intensamente na humanização do atendimento, para acolher de forma mais humanizada a população, heterogênea em suas condições de vida e saúde, e também diversa, no acesso aos serviços, e na forma de relacionar-se com eles; como usuário, cliente ou cidadão que faz valer (ou não) o direito constitucional, de ter garantido as condições sociais para a promoção, conservação e recuperação da sua saúde.

O Cuidado Domiciliar

Segundo o dicionário Ferreira (1985; p.135), cuidar seria literalmente:

– “ (...) *um ato ou encargo de assistir, tratar, zelar, ter atenção e cuidados com alguém e consigo mesmo* “

Autor do clássico dicionário de Filologia, Aurélio (1986), relata que advém, de *adsitere*, tendo a mesma referência anterior (assistir) e com significado importante para o outro, de estar presente, comparecer, testemunhar, notar, observar; portanto o ato de assistir alguém acontece quando há interesse em cuidar do outro; isso acontecendo, existirá assistência e cuidado (HOLANDA, 1986, p.4). A palavra assistência deriva do latim (*adsistentia*), e a sua utilização era encontrada nos atos ou efeitos de assistir, proteger, amparar, auxiliar, ajudar, ou ainda no ato de socorrer alguém. Também usada para definir a intervenção de terceiros, ou ainda para denominar ambulância, hospital de pronto-socorro, atendimento rápido em casos de perigos, ou para prestação de primeiros socorros.

Matos (2005 apud DUARTE, 2000, p.8) define o processo de cuidar como:

– “ (...) *as ações desenvolvidas por alguém para ajudar o outro a viver.*”

Na literatura específica de saúde, cuidar significa: dar estímulos e incentivos para uma maior autonomia e independência nas atividades da vida diária, envolvendo várias tarefas; dentre elas: administrar remédios, efetuar higiene pessoal, prover vestuário, alimentação e locomoção (LIMA, 2005)

Barros (1999; p.7) entende como Cuidado Domiciliar:

– “(...) *o desenvolvimento de ações de promoção á saúde, prevenção de doenças e complicações, abrangendo a assistência, e a reabilitação desenvolvida no domicílio*”

Genericamente, define-se “Cuidado Domiciliar” ou “Assistência Domiciliar”, como: um conjunto de atividades de caráter ambulatorial, programadas e continuadas por meio de ações preventivas e assistenciais, com participação de uma equipe multiprofissional. Representa diversas modalidades de atenção á saúde desenvolvidas no domicílio, entre elas o Atendimento e a Internação Domiciliar (RIMED.1999).

É afirmação de Dantas (2005), que o cuidado domiciliar pode ser definido como a provisão de serviços de saúde em casa, a indivíduos de qualquer idade, podendo variar desde: cuidados básicos de enfermagem, até a internação com suporte avançado. Para a autora, este tipo de assistência é indicado a qualquer pessoa que necessite cuidados domiciliares de saúde, inclusive àqueles que dependem de estrutura hospitalar, desde que estejam em estabilidade clínica que permita a permanência em segurança no domicílio.

Indica Dieckmann (1997), que a assistência domiciliar á saúde é: a provisão de serviços a pessoas de qualquer idade em casa ou em outro local não institucional. E que a expressão inglesa *home care* significa: assistência domiciliar á saúde; o que podemos traduzir também como sendo: a provisão de serviços de saúde, oferecidos ás pessoas de qualquer idade, em casa ou em outro local não institucional.

Como outra forma de conceituar a assistência domiciliar, Correia (2001) diz que a mesma representa um componente de cuidados à saúde, no qual os serviços são ofertados a indivíduos com incapacidade permanente ou temporária, em suas residências; com o propósito de promover, manter ou restaurar a saúde, minimizando os efeitos da doença e incapacidade. Ressalta o autor, que esse serviço de assistência domiciliar, é aquele componente abrangente de um cuidado de saúde, pelo qual os serviços são providos a indivíduos e famílias, em seus locais de residência com o objetivo de promover, manter, ou restabelecer a saúde, ou minimizar os efeitos de enfermidades ou inaptidões. E que estes serviços deverão ser disponibilizados por uma empresa especializada e que a família deve ser devidamente preparada para recebê-los.

A Associação Canadense de Assistência Domiciliar (2004), considera a assistência domiciliar, um sistema integrado que habilita pessoas, a moverem-se mais facilmente num período de vida; e considera este sistema como um

catalisador de transformação, para garantir sua sustentabilidade e resposta, e com a filosofia de habilitar indivíduos e família.

Já o termo “Internação Domiciliar”, representa um conjunto de atividades caracterizadas pela atenção em tempo integral para enfermos com quadros clínicos mais complexos e com necessidade de tecnologia especializada de: recursos humanos, equipamentos, materiais, medicamentos, atendimento de urgência/emergência e transporte (CORREIA, 2001).

A internação domiciliária, segundo Matos (2005 apud DUARTE, 2000, p.6), é uma opção segura e eficiente para o atendimento a determinados tipos de enfermos que, mesmo após a estabilização do quadro clínico, continuam necessitando de cuidados especializados de profissionais de saúde no dia-a-dia e outros recursos. Tem como objetivo a promoção, manutenção e restauração de saúde do indivíduo, e o desenvolvimento e adaptação de suas funções de maneira a favorecer o restabelecimento de sua independência e a preservação de sua autonomia. Esta modalidade de atendimento de saúde proporciona a pessoa assistida a individualização da assistência prestada, menor possibilidade de desenvolvimento de infecções, maior possibilidade de envolvimento da família no processo de planejamento e execução dos cuidados necessários.

Citações de Matos (2005 apud ANDERSON, 1986, p.3), ressaltam que estudos internacionais têm demonstrado que as intervenções na assistência domiciliar equivalem a um terço do custo das intervenções realizadas comparativamente em ambiente hospitalar. Neste sentido, sinaliza Cruz (2001), que a implantação de serviços de saúde domiciliar pode ser a estratégia que possibilitará um maior aproveitamento dos leitos hospitalares e um melhor atendimento das necessidades terapêuticas dos grupos humanos na comunidade.

Esse tipo de assistência já vem sendo desenvolvido há muitos anos em países como EUA, Canadá e Inglaterra, sendo denominado de *Home Care*. Esta é

uma expressão, mais precisamente traduzida da literatura inglesa, contudo, no Brasil é utilizada na maioria dos trabalhos científicos com o significado de assistência domiciliária.

A finalidade da assistência domiciliária, conforme a visão de Correia (2001), em todas as suas fases (internação, monitoramento e acompanhamento) é oferecer assistência aos usuários especiais (indivíduos que utilizam os serviços hospitalares de forma ineficiente, tendo como conseqüências um custo elevado de tratamento) através de uma equipe interdisciplinar: enfermeiros, médicos, auxiliares de enfermagem, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, fisioterapeutas, dentistas etc... Que têm a responsabilidade de orientar, educar, apoiar, assistir e tratar enfermos e familiares, e preparar cuidadores formais e informais.

De acordo com as idéias do autor Correia (2001), seus objetivos conceituais são a diminuição de custos básicos, tanto diretos para o provedor, como indiretos para a família, diminuição do risco de infecção hospitalar, melhora na qualidade de vida do enfermo, maior interação doente / família, reintegração da pessoa doente no meio familiar e social, promoção de maior conforto e dignidade aos doentes terminais, maior segurança de suporte para portadores de doenças crônicas e pessoas dependentes, formação de cuidadores formais e informais (familiares), menor burocracia, redução do número de reinternações e valorização do autocuidado.

Indicações feitas por Dantas (2005), ressaltam que o sistema *Home Care* apresenta vantagens na melhoria de qualidade de vida do indivíduo enfermo: aceleração do processo de recuperação, redução do risco de infecção hospitalar, facilidade de acesso, maior conforto para os familiares, a possibilidade de morte mais digna para doentes em fases terminais, acompanhamento direto da família no tratamento do doente e redução dos custos em saúde. Contudo, a autora cita

que o comprometimento da privacidade da família e do enfermo pelas frequentes visitas dos profissionais constitui desvantagens deste tipo de assistência.

A assistência domiciliar como estratégia de atenção à saúde tem como fonte de referência o espaço hospitalar, onde o aporte tecnológico, de amplitude e qualidades adequadas viabiliza demandas da população, especialmente os casos reconhecidamente crônicos. Apesar dos esforços e empreendimentos dos setores públicos no que diz respeito à política de reorganização dos serviços de saúde nos três níveis, cresce, assustadoramente, no rol estatístico, o volume de demandas que parecem ser simples, mas que se tornam complexas, face à desinformação do usuário e compatível com sua condição de saúde naquele momento. Ocorre que o hospital, convencionalmente conhecido como suporte provisório de tratamento e cura, vem sendo palco de uma diversidade de demandas que se não forem devidamente contra-referenciadas, com a garantia de um acompanhamento / atendimento, ficará caracterizada apenas como paliativo e rebaterá posteriormente essa demanda, revestida de um quadro mais complexo, as unidades de saúde.

Dentre as alternativas gerenciais encontradas para desaguar de uma forma responsável essa represa, os gestores privados e públicos vêm se valendo do recurso domiciliário, estabelecendo uma relação de interface, como uma equipe multiprofissional que possibilitará seu acompanhamento, distante dos transtornos via de regra enfrentados pelos usuários, tendo em vista a ineficiência dos serviços hospitalares. O fundamento da desospitalização, nesse sentido, rompe com os convencionais padrões e engessamentos típicos das arenas hospitalares, possibilitando uma relação de horizontalidade, onde o indivíduo enfermo e seu contexto familiar determinarão de uma forma mais consensual e deliberativa a conduta do tratamento.

O objetivo geral é diminuir os custos de doentes crônicos para a instituição hospitalar ou para o convênio de saúde; possibilitar a rotatividade de leitos

hospitalares; diminuir riscos de infecção hospitalar; retardar a progressão, quando possível, de patologias clínicas crônicas; reinserir o indivíduo enfermo em seu meio familiar e social, segundo dados da Revista Brasileira de *Home-care* (2003; 2004)

A efetividade do acompanhamento domiciliar tem mostrado resultados relativamente satisfatórios, principalmente quando da adesão à modalidade da atenção prestada. Percebendo-se que o indivíduo enfermo tende a apresentar remota possibilidade de retorno ao hospital, ocorrendo apenas em casos de extremos agravos. O serviço ou atendimento domiciliar enquanto tendência na reorganização dos serviços de saúde, deve ser considerado e apoiado, sobretudo de acordo aos princípios e diretrizes do SUS e portaria n.2.461 de março de 1998, que estabelece requisitos e critérios para atenção domiciliar.

A Equipe de trabalhadores de saúde - multidisciplinar, interdisciplinar e transdisciplinar.

Ao analisar o modo de produção da sociedade industrial capitalista, a crítica Marxiana³⁷ destacou como uma de suas manifestações mais alienantes, o fenômeno da divisão do trabalho. O trabalho, que deveria ser uma forma de realização e desalienação do homem, torna-se instrumento de desumanização quando separado e dividido. Ao realizar tarefas específicas, o escopo final fica escondido, e o homem passa a se considerar uma engrenagem sem sentido dentro da sua atividade produtiva.

Observando o modo como é realizado o trabalho das várias categorias que compõem uma equipe multidisciplinar da área da saúde, percebe-se que na sua

³⁷ Marxiana – Denominação consagrada para referências a obra teórica de MARX e ENGELS e dos seus seguidores. Constitui a fundamentação ideológica do moderno COMUNISMO. (Dicionário Enciclopédico Ilustrado TUDO. Abril Cultural. São Paulo, 1977)

grande maioria, predomina a terapêutica, marcada pela divisão do trabalho intelectual, fragmentação do conhecimento e pelas especializações. Faz-se necessário romper com esta fragmentação do conhecimento, para que se possa compreender a relevância da transversalidade entre as diferentes áreas do saber. É preciso, portanto, ultrapassar a multidisciplinaridade e a interdisciplinaridade, para que se possam desenvolver as ações de cuidado da saúde de forma transdisciplinar. Algumas considerações sobre estes três conceitos são oportunas.

Esses conceitos são definidos com muita propriedade por Almeida Filho (1997.1: p.11), que deles trata com bastante propriedade, quando, ao compreender a multidisciplinaridade como um conjunto de disciplinas que simultaneamente tratam de uma dada questão, problema ou assunto, chama a atenção para algumas características desta forma de atuação, tais como: a falta de relações afetivas entre os membros da equipe, tanto no que se refere aos aspectos técnicos quanto aos científicos; o paralelismo das disciplinas e coordenação inadequada, pois, quando existe, se limita aos aspectos administrativos e burocráticos. A estruturação de uma equipe pode ocorrer em ambulatórios e hospitais tradicionais, em que os profissionais assistem o cliente estritamente dentro de sua competência, de forma isolada e sem intercâmbio ou trocas mútuas; tendo apenas um prontuário ou anotações sobre um determinado assunto, circulando entre eles. Já a interdisciplinaridade representa um nível maior de integração no domínio cognitivo:

“ implica uma axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas A,B,C,e D, cujas relações são definidas a partir de um nível hierárquico superior ocupado por uma delas”(ALMEIDA FILHO,1997;1:p.13).

A interdisciplinaridade teve origem no século XVII, quando os pensadores e filósofos tinham conhecimentos sobre vários assuntos. O conhecimento humano, como saber enciclopédico, compreendia Filosofia, Arte, Técnica e Ciência. Ao longo do tempo, porém, o conhecimento fragmentou-se em grandes disciplinas. No século XIX, a interdisciplinaridade muda sua forma com o surgimento das especializações. A perda do contato com a unicidade da realidade, principalmente na área de saúde, a classificação das ciências naturais, o uso do método anátomo-clínico e da experimentação fortalecem essa fragmentação. O ser humano é visto como partes; não é percebido como um ser bio-psicosocial. A interdisciplinaridade pressupõe, a existência de um desafio comum representado, por um problema complexo cuja solução, requer uma base teórica que possibilite a explicitação de conceitos, e produza uma aprendizagem mútua, e não apenas uma adição ou mistura destes mesmos elementos teóricos. Interdisciplinaridade exige, portanto, uma recombinação dos elementos internos que adquiram novas potencialidades para ação. A interdisciplinaridade deve respeitar o território dos campos do conhecimento e distinguir os pontos que os unem e diferenciam, pois só assim é possível detectar as áreas onde se possam estabelecer conexões.

Diferentemente da interdisciplinaridade, a transdisciplinaridade exige muito mais do que, um problema comum que implique a explicitação de conceitos oriundos das diversas disciplinas. Requer que as disciplinas envolvidas sejam integradas sobre a base de uma axiomática geral compartilhada; isto significa que, muito mais do que a aproximação de conteúdos há a necessidade de uma coordenação eficaz e eficiente que compatibilize níveis de ação e objetivos diversos. Sendo também tarefa desta coordenação substituir a estruturação hierárquica de poder, por uma horizontalidade nas relações entre diferentes partes envolvidas. O trabalho da equipe multiprofissional deve ser coordenado com maestria e cuidado, devendo haver entre todos os profissionais envolvidos na assistência e na promoção à saúde: respeito, liberdade e autonomia profissional.

O atendimento domiciliar introduz um componente novo para a equipe de saúde: a cultura familiar. Deixam os profissionais de saúde seus consultórios, e adentram os lares onde encontram um ser doente, porém embebido em uma cultura familiar própria, com seus conflitos; e rodeado não mais de um acompanhante qual aquele já conhecido dos ambulatórios e consultórios, mas sim, de vários. Todos ansiosos, angustiados, entrincheirados e não mais submissos a magia hospitalar. Mais do que nunca, o profissional de saúde terá que dispor de bom senso para gerir conflitos e desvencilhar-se das sutis armadilhas éticas que se apresentarão. Bem como de entender que no domicílio não estarão a postos, como no hospital: o enfermeiro, o nutricionista, o fisioterapeuta etc., daí ser necessária uma boa comunicação com retornos entre a equipe, para a condução de uma assistência de qualidade.

A equipe formada por várias categorias da área de saúde, torna-se um espaço para a troca de saberes específicos a cada profissão, experiências vivenciadas por cada profissional e para um trabalho articulado, onde o conhecimento acadêmico, e as experiências decorrentes das vivências pessoais e profissionais de cada categoria podem ser somadas e enriquecidas. O atendimento domiciliar deve ser adaptado a cada situação exigida pela necessidade clínica de cada um. A equipe pode variar, então, de um único auxiliar de enfermagem, devidamente monitorado pelo enfermeiro para administrar medicações parenterais prescritas pelo profissional médico, com supervisão do profissional enfermeiro, até equipes mais complexas que compreendam toda a gama de profissionais envolvidos. Cada um tem o seu papel definido e o sucesso do tratamento e acompanhamento domiciliar está diretamente relacionado ao bom relacionamento dessa equipe e ao vínculo dessa equipe com o enfermo e sua família e, ainda, com a coordenação do serviço de atendimento domiciliar. Sendo considerados também como participantes dessa equipe duas categorias extra-instituições de saúde: o

cuidador, que pode ser um familiar, um amigo, ou um funcionário contratado pela família; e também a própria família do enfermo.

Os profissionais que devem compor uma equipe básica, para assistência de saúde domiciliar são os seguintes: médico; enfermeiro; fisioterapeuta; terapeuta ocupacional; fonoaudiólogo; assistente social; psicólogo; cuidador; família. Todos os profissionais da área de saúde atuantes nesta equipe, têm suas responsabilidades instituídas em seus diplomas legais. A fiscalização do exercício profissional dessas categorias fica delegada a cada conselho correspondente. Há que se considerar que o atendimento domiciliar por se diferenciar do atendimento hospitalar tem peculiaridades; no hospital, o enfermo tem que se adaptar as rotinas, aos horários, aos tipos de alimentação, e é identificado pela sua condição comum de “paciente³⁸” (no sentido literal da palavra). Quando o ambiente é o domiciliar, o profissional é que passa a ser encarado como um mero prestador de serviços, diferente daquela reverência com que é tratado no ambiente hospitalar. O indivíduo enfermo está no seu ambiente, sua autenticidade é preservado, seu espaço é conservado, e é o profissional de saúde que precisa se adaptar ao meio doméstico do enfermo.

Quanto aos cuidadores e famílias, a monitoração de suas atuações fica a cargo da coordenação do serviço de assistência domiciliar.

Constituem funções de cada membro dessa equipe:

Funções do médico: Prescrever o plano de tratamento; supervisionar continuamente os cuidados dispensados; gerenciar os problemas médicos; identificar as necessidades pertinentes a cada caso; identificar e avaliar problemas médicos novos ou emergentes relatados por outros membros da equipe; comunicação com outros médicos consultores e com os outros membros da

³⁸ Paciente – Resignado; que espera serenamente um resultado; conformado; pessoa que está sob cuidados médicos. (Dicionário Enciclopédico Ilustrado TUDO. Abril Cultural. São Paulo, 1977)

equipe multidisciplinar dando suporte clínico às ações clínicas dos outros membros da equipe, documentação dos registros médicos, avaliação da qualidade do tratamento, alta do enfermo do programa, indicação da necessidade de reinternação hospitalar. Interagir com a equipe, coordenação do serviço e família.

Funções do enfermeiro: Esses profissionais desenvolvem neste contexto, atividades administrativas, técnico-científicas e operacionais, dedicadas ao cuidado com o enfermo. É esse profissional quem mais dedica o seu tempo ao enfermo e a família. Executam o plano de tratamento; estabelecem critérios de avaliação de estabilidade do quadro clínico do enfermo; gerenciam os materiais e medicamentos; planejam, executam e gerenciam a escala de profissionais que assistirão ao enfermo; seguem rotinas pré-determinadas pela sua supervisão; montam e executam o plano terapêutico; fazem o acompanhamento de alta hospitalar; prestam esclarecimentos ao médico e à família das condições do enfermo; avaliam o estado fisiopatológico do assistido; planejam, acompanham e corrigem as funções e atribuições do auxiliar ou técnico de enfermagem. Interagem com a equipe, coordenação do serviço e família. Cabe ressaltar que o profissional de enfermagem é, nesse processo, muito importante. Essa categoria profissional é a base de todo esse sistema – sobretudo nos Estados Unidos, onde a atividade se encontra fortemente centrada no enfermeiro. Atribui-se, historicamente, com louvor, o desbravamento do atendimento domiciliar, seja de forma mundial, como quer seja no Brasil, as enfermeiras da Cruz Vermelha.

Funções do assistente social: Análise da dinâmica sócio-econômica-cultural do enfermo; estabelecer estratégias de atenção para orientação e manutenção dos cuidados com o paciente dentro das possibilidades de cada família; desempenhar o papel de mediador, mobilizador e articulador das relações sociais entre família-enfermo-equipe e fonte pagadora, com o objetivo de intervir, movimentar e organizar as relações sociais de forma preventiva e pró-ativa, para que impactos negativos sejam evitados ou minimizados na internação domiciliar;

Funções do Fisioterapeuta: Realizar atividades de fisioterapia respiratória e mecânica em enfermos com traumas ortopédicos e respiratórios, seqüelados de AVCs, (Acidentes vasculares cerebrais) pneumopatas, cardiopatas, obesos mórbidos, acometidos por transtornos de saúde de alta complexidade. Interagir com a equipe, coordenação do serviço e família.

Funções do Psicólogo: Realizar atividades inerentes a apoio psicológico ao enfermo, cuidador e os familiares. Esse atendimento se deve ao fato da necessidade de apoio psicológico durante o período de enfermidade, como forma disponibilizada pelo serviço de atendimento domiciliar, para diminuir o sofrimento emocional do enfermo e da família. A solicitação de acompanhamento psicológico pode ser feita pela equipe que assiste o enfermo, pelo próprio enfermo, pelo cuidador e pelos familiares. É realizado um diagnóstico psicológico, pelo psicólogo, e a partir daí é deliberado o número de sessões, dias e horários em que ocorrerão. O psicólogo deve ter cuidados éticos redobrados, uma vez que está no ambiente do indivíduo e muitos fatos poderão vir à tona, independentemente da vontade do enfermo, devendo ser abordado apenas o conteúdo trazido pelo enfermo. Interagir com a equipe, coordenação do serviço e família.

Funções do Auxiliar de Enfermagem: Desenvolver suas atividades profissionais agindo com ética e postura; manter interação e comunicação com os demais membros da equipe; envolvimento estritamente profissional com o enfermo e com a família; evitar tomar decisões pelo enfermo; seguir normas e rotinas pré-determinadas pela supervisão da enfermeira. Em algumas famílias a presença de um auxiliar de enfermagem tende a gerar conflitos, uma vez que passam a exigir desses profissionais afazeres domésticos, ou abusam desses profissionais, assediando-os sexualmente. Postulou-se, então, especificamente no PAD / CAFAZ, algumas regras básicas a serem seguidas por eles e pelas famílias, no sentido de alcançar um bom desempenho e resultado favorável à internação

domiciliar. Dentre essas regras: uniformização completa, comportamento discreto e respeitoso com o enfermo e com a família, e se houver algum assédio, que seja comunicado imediatamente a coordenação do serviço de atendimento domiciliar.

. Funções do nutricionista: Propor e prescrever o plano nutricional, de acordo com avaliação prévia do estado nutricional e da patologia do paciente; acompanhar e reajustar a dieta e evolução nutricional do enfermo; interagir com a equipe, com a coordenação do serviço e com a família.

Funções do Terapeuta Ocupacional: Avaliar o assistido quanto a funções motoras; ocupação do tempo de forma útil, propondo plano terapêutico de labor; recuperar o aparelho sensório-motor do enfermo, com atividades manuais, produção de material útil e estético; interagir com a equipe, coordenação do serviço e família.

Funções do Fonoaudiólogo: Propor e executar plano terapêutico de recuperação do aparelho da fala e da audição do assistido, recuperando seqüelas provenientes de certas patologias crônicas e degenerativas ou de cirurgias que afetem laringe, faringe, cordas vocais, etc; interagir com a equipe, coordenação do serviço e família.

Funções do cuidador: É complexa, por isso aprofundamos mais as questões relacionadas, a esse importante membro da equipe de assistência domiciliar. O Ministério da Saúde, em documento oficial de 1999, define quem deve ser cuidador da seguinte forma:

“Pessoas, membros ou não da família, que com ou sem remuneração cuida de idosos, doentes ou dependentes, no exercício das suas atividades diárias, tais como: alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos

serviços de saúde e outros serviços requeridos no cotidiano – como idas a bancos e farmácias -, excluídas as técnicas ou procedimentos identificados com profissões legalmente estabelecidas, particularmente na área de enfermagem”. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE,1999.port.1395)

É o cuidador, portanto quem realiza uma ponte entre a pessoa que preside de cuidados especiais e o meio ambiente, ajudando-o a executar atividades quando este não apresenta condições de realizá-la. A definição, contudo, mais aceita atualmente para cuidador, no Brasil é a inserida na Portaria n. 1.395 de 09/12/1999, que dispõe sobre a Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) de 24 de 13 de dezembro de 1999:

“É a pessoa: membro ou não da família, que, com ou sem remuneração, cuida do idoso, doente ou dependente, no exercício de suas atividades diárias, tais como: alimentação, higiene pessoal, medicação de rotina, acompanhamento aos serviços de saúde ou outros serviços requeridos no cotidiano”. (BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998, port.1.395)

É importante ressaltar que o cuidador, não exerce atividade de enfermagem, por isto não pode ser confundido com o auxiliar de enfermagem, embora este possa ser aceito como um cuidador. O relacionamento enfermo / cuidador é

complexo, uma vez que sempre se pode confundir inabilidade ou incapacidade temporária do enfermo com incapacidade para tomar decisões. Há uma tendência de o cuidador adotar uma atitude paternalista perante o enfermo, e isso gerar uma relação conflituosa e desgastante, acabando por acontecer abuso de poder. Outra situação preocupante é aquela em que o idoso cuida de outro idoso (idoso jovem, cuidando de idoso velho), o que agrava as condições clínicas de ambos. Os cuidadores precisam de atenção e cuidados, pois estão vulneráveis a contrair doenças: físicas e emocionais (síndrome do cuidador), necessitando dividir problemas e sentimentos. Assim se faz necessário que essas pessoas recebam suporte psicológico para cuidar dos enfermos para que eles mesmos não adoçam.

Funções da Rede Familiar: Como o *locus* desse tipo de assistência é o domicílio, encarado em suas três dimensões: física (moradia e equipamento), psíquica (afeto, sentimentos e recordações) e social (família, vizinhos e amigos), estes fatores podem exercer uma série de efeitos, diretos e indiretos, benéficos ao enfermo, o que faz com que o lar em si possa ser considerado parte do “arsenal terapêutico”, caso reúna condições estruturais, higiênico-sanitárias, e proporcione uma convivência sócio-familiar agradável, podemos dizer que é o “melhor ambiente terapêutico”. O espaço da família representa um verdadeiro desafio para a equipe que atende a domicílio, pois essa família deve cobrar dessa equipe, aspectos como: vínculo afetivo, segurança, pontualidade, cortesia, capacidade de transmitir informações corretas e de infundir esperança, conforme o caso.

A família por sua vez, deverá respeitar os direitos ético-profissionais da equipe de saúde que visita o seu domicílio, em respeito mútuo aos valores, terapêutica e opiniões técnicas. Devendo desenvolver atitudes que não comprometam a assistência prestada uma vez estabelecido o plano terapêutico do enfermo. A prática dos cuidados familiares deve complementar, aspectos de comunicação clara e constante com os profissionais de saúde que acompanham o enfermo, facilitando o processo de atendimento domiciliar. Não devendo essa

família, super proteger os enfermos crônicos com atitudes que venham trazer prejuízos a sua recuperação. A solicitação de recursos a serem disponibilizados, deve corresponder à necessidade do caso, e não pode comprometer a qualidade da assistência prestada.

A Gestão dos Serviços de Atendimento Domiciliar

Para entendermos a gestão dos serviços de atendimento domiciliar, precisamos mergulhar nas raízes da assistência á saúde nas organizações brasileiras, que se encontram nas empresas de estrada de ferro nos anos 20, um dos ramos mais importantes da economia do país. Demandava formas de serviços sanitário e assistencial, além de medidas de caráter coletivo, que garantissem a saúde de seus funcionários, de modo a não interromper o desenvolvimento do setor. A partir da lei Eloy Chaves, de 1923, foi instituído o sistema de Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), com funcionamento tripartite, composto por empregados, empresas e governo. Neste sistema, o funcionário tinha o direito de participar do conselho administrativo da Caixa. A lei garantiu aos trabalhadores benefícios tais como: assistência médica (inclusive aos familiares), medicamentos a preços especiais, aposentadorias e pensões. A incipiente oferta de assistência médica privada na época fez com que determinadas Caixas criassem serviços de atendimento médico, sob administração própria. Em 1926, os mesmos direitos adquiridos pelos funcionários das estradas de ferro passaram a valer para as categorias dos portuários e marítimos. Mesmo com a regulação do Estado, o rápido crescimento do sistema de Caixas não permitia ao governo monitorar seu

funcionamento. Ao final da República Velha, nos anos 20, o Estado era totalmente desprovido de instâncias de controle social e fiscalização das políticas e ações voltadas á sociedade civil.(UNIDAS, 2005).

Na década de 30, a era Vargas, somaram-se à estrutura das CAPs os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs), autarquias centralizadas do governo federal, sob a égide do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio, órgão criado pelo governo Vargas que visava o relacionamento entre Estado, trabalhadores e empresários. Muitas CAPs foram transformadas em IAPs, como foi o caso dos trabalhadores de trapiches e armazéns que passaram a constituir o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos empregados de Estiva, Transportes e Cargas (IAPETEC). Ao longo dos anos 30, foram criados os institutos de marítimos (IAPM), comerciários (IAPC), bancários (IAPB) e industriários (IAPI). O último instituto criado na década de 40 foi o dos servidores do Estado. Os institutos sobreviveram até a década de 60. Há casos que perduram até hoje, como é a Caixa de Assistência do Banco do Brasil (CASSI) criada em 1944. O poder de barganha dos trabalhadores de cada categoria é que determinava a maior ou menor variação da amplitude da assistência e dos serviços médicos, além das pensões e aposentadorias. Em 1945, o quadro de contenções de recursos do sistema previdenciário e, principalmente da assistência médica e hospitalar que marcou os 15 anos do governo de Vargas, sofreu significativa mudança. O novo cenário fazia parte das mudanças sociais da época, de redemocratização do país. Com o fim da ditadura, permitiu-se que fossem atendidas reivindicações dos trabalhadores. A expansão estendeu-se até metade dos anos 60, quando o sistema enfrentou série crise financeira. As alterações legislativas necessárias foram acontecendo e permitiram maior abrangência dos benefícios concedidos pelos IAPs e CAPs. Entre os avanços, destacam-se a garantia de assistência á saúde aos aposentados e pensionistas, anteriormente restrita apenas aos segurados ativos e, ás vezes, a seus familiares. A constituição promulgada em 1946 havia vinculado

novamente a previdência social á assistência á saúde nas empresas, reforçando as mudanças que já vinham ocorrendo para melhorar as condições dos trabalhadores (UNIDAS, 2005).

Em 1954, surge o Regulamento Geral dos Institutos de Aposentadoria e Pensões, ampliando a abrangência das atribuições e benefícios, que passaram a ser uniformes para todos os IAPs da época. Outros benefícios foram garantidos e foram generalizados para todos os/as segurados os auxílios á doença, á maternidade e ao funeral, antes benefícios apenas de algumas categorias. Quanto à prestação de serviços de saúde, a assistência foi ampliada. O novo regulamento garantia, assistências clínicas, cirúrgicas, farmacêuticas ou odontológicas aos beneficiários, ambulatório, hospital ou domicílio, com a amplitude que os recursos financeiros e as condições locais permitissem. A taxa de contribuição dos segurados aos institutos foi fixada no valor de 8% do salário dos funcionários e as empresas participavam com valor equivalente. O Estado continuou com o contribuinte do sistema, mas efetivamente não cumpria com seus compromissos. A situação agravou-se diante da expansão do sistema de previdência social e da crescente demanda por assistência á saúde. Muitas empresas passaram a sonegar suas contribuições, inclusive deixando de repassar os recursos que recolhiam de seus empregados. Além disso, o Estado, endividado, procurava diminuir cada vez mais a sua parcela de contribuição. O sistema vigente de assistência á saúde foi modificado logo após o golpe militar de 1964. Em 1967, durante a reforma previdenciária, cinco dos seis IAPs forma fundidos em um único, o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS). O último IAP, o Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Servidores do Estado (IPASE), foi extinto mais tarde nos anos 80. O governo militar eliminou a gestão participativa das instituições previdenciárias, retirando o direito dos trabalhadores de participarem da administração e definição de políticas para á área. O INPS era responsável pela assistência médica, ambulatorial e hospitalar de todos os trabalhadores formais.

Foi mantida a contribuição de 8% sobre os salários, tanto para os empregados quanto para as empresas, independentemente da categoria profissional ou ramo de atividade. A assistência foi expandida a parcelas da sociedade antes não atendidas, como empregadas domésticas e população rural, além de trabalhadores autônomos (UNIDAS, 2005).

Como não havia estrutura para atendimento dessa nova população, foi necessário ampliar a rede própria e também contratar uma rede de estabelecimentos privados que compravam e vendiam serviços de assistência médica por unidades de serviços (US). Os baixos preços, pagos a hospitais e clínicas contratadas levaram à prática de desvios e fraudes. O INAMPS passou a investir então em uma política de convênios, sobretudo com indústrias e com o grande comércio. Nesse momento, os primeiros grupos médicos se organizaram para oferecer planos de saúde. A partir daí começou a se configurar um sistema de assistência à saúde nas empresas que mais se aproxima do que hoje é denominado autogestão em saúde. Muitas delas assumiram a responsabilidade de oferecer a assistência médica, principalmente ambulatorial, a seus empregados. Sem serviços próprios estruturados, algumas contrataram planos de saúde privados. Outras investiram na montagem de estrutura própria.

Essa situação levou ao crescimento da medicina de grupo, das UNIMEDs, dos seguros-saúde, dos serviços próprios das empresas. O INAMPS foi extinto em 1990, quando suas atribuições passaram a ser responsabilidade da Secretaria de Assistência à Saúde, do Ministério da Saúde. Neste período, os planos de saúde consolidaram sua presença no mercado como uma alternativa de assistência à saúde. A partir da década de 80, até o início dos anos 90, o benefício é visto como apelo para atração e manutenção de quadros profissionais qualificados. A assistência em saúde torna-se então uma responsabilidade social das organizações, além de estar diretamente relacionada à qualidade de vida e de saúde, ao bem-estar físico e mental dos colaboradores e à conseqüente

competitividade da organização. Somente após a regulamentação dos planos de saúde, em 1998, foi possível avançar na identificação das características básicas do setor de saúde suplementar no Brasil.

A questão do financiamento incompatível com as responsabilidades atribuídas à esfera de operacionalização de assistência à saúde, seja essa esfera privada ou pública, interfere em diversos aspectos da gestão, inclusive na contratação de trabalhadores, para prestar a assistência pactuada a população ou aos cooperados. A visão de auditorias verticais é outro problema existente nas instituições de saúde, públicas e privadas, que desde o antigo INAMPS ainda não foi superado. Os auditores, baseados em normas muitas vezes inaplicáveis, realizam análises ortodoxas. Produzem relatórios como se os serviços estivessem aplicando inadequadamente os recursos, sem considerar os contextos, e chegam a culpabilizar os gestores impropriamente. Essas interpretações são por muitas vezes equivocadas, pois não há uma compreensão e uma visão nítida entre burocráticas atividades administrativas e a complexidade incontrolável das atividades assistenciais da área de saúde.

Os gestores e administradores enfrentam a disputa de sentidos quanto à compreensão sobre a assistência a saúde da sociedade, sob a hegemonia de um conceito restrito de saúde, entendida como ênfase na dimensão biológica, e apontando para modelos de atenção ultrapassados, assistencialistas, privatistas, individualistas. Em contraposição, vem chegando e se estabelecendo um conceito ampliado de saúde, vinculado a políticas públicas saudáveis e a modelos de atenção como a vigilância da saúde (PAIM, 2003), ainda incompreensível e de difícil operacionalização para esses gestores. Disso decorre a necessidade de ampliação de visão administrativa em saúde para essas pessoas que ocupam cargos de decisões na área; não só para o cumprimento de uma agenda sanitária, como também de uma agenda ambiental, social e comportamental, envolvendo

não apenas tecnologias biomédicas assistenciais, mas também, organizacionais, de intervenção social etc. (CARNEIRO, 2005).

Os gestores da área de saúde detêm um conjunto de saberes administrativos, conhecem as novidades tecnológicas da área, mas prescindem de visão ampliada das complexas habilidades necessárias no enfrentamento da prática cotidiana dos serviços. Os gestores parecem estar preparados para lidar com os números da indústria da doença e não para administrar a complexidade do binômio: saúde e doença, com ênfase maior, na produção de vida. Segundo o Ministério da Saúde, esses profissionais não estão exatamente prontos para atuar nem no setor público, nem no setor privado. Este reconhece que a preparação desses gestores demanda um processo educativo permanente, a ser desenvolvido ao longo da vida administrativa desse profissional quando passa a ser um trabalhador da área de saúde.(BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). A ênfase na preparação desses gestores provoca a agregação entre aprendizado, reflexão crítica sobre o próprio desempenho e promoção de um trabalho de qualidade pelos colaboradores. Essa educação permanente seria o grande instrumento para promover a disputa ideológica sobre o que é ser profissional administrador do contexto saúde, e o que seria exercer a profissão de uma forma mais plena, e com um entendimento maior e melhor de determinadas situações do cotidiano e do cenário assistencial da saúde. Com isso, teríamos a melhoria da performance desses administradores e gestores e a ampliação da coresponsabilidade entre: as decisões tomadas por eles, e as conseqüências e prejuízos delas decorrentes para a qualidade dos serviços e para a vida e a saúde das pessoas, circunscritas a cada contexto institucional de saúde, público ou privado sob a orquestração destes.

Essa ampliação de um foco administrativo mais amplo, na área da saúde requer informações e busca de conhecimentos, instrumentos que precisam ser agregados, sistematizados e disponibilizados aos colaboradores e usuários das

instituições sob as suas administrações, compreendendo como sendo incontestáveis os avanços de todo o corpo de colaboradores na eficiência dos serviços prestados advindos do aprimoramento da gestão administrativa e entendendo que serviços de saúde bem geridos, se traduzem em índices de satisfação do usuário, elevação de qualidade de vida e saúde, e custos racionalizados.

Para que isso aconteça, os gestores precisam incorporar, que atividade de gestão é também, submeterem a equipe de colaboradores a uma supervisão pedagógica corporativa constante, e a prática de uma reflexão contínua sobre a gestão praticada

Historicidade do Atendimento Domiciliar

A atuação organizada da assistência domiciliar data de 1796, os registros disponíveis mostram uma organização locada em Boston –EUA, identificada como *Boston Dispensary*, (Dispensário de Boston) que se dispunha a tratar e assistir enfermos pobres em seus lares, uma vez que hospitais eram na época casas infestadas pela peste e para onde o enfermo era encaminhado apenas para a morte. Outro documento registra outra organização no estado da Carolina do Sul no século XIX, formada por mulheres da Sociedade Beneficente de Charleston, e cujo propósito era também o de atender a doentes pobres em seus lares.(Revista Brasileira de Home-Care, 2003).

Segundo Kalish ; Kalish (1978) e Kelly (1985), as visitas domiciliares tiveram início no século XIX com “as enfermeiras de saúde” na Inglaterra. Destaca-se nos registros históricos, a atuação da Enfermeira Florence

Nightingale³⁹, reformando o sistema de saúde local, estabelecendo normas de saneamento público, sendo a primeira profissional de saúde a aplicar estatística biomédica; sendo, portanto, pioneira na utilização de gráficos quantitativos, além de preocupar-se com a melhoria do atendimento médico, sua obtenção e sua organização, produzindo importantes impactos na formação das enfermeiras nos EUA, e conseqüentemente nas empresas de assistência domiciliar, que na sua grande maioria eram constituídas por profissionais enfermeiras.

Surgiu, assim, a *Visiting Nurses Association* (Associação de Enfermeiras Visitadoras), que passou a agregar as várias empresas de assistência domiciliar que foram surgindo após a virada do século XIX. Essas empresas se mantinham financeiramente às custas de doações e de taxas pagas pelas famílias mais abastadas, dessa forma podendo atender aos mais necessitados financeiramente.(MENDES, 2001).

A partir da metade do século XIX, o apoio governamental foi fundamental para que esse tipo de assistencialismo conseguisse crescer. Surgiram as enfermeiras-visitantes em razão dos altos índices de doenças infecto-contagiosas, modificando a prática da enfermagem e tornando-as agentes importantes no papel preventivo da assistência domiciliar.

Após o ano de 1900, com o surgimento do campo de saúde pública em enfermagem, inclusive com escolas apropriadas para a área, as profissionais passaram a ser agrupadas em dois setores: *Public Health Nurse* (Enfermeiras de Saúde Pública), cujo público-alvo eram os pobres e imigrantes e as agências do tipo *Community Health Nurse* (Comunidades de Saúde por Enfermeiras), que ofereciam serviços particulares a famílias e indivíduos que podiam arcar com os custos.

³⁹ NIGHTINGALE, Florence (1820-1910)- enfermeira inglesa, pioneira da moderna enfermagem.Estabeleceu hospitais em Scutari e Balaklava (1850), durante a guerra da Criméia.9DICIONÁRIO Enciclopédico Ilustrado TUDO.Abril Cultural.São Paulo,1977)

Por volta de 1909, surgiu no mercado americano o primeiro seguro especial de enfermagem, *Metropolitam Life Insurance Company* (Companhia de Seguros Metropolitana) comprovando uma contínua evolução organizativa do setor. Essa companhia passou a empregar enfermeiras-visitantes para cuidar de seus usuários durante suas enfermidades, por uma modesta taxa *per capita*. A companhia passou a contratar as suas próprias enfermeiras e com a expansão e sucesso da empreitada, passou a terceirizar serviços de enfermagem (CORREIA, 2001).

A partir de 1912, a Cruz Vermelha Americana, também passou a atuar nessa área, estabelecendo, inicialmente um serviço de enfermeira visitante rural (cobertura para todo o território rural dos EUA). Após a I guerra mundial essa atuação foi mais intensiva em todas as comunidades; tanto que, não conseguiu suprir a demanda de suas filiais. No seu apogeu, a Cruz Vermelha desenvolveu cerca de 2.100 (dois mil e cem) novos serviços pelos EUA. Entre 1914 e 1920, o *Metropolitan Life* (Saúde Metropolitana) já disponibilizava os serviços de enfermeiras visitantes para 90% de seus 10,5 milhões de credenciados, disseminados em duas mil cidades entre os EUA e o Canadá.

O advento das estradas de ferro trouxe maior fluxo de pessoas do interior para as cidades e como consequência, mudanças no perfil de doenças da população. As epidemias eram as maiores causas de mortes. As tentativas de controle de epidemias feitas pelo governo eram ineficazes. As agências de assistência domiciliar notaram que as ações domiciliares tinham maiores êxitos e procuraram apoio financeiro do estado.

Por volta de 1925, a procura pelo atendimento domiciliar entra em fase de declínio. Os cuidados hospitalares começam a serem mais procurados; as doenças crônicas e degenerativas entram em ascensão, e o *Metropolitam Life* (Saúde Metropolitana) em 1952, cancelou o seu programa de assistência domiciliar. A continuidade de assistências domiciliares passou a ser adotada como extensão do atendimento hospitalar, iniciativa do *Montefiore Hospital* (Hospital de

Montefiore) em Nova York; pacientes que normalmente teriam alta hospitalar mais tardiamente, passaram a ter sua saída do hospital antecipada, com continuidade do tratamento em domicílio, por equipes especializadas de enfermeiras. Na Europa, especialmente na França, tem-se o registro da implantação de serviço de assistência domiciliar no *Tenon Hospital* (Hospital Tenon), em 1951, mas com um diferencial, a atuação de uma equipe multidisciplinar.

Na década de 1930, com a depressão econômica instalada, o estado deixou de subsidiar os serviços de assistência domiciliar, que só foi novamente impulsionada em 1963, após a eleição de Lindon Johnson, surgindo o *Medicare* (Cuidado Médico) e o *Medcard* (Cartão Médico), que passaram a financiar a assistência domiciliar. Isso se deveu a questionamentos da sociedade, sobre onde o enfermo deveria receber cuidados, uma vez que a hospitalização estava se tornando cada vez mais cara, crescente aumento das patologias crônicas e envelhecimento da população.

Em 1974, foi criado nos EUA o primeiro *Hospice Program* (Programa Hospício), especializado em assistência domiciliar à saúde de doentes mentais terminais e suas famílias, com o objetivo de aliviar dores e outros sintomas, em Connecticut. Esse programa persiste até os dias atuais, mas sempre há resistência à sua aceitação quando do enquadramento dos usuários porque está fortemente ligada a morte (MENDES, 2001).

Na década de 90, a assistência domiciliar ganhou novo impulso, agora contemplando outros profissionais da área da saúde e não só o médico e o enfermeiro. psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, dentistas, auxiliares de enfermagem, passaram a compor uma equipe multidisciplinar. A assistência domiciliar passou a ser contemplada por planos de saúde particulares e públicos, havendo uma previsão de crescimento no setor de empregos na área de cerca de 130% até o final de 2005 (MENDES, 2001).

No Brasil os registros sobre o início da assistência domiciliar são escassos, e foram relatados através de depoimentos de pessoas que viveram ou estão vivendo a trajetória desse processo. No Hospital Escola São Francisco de Assis no Rio de Janeiro, as visitas domiciliares começaram em 1988, ano de reabertura da instituição, com a proposta acadêmica de configurar-se em hospital comunitário com diversos programas e projetos – ousados e inovadores á época – criados por enfermeiros do referido hospital, e por professores da Escola de Enfermagem Ana Nery (FIGUEIREDO et al, 2006).

Há referências à enfermagem domiciliária desde o início do século XX, realizada por visitadoras sanitárias da Cruz Vermelha, na cidade do Rio de Janeiro. A primeira documentação de atendimento domiciliar foi o do *Serviço de Assistência Domiciliar e de Urgência* (SANDU), criado em 1914 pelo sindicato dos trabalhadores, principalmente os de transportes marítimos, que não se sentiam satisfeitos com o atendimento de urgência da época. Por decreto-lei, foi instituído um percentual de 2% da arrecadação dos diversos institutos de aposentadoria e pensões para financiar as ações da SANDU, em 1952. Postos foram implantados em vários estados como São Paulo, Ceará, Rio Grande do Sul, Pará, Pernambuco, Piauí, dentre outros. Em 1967, foi criado no hospital do servidor Público Estadual em São Paulo, o sistema de atendimento domiciliar, centrado no doente crônico; serviço que é mantido até os dias de hoje.

Em 1986, foi criada a *Geriatric's Home Care* (Cuidado Domiciliar Geriátrico), a primeira agência de *home care* do Brasil, ligada ao plano de saúde AMIL. Em 1992, surgem mais duas empresas de *home care* em São Paulo e Rio de Janeiro, a *Dal Bem* e a *Pronep*; e em 1994 foram abertas, no Rio Grande do Sul a Empresa de *home care* Saúde Lar e em São Paulo a *Home Doctor* (Doutor Lar); Em 1997, a multinacional *Ínterim* (Interina) abre suas portas em Recife. Em 2002, a Secretaria de Assistência Social do Ministério da Saúde, pela portaria de número 2874 de 30 de agosto, prevê a assistência domiciliar a idosos; e os

Conselhos Federais de Enfermagem e Farmácia, emitem resoluções com regulamentações das profissões nos serviços domiciliares (resoluções de números 270 e 386, respectivamente). Em 2003, o Conselho Federal de Medicina aprova a resolução 1668/2003 dispondo sobre as normas técnicas necessárias à assistência domiciliar, definindo a interface multidisciplinar nesse tipo de assistência.

De acordo com a ANS (Agência Nacional de Saúde Suplementar), em dezembro de 2004 existiam no Brasil 2.167 empresas operadoras de planos de saúde, registradas que cobriam cerca de 33,7 milhões de usuários. Este número representa 18,5% da população brasileira, estimada em torno de 181,5 milhões de pessoas em 2004, segundo dados do IBGE, utilizados como referência pela agência.

No estado do Ceará, cinco hospitais de rede pública operam programas de assistência domiciliar como extensão de cuidados e acompanhamento, que complementam os serviços hospitalares prestados a demanda do SUS, são eles: Hospital de Messejana, Hospital Geral Dr. César Cals, Hospital São José de Doenças Infecto-Contagiosas, Hospital Geral de Fortaleza e Hospital Infantil Albert Sabin. Esses serviços têm sua coordenação ligada a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará.

No setor privado, vemos despontar a UNIMED Lar, pertencente a UNIMED Fortaleza, a CAMED, serviço da Caixa de Assistência Médica dos funcionários do Banco do Nordeste, o Hospital *Residence*, a Saúde *Residence*, a UNICARE, empresas administradas e coordenadas por médicos e enfermeiras. A UCM, empresa Uruguaia que fez fusão com a empresa nacional Bandeirantes, que terceiriza serviços de ambulâncias e helicópteros às prestadoras; a COOPEN-Cooperativa de Enfermeiros, coordenada pelo Conselho Regional de Enfermagem, a COOPASEND, cooperativa administrada por 5 enfermeiras autônomas, que oferece pessoal para serviços exclusivos de *home-care*; a

COOSAÚDE, coordenada por um administrador sob a responsabilidade técnica de uma enfermeira, que oferece serviços de auxiliares de enfermagem para acompanhamento domiciliar, o HAP-Vida programa de assistência domiciliar do plano de Saúde HAP-Vida e o PAD – Programa de Assistência Domiciliar, administrado pela Caixa dos Fazendários do Estado do Ceará, sob a coordenação do Plano de Saúde CAFAZ, que serviu de campo de pesquisa para este estudo.

Em novembro de 2000 foi criado pela CAFAZ, o Programa de Atenção à Saúde e Qualidade de Vida – PASQV⁴⁰, com a função de acompanhar e monitorar pacientes crônicos através de visitas domiciliares e hospitalares, com suporte médico, de enfermagem, psicossocial e com a realização de atividades preventivas ligadas à atenção primária em saúde. Incluiu-se nesse programa o programa de atendimento domiciliar – PAD, voltado prioritariamente para o atendimento de enfermos com mais de 60 anos e que tivessem sofrido internamento hospitalar, necessitando dar continuidade ao tratamento em domicílio por ser portador de doença crônico-degenerativa ou sem possibilidades de cura terapêutica (fase terminal);

O PAD é, portanto, um programa de natureza preventiva, que acompanha e controla, em domicílio as condições de saúde dos associados (beneficiários) da CAFAZ, que se enquadrem em critérios de baixo, médio e alto risco de desenvolverem ou agravarem doenças, as quais foram pré-estabelecidas e definidas por médicos clínicos e, ou geriatras, especialmente designados para esta atividade. Com o objetivo de prestar um atendimento diferenciado e personalizado aos usuários CAFAZ, proporcionando maior comodidade devido tratar-se de atendimento domiciliar e por criar uma relação equipe interdisciplinar / enfermo / família, de mútua confiança e cooperação. A redução significativa de custos com assistência médico-hospitalar laboratorial, considerando a diminuição

⁴⁰ PASQV – Programa de Atenção a Saúde e Qualidade de Vida

das internações em hospitais e das solicitações de exames laboratoriais e de imagem, muitas vezes desnecessários á real situação clínica do enfermo também é objetivo do programa.

Até agosto de 2005, o programa era constituído por uma equipe multidisciplinar interna constituída por: 02 enfermeiras, sendo uma delas coordenadora administrativa do programa, 03 médicos (02 auditores internos e um auditor externo), 01 assistente social, 01 funcionária de nível médio para apoio logístico, 01 estagiário de nível superior cursando Controladoria, e uma equipe interdisciplinar externa composta por 12 médicos (com formação em Clínica Médica e Geriatria e alguns com especialização em Saúde da Família); 02 psicólogas com especialidades compatíveis ao perfil exigido pelo programa sob a coordenação de uma psicóloga interna, que também acumula a função de ouvidora externa; 02 nutricionistas; 18 fisioterapeutas; 02 fonoaudiólogas; 02 terapeutas ocupacionais; um banco de auxiliares de enfermagem; 02 motoristas. Todos esses trabalhadores de saúde, sob a gestão direta da presidência da CAFAZ, da gestora do PAD, e indireta dos associados que são autogestores da sua caixa de assistência.

Até este período (Agosto de 2005), eram monitoradas pelo PAD 450 vidas, e o programa continuava rastreando associados que ainda não eram inclusos no programa e que se encontravam dentro dos critérios para inclusão, na tentativa de prevenir complicações e níveis de complexidade mais graves para aqueles associados portadores de doenças que a médio e longo prazo necessitarão de maiores intervenções e maiores custos.

Os critérios adotados pela gerência do PAD, para avaliação e inclusão em serviços de *Home-Care*, durante a gestão dezembro de 2004 a agosto de 2005 eram os seguintes: usuários da CAFAZ (titulares e dependentes), com idade igual

ou superior a 60 anos ou com alguma patologia crônica que o tornasse parcial ou totalmente dependente; reincidências hospitalares; alto custo. É importante ressaltar que nos associados inclusos no PAD as doenças crônico-degenerativas são muito prevalentes, e com frequência se associam a doenças agudas, o que então leva esses enfermos ao hospital. E uma das características mais importantes nos associados acima de 60 anos inclusos no PAD, é a abordagem conjunta de problemas agudos e crônicos. A resposta é imprevisível aos tratamentos, e temos dentro da população geriátrica assistida três grupos principais: 65 a 75 anos; 75 a 85 anos; mais de 85 anos.

Pressupõe-se que o advento do atendimento domiciliar pelas instituições de saúde, incrementa em muito a geração de novos empregos; de acordo com a *Nacional Association for Home Care* (Associação Nacional de Cuidado Domiciliar), há uma tendência mundial de crescimento dessa modalidade, tendo em vista a desospitalização precoce, a preferência do doente por ficar em casa junto aos seus familiares, a qualidade dos serviços oferecidos, a evolução da tecnologia científica e ao aumento dos serviços de reabilitação. Uma realidade que não pode ser ignorada é a de que o atendimento domiciliar, por atender enfermos também em estágios terminais recuperou o significado da morte. A sociedade, através dessa modalidade de cuidado, recuperou o “morrer em casa com dignidade e apoio dos familiares”, fenômeno traduzido através do crescente interesse dos parentes, em manterem os pacientes crônicos e terminais junto ao seio familiar, onde podem satisfazer os anseios emocionais das partes. O atendimento domiciliar veio também para suprir essa carência do mercado, humanizando mais a medicina e dignificando a forma de morrer do ser humano.

A Gestão Estratégica e Tecnológica em Recursos Humanos nas organizações de saúde (públicas e privadas).

Embora dentre outros teóricos da Escola de Relações Humanas (MAYO, 1959) da abordagem Científica (TAYLOR, 1987) e da linha Sistêmica (BERTALANFY, 1973) insistissem em colocar o fator humano, em sinergia com os demais elementos do componente produtivo-organizacional, as práticas de gestão tendiam a minimizar sua importância. Uma maior valorização do trabalho humano pelas Organizações produtivas, ocorreu em função do esgotamento dos modelos explicativos de marketing, produção e tecnologia, que prevaleceram na literatura e no ensino da Administração até a década de 70.

Foi a partir de meados dos anos 60, quando começou o aceleração de criação das inovações tecnológicas que causaram impacto nos processos produtivos, que paradoxalmente emergiram as constatações de quanto e como, os Recursos Humanos eram insubstituíveis, tanto como força de trabalho, como energia criativa. Parece ter sido, a reconfiguração dos mercados econômicos, ocasionada pelas grandes mudanças políticas e sociais do final dos anos 80, os reais motivos, que fizeram a teoria administrativa, repensar o ser humano, e o valor do seu trabalho para as organizações.

Este repensar, rompeu um paradigma até então adotado pelas organizações; o paradigma da estabilidade, aonde o ideal, era administrar o sistema estabelecido, a rotina de forma padronizada e repetitiva, sem os conflitos e as contradições trazidas pelo movimento da inteligência humana (MORAES NETO, 2000). A gestão organizacional, portanto, não estava modelada para estimular as pessoas a manifestarem sua inteligência e criatividade, e sim para bloquear a diversidade de pensamentos e os questionamentos capazes de perturbar o modelo vigente. As organizações que permaneceram adotando esse modelo de gestão decretaram a sua morte. E as que permaneceram “vivas”, tiveram que se modificarem rapidamente quando, de repente, a única constante no mundo administrativo, pareceu ser apenas a mudança. Este novo paradigma provocou

uma ruptura drástica do modelo administrativo até então adotado, e um movimento totalmente oposto ao antigo modelo de estabilidade, que teve que ceder o espaço, para o modelo da transformação constante.

Deve-se ressaltar que na configuração do modelo da estabilidade organizacional, ignorava-se ou desmentia-se a existência de uma inteligência organizacional coletiva, que segundo Foucault (1988), nunca foi ingênua ou casual, porque funcionava de forma silenciosa, no disciplinamento ditatorial dos corpos e mentes dos trabalhadores, e na “docilidade” do corpo funcional, exigida pelo modelo de gestão, para assegurar as relações de dominação. Mesmo reprimida, e desmentida, essa energia humana, espaiava-se silenciosamente, em redes capilares por todo o tecido da Organização. Já na configuração do modelo da transformação contínua, -que busca o aperfeiçoamento interno, e a melhor relação com a ambiência externa - fica impossível negar ou desmentir a necessidade, de que o precioso recurso de inteligência e energia criativa organizacional estocada, seja utilizado, para efetivar este movimento; pois gerenciar o inesperado, as contingências, o imprevisível, não é atribuição de uma máquina, de um cargo, ou de um único líder, e só se torna possível, quando esta responsabilidade é compartilhada pela inteligência coletiva da organização.

Essa inteligência pertence às pessoas das Organizações, e devem ser coordenadas por um processo organizacional, que gerencie de forma estratégica, esses recursos preciosos da Organização – a inteligência e a criatividade humana - e é através deste ponto, que se deve compreender a importância da competência e da qualidade desta gestão, que tem como missão, desenvolver de forma tática, processos amplos e abrangentes, que penetrem a tessitura dos padrões comportamentais, culturais e políticos da Organização. Somente com esta compreensão plena, pode ser factível uma gestão estratégica e tecnológica de Recursos Humanos, e será através do desempenho efetivo dessa gestão, que

poderá vir a ser possível, se fazer a concreta transição, entre a configuração da Organização na qual a inteligência do trabalho estava restrita, como um valor de propriedade e circulação limitada, para outra configuração, na qual a inteligência do trabalho é um valor coletivo, que se expande e se transforma, na medida em que circula, porque a mobilização é sua fonte geradora de energia.

Entre as mudanças voltadas para as questões relativas a administração dos Recursos Humanos no caso da área da saúde, considera-se os amplos contornos, nos quais se inserem as alternativas teóricas gerenciais para esse setor; sejam elas estratégicas e tecnológicas, ou tradicionais. O diagnóstico da situação atual nas organizações de saúde, públicas, privadas e do terceiro setor, sobre a questão do desenvolvimento das políticas de Recursos Humanos, não fazem mais que refletir as opções, conscientes ou não, feitas internamente a cada organização. Essa reflexão chega até as opções do setor, feitas principalmente externamente a ele, que se refletem nas políticas de financiamento e nas prioridades setoriais. Verifica-se que poucos são os esforços realizados com os trabalhadores da área, no sentido de sua capacitação, além dos limites estritos a técnica. Isso faz com que quase tudo que se costuma aplicar como regra de administração de pessoal possa estar sendo percebido como superado.

A Ciência da administração definiu nos últimos dez anos, o desenvolvimento de Recursos Humanos, como algo que busca desenvolver os indivíduos não apenas para o seu melhor desempenho nas tarefas que lhes são atribuídas pela organização, mas também para as suas condições de crescimento pessoal. Por exemplo, lê-se em Aquino (1979):

(...) É necessário proporcionar ao funcionário oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional e condições satisfatórias de

trabalho em todos os sentidos (...)”.

(AQUINO,1979,p.172)

No Brasil, o maior contingente dos trabalhadores da área da saúde, são mal-formados, sub-remunerados, e não respeitados na maioria de suas situações de vida e trabalho, não sendo ainda, plenamente reconhecidos como clientes internos pelas organizações, como clientes especiais, que devem ter suas necessidades humanas, e seus desejos de aprimoramento técnico, atendidas pela organização a qual são vinculados. Esse tipo de quadro limita as estratégias e alternativas de desenvolvimento estratégico e tecnológico dos recursos humanos das instituições de saúde, que reconhecem as necessidades dos funcionários, mas não têm instrumentos de caráter político, administrativo e financeiro, no sentido de melhorar as condições técnicas, e as condições de vida e trabalho desses funcionários. O governo, um tradicional empregador, não tem contratado como fazia antes, e a disputa por vagas, nos concursos públicos para a área de saúde, quase inexistentes, tem sido muito acirradas, isso significando que, a terceirização atualmente utilizada como estratégia de recomposição do quadro de Recursos Humanos dos serviços dessas instituições, tornou-se mais um fator limitante para o investimento na área de Recursos Humanos. Nas organizações de saúde privadas, o quadro não é muito diferente, a realidade é igualmente desafiadora; essas Organizações abrem apenas pouquíssimas vagas por ano, segundo uma estimativa do mercado de trabalho, em média, uma para cada 500 profissionais de saúde formados. E dessas, só as Empresas de primeira linha, oferecem uma boa e adequada gestão de Recursos Humanos.

Os anos 60 e 70 testemunharam no Brasil, o esforço dispensado em competições internas, para ampliar o espaço de poder das áreas de Recursos Humanos. Da mesma forma, a absorção desmedida de técnicas da moda, e instrumentos padronizados para processar as funções de Recursos Humanos,

demonstrou a falta de bússola, para uma melhor orientação, sobre onde se queria chegar. Esses comentários pretenderam chamar a atenção, para a necessidade de se usar cuidadosamente o conceito de gestão estratégica e tecnológica de Recursos Humanos, que defende que gerir pessoas, não é mais sinônimo de controle, padronização ou rotinização. Esse fato implica o ônus de mudar a postura profissional das pessoas que trabalham na área; essas pessoas precisam abdicar da posse de área organizacional poderosa e exclusiva, se desprender dos micro-poderes, e disseminar de forma mais generosa, os processos e instrumentos de administração, através do corpo vivo da organização; assegurando serem todas as funções atendidas, conforme o perfil de necessidades específicas de cada organização, pública ou privada, e mediante instrumentos e técnicas desenhadas a partir de tais especificidades.

Para isso acontecer, é preciso que as políticas de gestão explicitem seus padrões ideológicos, e suas diretrizes de ação, e também que o processo de concepção e implantação da gestão estratégica e tecnológica de Recursos Humanos, seja assumido pelo conjunto da organização. Isso não se tratando, de adotar o último modelo administrativo, mas sim, de espalhar no tecido organizacional o questionamento, a reflexão, a preocupação e a responsabilidade com a gestão do trabalho, e das pessoas que o executam. Para isso é preciso que se instale um processo de comunicação organizacional interna, que apesar de ser um tema ainda recente dentro das Organizações, tem sua origem por volta de 1920, quando algumas empresas identificaram a necessidade de que seus executivos aprendessem a falar mais adequadamente. O crescimento dessa preocupação com a comunicação organizacional ocorreu juntamente com o desenvolvimento da psicologia industrial e social, e com a Teoria Sistêmica que considera a comunicação como seu elemento fundamental.

No contexto tradicional, tanto nas organizações públicas quanto nas privadas, se insere a administração de Recursos Humanos tradicional, como um setor que visa o desenvolvimento de funcionários, no qual estão apenas, as funções de formação e treinamento, capacitação, mobilidade e sucessão. Pela própria dinâmica de suas atribuições, esse setor deve se constituir na coluna-mestra, do sistema de Recursos Humanos; visto agregar as funções estratégicas, para assegurar o desenvolvimento e a perenidade da organização. No contexto estratégico e tecnológico, o trabalhador deixa de ser visto apenas como um recurso da organização, cujo trabalho se compra, por mais ou menos dinheiro; e passa a ser visto como um cliente interno, já que Cliente, por definição, é *“alguém que se deseja satisfazer”* (HOLANDA,1986). O cliente externo é aquele, em função de quem a organização existe. O cliente interno, por sua vez, é aquele de quem a organização depende, para fazer aquilo que se propõe, para dar cumprimento a sua missão etc. O conceito é bastante revolucionário, e se apresenta como uma nova visão das relações de trabalho, e tem um caráter utópico que por vezes, assume características de realidade.(MALIK, 1996).

Nesse contexto, esse cliente interno, deveria despertar maior interesse da gerência, e passar a ser visto como alguém que precisa ser bem tratado, no que se refere a condições de trabalho oferecidas. As chamadas condições de trabalho relacionam-se além da educação continuada, com o conhecimento dos processos administrativos e operacionais, e com o interesse em garantir sua realização de acordo com critérios estabelecidos, e como recompensa de sua força de trabalho, o recebimento de salários compatíveis com seus direitos trabalhistas respeitados; e não só, como habitualmente parece ser compreendido pelos setores de Recursos Humanos das Organizações, quando explicitam como *“bons-tratos”* aos funcionários, apenas manifestações cordiais da organização, *“pró-funcionários”*, nas datas festivas e de aniversários, ou ainda fotos no jornal ou no mural da instituição, transformando um trabalhador ou uma equipe, em heróis da

organização; cujos feitos passem a ser reconhecido por todos. O que se busca, de fato, é alguma coerência quando se falar, de reconhecimento e de recompensas; não ficando essas falas limitadas apenas aos discursos que elogiam os solidários e os colaborativos, ou as festas que celebram datas; momentos que acabam se tornando em “estratégicos” exercícios vazios de hipocrisia, e não justos ao trabalhador, por mais adequado que o seja para a organização.

O termo “estratégico”, parece ter sido resgatado e considerado útil, para representar as táticas que impulsionem as pessoas da organização (os Recursos Humanos), a buscarem uma base num conhecimento científico administrativo compartilhado, e numa maneira específica de organizar as idéias coletivas, tentando garantir umas formas mais táticas de raciocínio, que permita planejar as ações de trabalho, dentro de uma linha administrativa que valorize o ser humano.

Nesse subsistema, segundo Malik (1992), tem que se cuidar, para não se ter uma visão utilitária do trabalhador, e os investimentos feitos para os Recursos Humanos, não serem feitos e compreendidos, como um processo de “conseguir coisas através de pessoas”, e terminar por ser aplicado, de maneira praticamente acrítica, nas práticas do setor. (aonde se esquece a condição humana do funcionário, considerando-o como um insumo semelhante a qualquer outro). Na verdade, de acordo com Garcia (1984), uma análise organizacional mais aprofundada, deve considerar os seus recursos humanos, em relação a sua missão, a sua visão de futuro, e ao seu “modelo de homem”. Neste subsistema (o estratégico e tecnológico), capaz de potencializar a mudança organizacional, visa-se manter as comunicações e relações com, e entre, pessoas /grupos/ áreas da organização. Sendo esse subsistema responsável por abrir canais e viabilizar fluxos que garantam a representatividade, participação, transparência. Segundo Fischer (1992), O primeiro sistema, o mais tradicional, funcionando como espinha dorsal, e esse, mais estratégico, permitindo a circulação vitalizadora.

A medida que o mercado global se tornou a partir dos anos 80, um espaço de regulação transnacional das relações entre as nações e os povos, e a diversidade de culturas existentes entre eles, como consequência, a cultura desenvolvida dentro das organizações, passou a ser identificada como “Cultura Organizacional”. Essa cultura da Organização influencia os hábitos, a mentalidade, os estilos de lideranças, os comportamentos e os padrões adotados pelos Recursos Humanos das mesmas, e permite estabelecer relações interpessoais funcionais, que auxiliam o grupo a trabalharem juntos, para que uma meta seja alcançada.

Em um tempo em que emergem formas de administração mais flexíveis, como afirma Dutra (2001), estimular o desenvolvimento e o envolvimento das pessoas, com o objetivo de reatar essa nova forma de gestão das relações, entre as pessoas e a organização, é um grande desafio da gestão de Recursos Humanos, que deve através de uma liderança estratégica, delinear metas claras, e construir valores culturais, que estimulem as pessoas da Organização, a seguir em direção aos objetivos compartilhados. A gestão de pessoas, desenvolvida de forma estratégica, segundo Marras (2000), requer por parte das lideranças, conhecimento dos fatores que mobilizam o grupo, fatores que estagnam e estereotipam o trabalho.

De acordo com Fischer (1992), outro ponto fundamental para a viabilidade na prática, deste subsistema da Gestão de Recursos Humanos, reside em que, seu funcionamento guarde total consistência com sua concepção. Ou seja, que as práticas de Recursos Humanos não devem constituir monopólio de um grupo de especialistas, mas devem instrumentalizar a ação de cada agente organizacional, em sua esfera de atuação; os gestores ficando assim multiplicados, numa gestão compartilhada, no interior da organização, por terem internalizado princípios e

objetivos partilhados, de definição de metas e meios para atingi-las, incorporando á sua atividade, as premissas da gestão e das relações de trabalho, que a organização pretende manter como própria de sua identidade e missão.

Outras premissas básicas para dar sustentabilidade a um subsistema, que trabalhe a gestão estratégica e tecnológica de Recursos Humanos são: a de que as ações desse setor passem a serem vistas pelos gestores, como investimentos e não apenas, como mais um ítem de custeio. E a que se relaciona com a alteração da cultura do setor, criando uma nova noção de responsabilidade social. Isso implica num reconhecimento dos interesses e valores, pela gestão de Recursos Humanos, tanto da Organização, quanto do grupo de pessoas que nela trabalha, e relaciona-se ao modelo sistêmico de relações menos diretivas, que prevê senso ético, autonomia e responsabilidade nas decisões.

No que se refere ao planejamento das ações a serem desenvolvidas pelos setores de administração dos Recursos Humanos em saúde, o setor privado e o setor público devem ser entendidos como singulares; Cada um deles, apresentando processos específicos, orientados por lógicas peculiares. O senso de missão do serviço público é um ponto forte inquestionável, usado como inspirador, e a disponibilidade de instrumentos de gerência numa organização privada, é óbvia e facilitadora. Interessante de nota, também, é o fato de que, a produção científica tem representação diferente nos dois setores; O setor público em saúde, por algum motivo, preza o componente normativo ao extremo, detendo-se sobre ele, e enunciado-o á detalhes, descuidando-se por vezes de obter mecanismos que ofereçam viabilidade aos planejamentos estratégicos. Em contrapartida, o setor privado aparentemente, prima por delinear planos estratégicos, de baixo componente normativo, que servem basicamente como guias para a ocupação de espaço no mercado. Evidencia-se que nenhum dos caminhos é garantia de bons resultados.

As origens desta separação público / privado, podem ser percebidas historicamente (Mendes,1993; Guimarães,1994). Em momentos diferentes seus movimentos de crescimento apresentaram características peculiares, respondendo a grupos de pressão específicos, colocados em posições variáveis de hegemonia; nessa perspectiva, procura-se atribuir a singularidade contemporânea a uma ruptura com modelos do passado. O mesmo também ocorre dentro de cada um dos setores, podendo ser exemplificado na área pública, a partir da tendência explícita á descentralização / municipalização, que coloca em questão o papel dos serviços federais, estaduais e municipais, com suas contradições cada vez maiores.

A descentralização é um movimento mundial nas mais diversas teorias e práticas administrativas. No mundo inteiro, empresas industriais e comerciais estão descentralizando sua gerência de tal modo que o poder de decisão fique perto da necessidade, para oferecer respostas mais rápidas e adequadas. Existindo uma união em defesa do poder local que congrega municípios do Mundo inteiro que defendem a necessidade urgente de conferir mais poder, áqueles que estão perto dos cidadãos e de suas necessidades. Os papéis são suficientemente claros e explícitos na Lei Orgânica de Saúde. As ações e serviços de saúde são de competência primordial dos municípios. Todas as vezes que os Estados estiverem ainda metidos nesta empreitada, estarão por contingências momentâneas e transitórias enquanto ainda não repassaram aos municípios.

Existem, porém, setores da área da saúde, que de forma ciumenta, não admitem ainda que á luz das competências legais, não cabe mais a eles, o desenvolvimento de certas atividades. As capitais do estado tendem a ser os municípios mais resistentes á municipalização, encaram a perda desse micro poder, como um luto insuperável, e a simples possibilidade, de ter de entregá-los

aos municípios os assustam. Alguns desses Estados percebem essa transferência, como uma expoliação daquilo que é seu; quando na verdade, o Estado, por ser uma abstração e não ter territorialidade própria, e não ser a somatória de seus municípios, nada tem que não seja, implicitamente, propriedade de seus pedaços – os municípios.

Dentro desse novo cenário se faz necessário, uma reforma administrativa reorganizando a Instituição, para que ela possa bem desempenhar, seus novos papéis. Para isso a estrutura organizacional da gestão de Recursos Humanos da instituição tem que ser remodelada, pois existe agora, um novo perfil de profissional que deverá estar dentro de uma estrutura adequada, com valorização de função e de remuneração diferentes da estrutura anterior. Se novos papéis, funções e competências se impõem às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, isto não pode ser apenas teórico para a gestão de Recursos Humanos da instituição, mas deve ser vivenciado através de novas práticas de gestão de pessoas, na busca de um novo modelo adequado á nova realidade. Dentro dessa nova realidade, a Gestão de Pessoas, se insere como uma importante ferramenta administrativa, para obtenção de resultados em um serviço público composto, em sua maior parte, por força de trabalho desmotivada, quase voluntária, por conta da baixa remuneração salarial.

Segundo Andrade (2006), a Constituição Brasileira de 1988, assegura no artigo 200, inciso III, que “compete ao Sistema Único de Saúde ordenar a formação de Recursos Humanos para a Saúde”. Nessa perspectiva está o desafio da qualificação dos profissionais de saúde criando uma política de educação permanente. Uma política que utilize para a sua aplicação uma prática dialógica, participativa e problematizadora, que possibilite o desenvolvimento profissional e a participação ativa dos trabalhadores de saúde na construção de serviços de

saúde humanizados e solidários. Afirma Andrade, (Opinião, O Povo, 22.abril.2006.p.7):

“(...) A política de educação permanente para o SUS deve potencializar a mudança do modelo técnico-assistencial além de qualificar o processo de gestão participativa e democrática, transformando toda rede de serviços de saúde existente em espaços de educação contextualizada e de desenvolvimento profissional. Adotar uma concepção do processo educação/ensino-aprendizagem voltada para a necessidade de formar trabalhadores capazes de corresponder á problemas reais da saúde das pessoas (...)”.

Essa compreensão deveria gerar iniciativas gerenciais diferentes, aonde se colocasse os funcionários (clientes internos) dentro de um projeto de formação continuada na perspectiva da transformação da prática profissional, para melhor atenderem aos (clientes externos). As empresas num futuro próximo, segundo Moller (1997), competirão entre si, não apenas pelos clientes externos, mas também pelos melhores clientes internos (Recursos Humanos); refere o autor, que as organizações empregam as pessoas erradas, sem o perfil adequado para as funções e cargos; e uma das razões para isso, é o fato de nos processos de seleção, se buscarem apenas o que se chama de características *hard* (técnicas) até então conquistadas, e não os seus aspectos *soft* (humanos), ou os aspectos de educação continuada que acompanham as características técnicas e científicas do candidato. As gerências demonstram ainda não compreenderem plenamente, que o trabalhador precisa ser emocionalmente inteligente e tecnicamente preparado,

para perceber que é essencial poder dar o melhor de si no trabalho. Ou seja, não entenderam que uma organização não terá sucesso, sem que seus funcionários estejam preparados tecnicamente e tenham investido no sucesso pessoal. Portanto, parece ser missão da gestão estratégica e tecnológica de Recursos Humanos, definir as visões de sucesso da organização de tal forma, que haja uma relação direta, entre o sucesso da organização, o sucesso de cada equipe, e o sucesso pessoal e técnico de cada trabalhador; E isso só é possível através de uma política de Recursos Humanos que valorize e invista na educação permanente.

Já foi bastante difundido, o quadro dos desafios, e das profundas mudanças políticas, sociais e econômicas, das últimas décadas, e o que essas mudanças representaram para a sobrevivência, ou para a morte das Organizações. Atualmente, a arquitetura dos megamercados e a velocidade dos ciclos de transformações tecnológicas, continuam pressionando e rompendo paradigmas, que condicionam o modo de pensar das Organizações. Na área da saúde, desenhasse um cenário de ambigüidades. Parece existir consciência e relativo consenso sobre as necessidades de modernização tecnológica das gestões e processos, entretanto, não se observa clareza consensual, sobre o papel determinante da inovação nos modelos organizacionais internos, e nos padrões de gestão dos Recursos Humanos. O desafio da qualificação dos profissionais de saúde, através da criação de uma política de Recursos Humanos voltada para a Educação Permanente e de Educação Continuada, além do enfrentamento político direcionado á priorização da atenção primária de saúde no sentido da ampliação da cobertura e da reversão do processo de precarização do trabalho em saúde, seria uma boa ferramenta estratégica e tecnológica para os Recursos Humanos das instituições públicas e privadas.

Vivemos um período de mudanças radicais no mundo administrativo; em vez de arregimentação, desmobilização de pessoas; em vez de especialização do

trabalho, inúmeras habilidades adquiridas, que permite a uma pessoa, proficiência, destreza e base em equipe; em vez de estruturas e controles rígidos, alta flexibilidade e descentralização; em vez de submissão, responsabilidade; e em vez de confidencialidades e comunicações restritas, alto domínio de informações e habilidades de comunicação ampla e intensiva.

Vemos então, que a multiplicidade de procedimentos, Organizações que aprendem de forma permanente, flexibilidade estrutural, ambigüidade na definição de tarefas, descentralização de controles, dualidade nas fronteiras de responsabilidade, variação em produtos e serviços, antes considerados inimigos da eficiência, passam a ser a chave do sucesso em qualquer processo organizacional. Nesse cenário pós-moderno, aonde as pessoas das organizações são reconhecidas como “maestros” potenciais, para orquestrarem as complexas partituras administrativas das organizações, verifica-se que não foi o acaso que levou os teóricos da Administração, a incensarem novamente o ser humano e o capital social, como os principais protagonistas das performances organizacionais vencedoras. Os impedimentos para que essa lógica seja priorizada durante os planejamentos estratégicos das organizações, esbarram no que é peculiar a cada instância. No setor público, o curto prazo e o financiamento é um entrave; ao mesmo tempo, que a premência pelo resultado financeiro, no setor privado.

Freqüentemente, turva-se a visão dos gestores, e isso acomete o enfoque estratégico e tecnológico da gestão de Recursos Humanos, conferindo-se que, para enfrentar o desafio das mudanças constantes, não é preciso apenas ter uma compreensão, mas se faz necessário, desenvolver uma subjetividade, que faz parte da percepção de por que é preciso mudar, o que é preciso mudar, e como fazer essas mudanças. O por que mudar é respondido por uma análise constante das ambiências internas e externas, estratégia da abordagem sistêmica que pressupõe que os processos para efetivar mudanças, são resultantes da interatividade entre as

partes e das partes com o todo (BERTALANFFY, 1973). Já o como mudar exige, compatibilizar a complexidade inerente aos processos administrativos da Organização, com o grau de afinidade dos Recursos Humanos desta, com os valores do que precisa mudar; e ainda, desenvolver a capacidade desses Recursos Humanos, para transformar esses valores em ações concretas.

São esses elementos específicos, que devem orientar a estratégia das mudanças, dentro de qualquer organização, ao contrário disso, o que se observa é que quando as condições se tornam críticas, colocando em risco a sobrevivência da organização, instala-se dentro da mesma, um esforço paranóico de seus dirigentes, através de mudanças intempestivas, que resultam ineficazes, e na maioria das vezes contribuem para desestabilizar ainda mais a Organização. Observa-se que os gestores da área pública e privada, não estão ainda preparados para proceder ao raciocínio de contextualização, e tendem a adotar modelos atomizados, para gerir as mudanças da Organização. Talvez por terem sido treinados num passado recente, a administrar a rotina, não se encontram aptos a lidar com o ambiente pós-moderno repleto de turbulências.

Existe ainda uma crença, de que é mais fácil trabalhar com os recursos humanos no setor privado que no público. Essa crença se deve á maior facilidade no lidar (obter, mobilizar e utilizar) com recursos financeiros, seja para realização de reformas e construções, aquisição de equipamentos, quanto para remuneração e outras políticas compensatórias no âmbito de recursos humanos. De fato isso é real, pois salvo situações de excepcionalidade, nos quais se verifica gestões capazes de criar mecanismos para contornar o uso do recurso no setor estatal - que é cercado de procedimentos coagulados, que emperram os processos administrativos, que a rigor tentam coibir a desídia, e garantir a probidade no uso da coisa pública - gerando naturalmente, especialistas em mecanismos paralelos,

não desonestos, porém alternativos ao preconizado pela norma habitual, que tentam na contra-mão, fazer os processos fluírem.

Entre outras, das inúmeras e peculiares questões que dificultam o trabalho com os Recursos Humanos no setor público, estão os salários pagos, e estes são em média mais competitivos nos serviços privados. Esse é um fator estrutural que sem dúvida interfere de forma impactante, no desempenho final, mesmo com o discurso a respeito da “vocação para a solidariedade” que também se associa ao chamado, trabalho em saúde. Usar expressões, de “espírito missionário”, ou “espírito de grupo” é insuficiente, quando as decisões sobre alocação de recursos e políticas salariais, e as informações sobre os rumos da organização, não são coletivas; ou quando, um aumento de produtividade, ou a obtenção de melhores padrões de qualidade, não é acompanhada de reconhecimento salarial, mesmo que simbólico.

Se no cenário pós-moderno, se apresentam de forma impressionante, velozes transformações, imprimiu-se um ritmo intenso, do que, e por que mudar, em todas as Organizações; é necessário se pensar, que as transformações só se efetivam, quando foi plenamente internalizada no tecido vivo Organizacional. Deixando então, de ser um objetivo externo, ou um paradigma “novo” que substitui o outro, que já ficou obsoleto. Quando então passa a ser, uma característica intrínseca às práticas de gestão, viram componentes concretos e processuais da competência gerencial. O sucesso do processo de transformação constante, em sinergia com as contingências das ambiências externas e internas, dependem da manutenção e da revitalização de um estado permanente de compromisso entre a organização, o indivíduo e o grupo.

A sustentabilidade desse compromisso deve contemplar os valores e os padrões culturais da Organização, as redes de relacionamento (comunicação), o

grau e a qualidade da competência técnica e gerencial instalada, e as políticas de valorização e desenvolvimento desta competência. Já a eficácia conferida ao processo, depende de que o conjunto de ações de mudança, sejam integrados e consistentes com as estratégias, com o modelo organizacional e com os padrões que definem a gestão. E ainda, de que o processo, seja monitorado de forma sistemática. Como se pode observar, esta sustentação alicerça-se num conjunto de fatores que constituem o cerne do modelo.

Dentre todos os fatores, a questão da competência gerencial, e do projeto ideológico de transformar uma realidade organizacional desse gestor, é segundo Dutra (2002), o ponto nuclear, porque é no interior desta competência que se produz o conteúdo das mudanças. Esta competência é alicerçada, pela transmissão de saber técnico dessa gerência, que deve ser disseminado pelo corpo da organização de forma generosa. A percepção desta importância é em grande parte subjetiva e, portanto, difusa para grande parte dos gestores; posto que, o que é subjetivo, pertence a uma dimensão aonde há acúmulo de incógnitas e contradições, e não costuma ser, uma dimensão muito visitada pelos gestores, que em sua grande maioria, se sentem mais a vontade, na dimensão do que pode ser quantificado, contabilizado e comparado. Esses gestores desenvolveram ao longo do tempo, uma visão puramente econométrica, por essa visão fazer parte da cultura reinante por longo tempo, e ter sido estratificada pelas Organizações. Essa cultura prega, que os números são a prova definitiva da qualidade de algo; porém o que se tem observado nos últimos tempos, é que as quantificações, são somente uma das partes, de um processo mais amplo, o subjetivo.

Estas constatações não devem ser consideradas superficialmente nem serem aceitas com a tranqüilidade de quem observa um fenômeno natural e já esperado. Como afirma Fischer (1992), há que se questionar por que, como e quanto, as mudanças dependem das pessoas e se, isto é tão óbvio, por qual motivo

só a partir dos anos 80, tal assertiva passou a predominar na literatura sobre gestão?

“As Organizações que Aprendem” (SENGE, 1990) parecem ser, as que têm se mantido vivas e saudáveis no cenário competitivo; e os teóricos da administração, estudam e discutem sobre o alto envolvimento das pessoas que aprendem dentro das mesmas, verificando que através desse recurso, a organização pode obter os outros (produtividade, lucro, recursos humanos de qualidade, etc.). Conceitos avançados de Gestão de Pessoas permeiam os “*menus*” dos setores de Recursos Humanos das Organizações e Instituições. Times intersetoriais se formam dentro das mesmas, e esse novo modelo que se desenha e se estrutura, tem como premissa básica, prover a Organização de um quadro de pessoal tecnicamente competente, emocionalmente equilibrado, energeticamente motivado, enfim, que reúna competências essenciais (técnicas, científicas e humanas), para assegurar a obtenção de resultados expressivos, e garantir o diferencial competitivo, porém tudo isso, sem grandes sofrimentos psíquicos para os trabalhadores, mas buscando um novo contexto, aonde o trabalho possa ser realizado com plenitude, prazer e felicidade. Tudo isso, envolve aspectos objetivos e subjetivos, e até mesmo inconscientes, portanto é importante considerar os elementos sutis envolvidos nesse complexo processo.

Como considerações finais, observa-se que hoje, as pessoas querem estar nas organizações que lhes proporcionam desenvolvimento profissional e humano, aonde sentem segurança e orgulho, aonde sentem prazer em trabalhar e fazer parte delas, e aonde são atendidas no que economicamente e emocionalmente necessitam. Além da motivação financeira, procuram o profissional, o moral e o conteúdo humanístico. Naturalmente deve haver alinhamento entre a prática gerencial, o modelo de gestão e os valores corporativos, com os valores pessoais

dos indivíduos que integram os times de trabalho. Pois, segundo (CABRAL, 2000 apud MITROFF and KILMANN, 1976; MARTIN, 1982, p.27):

“(...) É fato, porém, que assim como os indivíduos, as organizações possuem sistemas cognitivos e memórias. Portanto, elas desenvolvem e mantêm padrões de aprendizagem que não apenas influenciam os seus membros imediatos (...) mas que são continuamente transmitidos aos demais membros através de histórias, normas, e rotinas, enfim, através da cultura organizacional (...)”

Cabe às lideranças dos Recursos Humanos, por meio das competências tecnológicas e estratégicas, atuarem, tramando o tecido conjuntivo, o amálgama para unir tudo isso. Dessa maneira as pessoas entenderão, que lutam pela mesma causa, e estarão mais dispostos a seguir os modelos de gestão preconizados, e se deixarão envolver pró-ativamente, na busca de melhores resultados.

E é dentro dessa cultura Organizacional de aprendizagem permanente, e na comunhão de intenções intersetoriais, que nasce o sucesso da gestão de pessoas e da gestão de resultados. Pois as pessoas, não fazem o seu melhor, a não ser que julguem estarem sendo tratadas com dignidade e justiça, e possuírem, todas, as mesmas oportunidades de crescerem, se desenvolverem e serem felizes.

CAPÍTULO 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO/ Vozes aos sujeitos na compreensão do significado do PAD.

Este capítulo foi desenvolvido na perspectiva de relacionar as vozes dos sujeitos, seus relatos e percepções com os aspectos observados e identificados no cotidiano da pesquisa á luz das seguintes categorias que emergiram:

1 – Significado do Trabalho: satisfação, reconhecimento, compensação de esforços.

2- Conceito de Sofrimento: dificuldades, entraves, inseguranças, conflitos, desgaste, desvalorização profissional, cansaço, humilhação profissional, remuneração insatisfatória, desigualdade salarial entre categorias profissionais, pouco investimento nos recursos humanos do PAD.

3 – Conceito de Prazer: satisfação, bem-estar, prazer, alegria, recebimento de expressões de gratidão.

4 – Conhecimento do Trabalho: transformação, mudança, planejamento de ações, criatividade.

Apoiando-me em estudiosos do assunto, DEJOURS (1992; 1993; 1994; 1999; 2003); FOUCALT (1982; 1987; 1992) CODO (1988); MENDES (2001); ENRIQUEZ (1996); GUI (2002); MARRAS (2000); SCHÖN (1978); BERTALANFY (1973); FREIRE (2001), procurei refletir e analisar os conteúdos do que foi vivenciado durante a pesquisa, bem como sistematizá-los para oferecer contribuições como instrumentos metodológicos em serviços de atendimento domiciliar.

Inicialmente, pincei palavras representativas dos depoimentos dos sujeitos para compor o quadro de análise das categorias. Essa configuração mais do que apenas um recurso de ilustração, foi utilizada com o propósito de resgatar o significado mais profundo e subjetivo das falas, e as diversas dimensões contidas nas expressões dos sujeitos. Essas dimensões abstratas (realização pessoal, sócio/afetiva, emocional negativa e positiva, criativa, investimento no trabalho)

não são identificadas prontamente ou valorizadas cotidianamente. A pesquisadora procurou apoiada em referenciais teóricos GELB (1981); ALEXANDER (1981); DYCHTOWALD(1984); SENNE (1985), que pesquisaram a linguagem do corpo, captar expressões faciais e corporais, entonações de voz, reticências; atitudes, e expressões silenciosas que foram sutilmente captadas através da postura corporal dos sujeitos e das situações adversas ao planejado que se apresentaram quando da aplicação dos instrumentos, e que se traduzem através de algumas falas aqui transcritas;

- “(...) *estou sem tempo para responder ao questionário agora* (S-4)

- “(...) *estou achando essas perguntas muito difíceis de serem respondidas assim, prefiro pensar mais um pouco*” (S-4)

_ “(...) *posso levar para casa e responder no fim de semana e te enviar por e-mail? Preciso de mais tempo para responder com calma* (S-2)

- “(...) *me desculpe, mas não queremos gravar os depoimentos, podemos responder as perguntas sem gravações*” (S-4; S-7; S-8)

- “(...) *quando eu aceitei o convite em participar do estudo, eu não poderia saber que no período das entrevistas iriam ocorrer tantas mudanças, agora estou numa posição delicada*” (S-8)

_ “(...) *Estou achando essas perguntas muito subjetivas, está difícil para respondê-las agora, preciso pensar com calma, prefiro levar o instrumento para responder em casa e depois devolver*”(S-7)

Nessa análise, descobri que as mudanças de rumo na etapa da aplicação dos instrumentos provocadas por 3 dos sujeitos convidados para serem participantes da pesquisa e que anteriormente aceitaram participar do estudo - assinando previamente, o termo de consentimento livre e esclarecido - aonde foi detalhado a

metodologia e os instrumentos - terem mudado de opinião, e terem colocado como condição de participarem do estudo, não serem gravados os seus depoimentos, bem como, que o instrumento (questionário) para ser respondido fossem escritos pelos próprios sujeitos, fora da CAFAZ, em suas casas, e posteriormente devolvê-los via e-mail, tiveram um significado muito importante, que deve aqui ser ressaltado e notificado: a negação de gravação dos depoimentos, os adiamentos das entrevistas, as demoras nas entregas dos instrumentos via-e-mail, foram interpretadas pela pesquisadora como sintomas de receio, medo e inibição por parte dos referidos sujeitos em se colocarem espontaneamente, pelo motivo de diante das modificações e reestruturações da CAFAZ no período aprazado para as entrevistas, esses sujeitos terem sido convidados para ocuparem outros cargos na Organização. Cargos internos que exigem desses sujeitos maior discricão e neutralidade nas falas e posicionamentos. Esse tipo de comportamento acrítico, é um gerador de impotência e inércia, como afirma Dejours (1998; p.20), quando diz que:

- “(...) *Diante de diferenciações que se apresentem em relação aos colegas, existe um tipo de sofrimento psíquico, percebido nestes trabalhadores, o “sofrimento ético”*”

Como afirma ainda Dejours (1999; pp.45-46):

-“(...) *A impossibilidade dos trabalhadores em exprimir e elaborar esses sentimentos no dia-a-dia do trabalho constitui importante obstáculo ao reconhecimento dos significados de suas atividades levando esse estado a alienação”*.

O não reconhecimento do significado do próprio trabalho, segundo Codo (1998), induz ao desestímulo, e o trabalho passa a ser visto como algo desinteressante; daí, é um passo só para o surgimento do sofrimento psíquico.

De acordo com Gui (2002), esse sofrimento patógeno, ocorre com a perda do significado do trabalho, aonde o sujeito padece de uma ruptura entre o eu e o mundo. Essa ruptura, segundo o autor, retira do indivíduo o interesse e o prazer de trabalhar.

Nessa análise percebi também, que a palavra tem duas dimensões: ação e reflexão que interagem radicalmente. Por isso transforma o mundo.

Freire (2001,p.78) revela isso quando diz que:

– “(...) a existência, porque humana, não pode ser muda, silenciosa, nem tampouco pode nutrir-se de falsas palavras (...) Não é no silêncio que os homens se fazem, mas na palavra, no trabalho, na ação-reflexão.”

Entendo então, que o diálogo é a pronúncia do mundo no encontro dos homens, e o caminho para que eles ganhem significação como pessoas. Sendo através do diálogo, portanto, que se solidificam a reflexão e a ação dos sujeitos, endereçados ao mundo a ser transformado e humanizado.

A falta de espaços de diálogo, a falta de transparência nas comunicações, os relacionamentos hierárquicos autoritários, a pressão do processo produtivo, insegurança, sentimentos de injustiça, relações superficiais entre os membros da equipe de trabalho, foram reconhecidos e expressados pelos sujeitos através de algumas falas a seguir:

- “ (...) É preciso maior espaço para os profissionais da equipe do PAD compreender os fluxos administrativos e financeiros da CAFAZ” (S-3)
- “(...) As questões políticas mal resolvidas da empresa patrocinadora, é um entrave na nossa atuação” (S-7)

- “(...) A gestão do PAD no período de dez.2004 a agosto.2005, desenvolveu uma administração que dava a oportunidade da equipe se encontrar, se comunicar e se expressar, esse era um forte elemento facilitador” (S-8)

_ (...) Por falta de comunicação, por ser pouco valorizada as opiniões, a equipe se encolhe, não doa sua criatividade ou suas idéias a empresa”(S-3)

A palavra “Diálogo” origina-se das raízes gregas “dia” e “logos”, e significa “por meio do significado” (TUDO,1977,p.209). É portanto, uma forma de comunicação para descobrir o significado compartilhado, movendo-se entre de e por meio de um grupo de pessoas.

Descobrir o significado compartilhado de algo, forma a base da cultura do lugar aonde se compartilha trabalho. O diálogo envolve a consciência emergindo daí o pensamento, os sentimentos e as conclusões formuladas, que dão suporte á cultura de um grupo. O diálogo, portanto, pode ser integrado dentro de um ciclo de solução de problemas, se ele é praticado num grupo, as dificuldades tendem a diminuir, além de que o mesmo, instala as condições iniciais de comunidade. Dessa forma, ele ajuda a criar a segurança necessária para um alto nível de franqueza e abertura. Através do diálogo pleno, os julgamentos são suspensos, as suposições são identificadas, todas as opiniões são expressas e ouvidas.

Analisei pelas falas dos sujeitos, sofrimento, insatisfação e angústia, quando expressaram, falta de espaços de fala, expressão, inclusão, comunicação e participação, nos planejamentos das ações de trabalho do PAD.

Segundo Dejours (1994), o sofrimento psíquico dos trabalhadores, é resultado da falta de liberdade de expressão. E ocorre quando a relação entre sua subjetividade e a organização do trabalho está bloqueada. Para o autor, se o trabalho entrar em conflito com os desejos do trabalhador, os sentimentos de desprazer poderão permitir a instalação de transtornos mentais. Portanto, esse

bloqueio ocorre como forma da mente se proteger, para não evoluir esse sofrimento psíquico para transtornos mentais mais graves.

Assim, nessa perspectiva, Dejours me leva a entender que os espaços de comunicação dentro das Organizações seria um desbloqueador das relações entre a subjetividade dos trabalhadores e a Organização do Trabalho. Dejours, constatou através de sua linha de pesquisa que tratava da psicodinâmica do trabalho, que os trabalhadores em toda a sua dimensão humana, necessitam da essencialidade da construção de uma cotidianidade compartilhada, que é o sentido dos espaços de diálogo dentro das Organizações.

Tal enfoque me faz entender que é essa capacidade de se comunicar, de repartir informações associadas a reflexão comunitária, que faz do trabalhador um ser de práxis. É portanto, através de trocas de experiências, nesses espaços de diálogo que o trabalhador promove o seu engajamento crítico e que se compromete consigo mesmo, com o grupo, com a demanda.

Por essas razões, ao serem realizadas as visitas domiciliares, essa dialogicidade precisa ser exercitada também com o enfermo, com o cuidador, com a família. E essa dialogicidade precisa ser trabalhada previamente e processualmente com a equipe, para que essa possa refleti-la nos lócus de atendimento (domicílios).

Durante as análises das entrevistas, conferi que os sujeitos pareceram através de seus depoimentos, reconhecerem a importância do seu trabalho, e mostrarem-se ansiosos em poder atuarem sobre condições de trabalho que propiciem um maior envolvimento e a formação de vínculos mais fortes entre eles e o PAD; e entre eles e a demanda. Contudo foi observado um certo sentimento de impotência por parte dos sujeitos, diante de várias questões políticas e administrativas da CAFAZ, percebidas por eles, como entraves na concretização desses desejos.

CONTEÚDO ANALÍTICO

Durante a análise das entrevistas, tivemos como principais categorias de análise, correspondentes ao instrumento usado, as que seguem:

1. Significado do Trabalho / Atuação profissional no PAD: Prevenção de doenças e reabilitação de pessoas; melhorar a qualidade de vida; orientar o usuário e família; prioritária; dar segurança para o usuário e família.

Toda a amostra (**S-1; S-2; S-3; S-4; S-5; S-6; S-7; S-8**) referiu nas entrevistas, de maneiras e falas diversificadas, que percebem o PAD, como um serviço extremamente importante para a qualidade do desempenho do plano de saúde CAFAZ; (**S-1**) Atribui ao serviço, ser o mesmo, um gerador de segurança para o associado do plano e sua família, quando da necessidade de tratamento no domicílio ou de apoio nos agravos com necessidade de internamento domiciliar. Verificou-se também, que o modelo de atenção domiciliar, significa para o sujeito (**S-4**), um modelo que permite estender a assistência de saúde aos associados da CAFAZ de uma forma mais efetiva e cômoda para a demanda. E que a mesma, não poderia de outro modo - por limitações conseqüentes as suas condições físicas - comparecerem aos serviços e aos consultórios com a freqüência e seqüência necessárias.

(**S-1, S-4, S-8**), pareceram mostrar consciência e compromisso social no âmbito profissional, como se percebe nestas falas:

- “(...) *A minha atuação no PAD, tem como objetivo trabalhar*

a reabilitação de doenças e seqüelas ” (S-1)

- “(...) *Acho a minha atuação num trabalho desse tipo, muito necessária, para o associado, super gratificante ” (S-4)*

- “(...) *Estou no PAD há pouco tempo, mas considero que a minha atuação profissional tem se ampliado cada vez mais, inclusive no que se refere a ações preventivas” (S-8)*

Os sujeitos entrevistados pareceram compreender, que é missão do serviço de atendimento domiciliar realizar além do atendimento pontual e assistencial, o acompanhamento monitorizado e processual dos enfermos que necessitam de vigilância e orientações freqüentes sobre sua enfermidade e sua evolução. Alguns dos sujeitos entrevistados demonstraram ter, uma compreensão mais clara do enfoque da promoção da saúde e da prevenção de agravos, pois referiram disponibilizar orientações sobre os necessários cuidados preventivos e de promoção à saúde, através das orientações passadas ao enfermo e a família, durante as visitas domiciliares. Entretanto, verificou-se que existe um reconhecimento por parte dos sujeitos que ainda não existe por parte da CAFAZ, disponibilidade política e financeira para a formação de grupos, oficinas de saúde, palestras interativas, orientações individuais; atividades propostas pela gestão do PAD, no período dez.2004/ago.2005, que institucionalizariam o enfoque de promoção á saúde integrada a assistência curativa.

A partir do levantamento bibliográfico acerca dos antecedentes, concepções e práticas de promoção de saúde, realizadas pelo PAD, constatamos a lacuna existente em sua dimensão metodológica, isto é, em experiências que demonstrem sua utilização integrada a assistência curativa nas ações de atendimento domiciliar. Assim como, verificamos que a possível operacionalização dos sete princípios caracterizadores das iniciativas de promoção de saúde definidos pela OMS (concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade) faz parte da missão dos programas de atenção à saúde e qualidade de vida, aonde se inserem os programas de atendimento domiciliar. Isso significando que os princípios mencionados são suficientemente universalizáveis e operacionalizáveis para permitir sua aplicabilidade em iniciativas de natureza diversa, inclusive nos atendimentos domiciliares.

Como percebem o valor do seu trabalho:

Alguns sujeitos verbalizaram que algumas categorias profissionais, tem o seu trabalho mais valorizado pelos gestores da CAFAZ. Essa diferenciação explícita é percebida pelo grupo, quando os gestores disponibilizam melhores condições de trabalho, melhores cargos e melhores salários, para algumas das categorias em detrimento de outras. O grupo entrevistado reportou formas não-constructivas de lidar com essa insatisfação que gera sofrimento psíquico; ora ressaltando apenas a vivência do sofrimento, ora resignando-se ou negando o sofrimento, ou buscando soluções individuais, o que mais uma vez, vai de acordo com as idéias de Dejours (1999), quando fala sobre a resignação e negação do sofrimento no trabalho, e a apatia e a falta de energia dos trabalhadores em sofrimento psíquico, para resolver os conflitos. Os sentimentos de prazer no trabalho, no que se refere a reconhecimento e valorização mencionados pelos sujeitos, dizem respeito apenas, a percepção de valorização do trabalho, reconhecida pelos beneficiários e pelas famílias assistidas por eles.

Os teóricos da Administração Hamel; Prahalad (1998), afirmam que não é só o dinheiro o combustível da viagem para o futuro das Organizações, e sim, a energia emocional e intelectual saudável e plena de cada funcionário. Os gestores, em questão, parecem descartar, ou desconhecer a força e a potência deste combustível, quando recebem o tratamento adequado através de adequadas políticas de potencialização dos Recursos Humanos. Compreendo que a dinamização dessa energia - emocional e intelectual - passa pela adequada valorização das mesmas.

E por fim, uma questão se destacou: a impressão dos sujeitos, quanto o não reconhecimento por parte das gestões intermediárias dos reais objetivos do PAD e da sua fundamental importância para minimizar custos financeiros para a CAFAZ; Esse sendo um dos aspectos, considerado pelos sujeitos, como um dos

maiores entraves, que impede toda a logística do PAD. Sugeriram que o mesmo fosse resolvido, através de uma postura mais firme, por parte da Presidência e Diretoria, que deixe mais claro para os gestores intermediários, e para todos os colaboradores, o real sentido e a relevância do empoderamento do PAD para a saúde financeira do plano de saúde CAFAZ.

2 – Conceito de Sofrimento: dificuldades, entraves, insegurança, conflitos, desgaste, desvalorização profissional, cansaço, humilhação profissional.

Os aspectos de insatisfação não estão completamente ausentes, e foram expressos de maneira subjacente nas falas dos entrevistados, quando verbalizam que deveria haver uma valorização maior por parte dos gestores da CAFAZ, da importância, do real significado, e do valor do trabalho desenvolvido pelo PAD, valorização que deveria se expressar, através de uma política administrativa que contemplasse o PAD com maiores investimentos, na sua logística e no desenvolvimento dos seus Recursos Humanos.

É importante ressaltar que o ser humano traz consigo sentimentos e ambições; cria expectativas, envolve-se, busca o crescimento dentro daquilo que desenvolve e realiza. Não se pode verificar o nível de satisfação do trabalhador, sem levar em conta a dimensão “remuneração”. O indicador da satisfação do trabalhador pela via salarial, tem de ser proporcional ao que ele faz no trabalho. Assim, para que se possa ter esta subvariável de maneira sólida e segura na composição variável satisfação no trabalho, é necessário “amarrá-la” a fatores objetivos e mensuráveis. Como por exemplos, pagamento compatível com tempo trabalhado, pagamento por riscos provenientes do tipo de trabalho realizado, gastos com combustível e com o veículo quando a visita é feita em transporte próprio, sem ressarcimento dessas despesas diante dessas potenciais perdas, riscos e danos.

Então é preciso que compreendamos que o homem não trabalha tão somente para a obtenção de salário, que nega seus sentimentos, que não se aborrece com o descaso dos seus gestores que apenas lhe pagam e lhe cobram as tarefas, ou que o tratam apenas como uma peça a mais no processo de produção.

Segundo Etzioni (1964,p.9),

- *“(...) As organizações combinam ciência e pessoas, menos tecnologia e humanismo. A tecnologia é suficientemente difícil em si mesma, mas quando se juntam pessoas, chega-se a um sistema social imensamente complexo cuja compreensão é realmente desafiante (...)”*

Segundo Moretti (2004), respeitar o trabalhador como “ser humano” significa para o gestor, investimento no progresso da sua organização e da sociedade. Criar, portanto, um ambiente onde as pessoas se sintam valorizadas, é primeiramente compreender as necessidades de desenvolvimento técnico e emocional do empregado.

Parte da motivação de uma pessoa vem do fato de ela saber que tem um papel importante na organização. Segundo Weiss (1991, p.32)

-*“(...) as pessoas trabalham por recompensas. Essas não precisam ser tangíveis, como dinheiro, podem ser subjetivas (...)”*

Ou seja, os seres humanos precisam de condições, que não só as racionais, para expressar sua capacidade de trabalhar. Isto não significa que dentro da organização, façam o que quiserem, mas que ao trabalhar, possam ter condições dignas da palavra “ser humano”, para que então o sistema mais racional funcione em sua plenitude.

Quanto às condições de trabalho oferecidas pela CAFAZ, os sujeitos (**S-4; S-5; S-7; S-8**) sugerem como sendo necessária, uma reflexão dos gestores quanto a necessidade de maiores investimentos no programa, no que se refere à logística e aos Recursos Humanos, investimentos que nas várias falas, seriam

compensados, no que se refere à minimização de custos sociais, psicológicos, fisiológicos para a demanda, e conseqüentemente na diminuição dos custos financeiros para a CAFAZ.

Foi verbalizada por alguns dos sujeitos entrevistados, a humilhação profissional, quanto a desigualdade do valor pago por visita domiciliar (o valor pago pela visita do profissional médico é diferenciado) e pela desigualdade de ofertas de condições de trabalho (o carro só é oferecido aos membros da equipe que pertencem a categoria de profissionais médicos) entre as categorias profissionais de saúde, explicitando para a equipe, a posição dos gestores quanto a uma valorização maior a algumas categorias em detrimento de outras, igualmente necessárias, e com trabalho específico no processo de tratamento e promoção da saúde dos associados ao PAD; foi reclamada ainda, a concentração de oportunidades de atuação domiciliar para alguns profissionais da mesma categoria profissional, em detrimento de outros, o que denotaria escolhas por “simpatias” e “preferências” dispensadas, a alguns dos profissionais, por alguns membros da equipe da CAFAZ, os que liberam e autorizam os procedimentos.

Todas essas expressões de descontentamento, medo, humilhação, decepção, demonstram vivências de sofrimento psíquico no trabalho. Segundo Dejours (1995) esse comportamento preferencial, por vezes inconsciente, gerado pelas culturas estabelecidas dos gestores, gera nos trabalhadores: insegurança, insatisfação, cansaço, desânimo e descontentamento com o contexto do trabalho dentro da organização, e com o seu objeto de trabalho. Já as expressões de satisfação e prazer refere-se a valorização do ser humano e do trabalho fundamentadas numa visão integrada de benefícios, salários, comunicação, afetividade, desenvolvimento profissional, reconhecimento do desempenho.

-“(…) *algumas famílias prepotentes e dominadoras, é preciso jogo de cintura (…)*” (S-6)

-“(…) *As questões políticas mal resolvidas da empresa patrocinadora, é um entrave (…)*” (S-8)

-“(...) A organização perde espaço, porque os funcionários se encolhem, deixam de ousar, de serem criativos, e não doam mais suas idéias a empresa (...)” (S-8)

-“(...) A gestão do PAD no período anterior (dez.2004 a ago.2005) desenvolveu uma gestão humanizada dando ênfase ao desenvolvimento profissional e humano da equipe. Esse era um forte elemento facilitador (...)” (S-8)

-“(...) Maior espaço para os profissionais da equipe (os que não são da área médica) (...)” (S-2)

-“(...) Eu não vejo nada que dificulte a minha atuação (...) “ (S-5)

De maneira mais geral, na análise das falas dos sujeitos entrevistados, observou-se que o satisfatório e o não satisfatório foi expresso de forma imediata e sincera, através do que foi dito pelos sujeitos, durante o diálogo plural e baseado na fala livre, não controlada; revelando-se em sua análise, um espelho da realidade, impossível de ser traduzida em forma de números.

Esse momento desencadeado, durante esse espaço de comunicação através deste estudo, teve o objetivo de buscar o significado do PAD para a equipe que nele trabalha. Pois se entende que na medida que um grupo entende em plenitude o significado do seu trabalho, alguma coisa sempre muda e uma nova alternativa pode surgir, através de atitudes em direção às dificuldades do grupo que se percebem irremediáveis. Com o exercício da busca dos significados do que realizamos, estas começam a se dissipar e o caos ocasionado pelas alienações, fragmentações, separações etc, se torna consciência, reflexão e ação.

Nota-se através das falas dos sujeitos, que existe uma avaliação crítica quanto aos entraves e favorecimentos para o bom desempenho do PAD. A maior parte dos sujeitos referem ainda como entrave o desempenho administrativo dos líderes da CAFAZ, quanto a políticas internas conflituosas. Um dos sujeitos (S-6), verbalizou durante a entrevista que os gestores da CAFAZ lhes pareciam

serem eficientes no uso da concepção “bancária”, mas ineficientes na concepção logística dos processos.

-“(...) As políticas internas da CAFAZ é um elemento muito grande de entrave(...) ” Os Diretores e Administradores da CAFAZ são bons nas” contas”, mas precisam melhorar muito na compreensão dos investimentos necessários, para se realizar um trabalho de impacto no PAD (...)” (S-6)

Os sujeitos (**S-4; S-2; S-8; S-5; S-7**) citaram como elementos de entrave: remuneração mal calculada, e não compatíveis com o tempo de trabalho gasto durante as visitas domiciliares (não sendo calculado o tempo gasto nos deslocamentos até os domicílios, e o tempo gasto na escuta da família do paciente); (**S-1; S-2; S-5; S-6; S-7; S-8**), valores desiguais entre categorias profissionais sem justificativas sensatas; (**S-2; S-4; S-7**), a insegurança e o risco a violência a que são expostos durante o trajeto até o domicílio do associado que por vezes se localizam em bairros potencialmente perigosos; (**S-1; S-2; S-3; S-4; S-6**) a linha de telefone do PAD sempre ocupada; (**S-1; S-2; S-3; S-4 ;S-6 ;S-8**)os sinais de chamadas telefônicas do PAD para a equipe interdisciplinar externa sem identificação, dificultando os retornos; (**S-4**) endereços não atualizados, repassados pelo monitoramento para os profissionais que usam o seu transporte próprio nas visitas; (**S-3;S-5; S-7; S-8**) questões políticas da empresa patrocinadora da assistência domiciliária que interferem no desempenho da equipe; (**S-7**) pouco compromisso de algumas empresas parceiras terceirizadas pelo PAD; (**S-5; S-7; S-3; S-8**) deficiência de recursos logísticos fundamentais, ou dificuldades e entraves, percebidos pela equipe de serem disponibilizados ao PAD pelo administrativo-financeiro da CAFAZ; (**S-5; S-7; S-8**) falta ou deficiência de recursos logísticos e financeiros, necessários para o desenvolvimento eficiente e produtivo do trabalho.

Ainda foi observado nas falas dos sujeitos (**S-2; S-4; S-6; S-7; S-8**) que os mesmos sofrem insatisfações, quanto à remuneração das visitas domiciliares, que

segundo alguns não estão sendo compensatórias. Apontam como motivos, além do valor quase “simbólico” pago a algumas das especialidades, que existem deslocamentos que demandam maior disponibilidade de tempo (domicílios localizados em bairros localizados na periferia da cidade) o que ultrapassa o tempo disponibilizado a CAFAZ, desorganizando suas agendas, que estariam disponibilizadas para outras atividades profissionais, o que gera prejuízos financeiros para os mesmos. Outro fator que gera sentimentos de descontentamento no trabalho, segundo os sujeitos (S-2; S-4; S-5; S-6; S-7) seria o fato de ter havido um corte em um dos transportes disponibilizados pelo PAD, e agora só ser ofertado veículo para algumas das especialidades da equipe (profissionais médicos). Fato que demonstra desvalorização de uma categoria em detrimento de outras. Referem também a impossibilidade de deslocamento em transporte próprio, já que exatamente, os que não dispõem mais do transporte da CAFAZ para fazer as visitas, recebem um menor valor remuneratório por visita domiciliar, não podendo os mesmos, dispor de seus próprios veículos; posto que, os gastos com combustível, desgaste e segurança do veículo, não seriam cobertos pela remuneração paga por visita.

Foram apontadas pelos sujeitos, como um dos elementos de entrave para o desempenho fluido de seus trabalhos - as Famílias dos enfermos - que segundo os mesmos, (dependendo do grau de sociabilidade, educação, cultura, informação etc.) podem funcionar como elemento de entrave ou de favorecimento; como outro elemento de entrave - a comunicação - que quando fluida entre o profissional e o enfermo e a família, favorece a qualidade do atendimento, e quando não, entrava o processo; Ainda como importante elemento de entrave - Os favorecimentos - concedidos para algumas famílias ou associados, por parte de alguns dos gestores que decidem, e que autorizam os processos, foram apontados como entrave na qualidade do atendimento do PAD;

De acordo com Mendes (2001), as expressões e queixas, de mal-estar e sofrimento associados ao trabalho, vem atingindo um número cada vez maior e diversificado de categorias profissionais. Para ele as diferentes formas de adoecimento no trabalho parecem surgir como respostas aos sofrimentos e conflitos aos quais são submetidos durante suas relações com a produção. Em relação à cultura das organizações, autores como Shrivastava (1985) e Shein (1990), indicam os valores como associados aos objetivos organizacionais, aos processos de socialização constantes e integrados a um sistema de normas e regras compartilhadas que desenvolvem modelos para identificar a cultura organizacional, mas não especificamente, um modelo de estudo dos valores organizacionais.

3- Conceito de Prazer - satisfação, bem-estar, prazer, alegria, gratidão.

Como pudemos observar nos fragmentos de fala dos sujeitos, eles parecem vivenciar uma certa satisfação no trabalho realizado a nível domiciliar, talvez por estabelecer relações significativas com os indivíduos e grupos sob os seus cuidados; aspectos representados na dimensão da valorização e reconhecimento do trabalho, pelos associados e sua rede familiar.

Esses são fatores fundamentais para se obter significação para uma ação, fato que vai de encontro com o que afirma Dejours (1995), quando diz que as vivências de prazer no trabalho são percebidas pelos trabalhadores, quando os mesmos experimentam sentimentos de valorização e reconhecimento.

O caráter prazeroso do trabalho também foi destacado em algumas falas:

- “(...) prazerosa, me sinto super bem (...)”.

- “ (...) o PAD está para mim em primeiro lugar, apesar de todos os problemas encontrados, já que também encontramos problemas em outras áreas de atuação (...)” (S-3)

- “(...) *Muito gratificante para mim, perceber que o “paciente” me trata com carinho, como se eu fosse um filho que se preocupa com a sua vida*” (S-5)

- “(...) *É um trabalho que gosto de fazer. Apesar de todas as dificuldades encontradas, me faz conviver com pessoas, a quem posso ajudar no alívio de seus conflitos e dores*” (S-8)

A potencialização do prazer no trabalho de assistência domiciliar a pessoas doentes, ou a transformação do sofrimento em ação produtiva, ou alívio do sofrimento dessas pessoas, parece estar presente nas falas dos sujeitos (S-3, S-5 e S-8); As palavras demonstram acolher ambas as perspectivas – de prazer e de sofrimento - como legítimas ao tipo de trabalho que realizam. Em acordo com Dejours (1996.p.137), quando diz que:

- “ (...) *O sofrimento é inevitável e ubíquo. Ele tem raízes na história singular de todo sujeito, sem exceção. Ele repercute no teatro do trabalho ao entrar numa relação, cuja complexidade já vimos, com a organização do trabalho (...)*”

Os depoimentos a seguir permitem identificar os nexos com o PAD, e os múltiplos e amistosos vínculos, que a equipe constrói no atendimento domiciliar.

- “(...) *Construindo relações de confiança, através do diálogo(...)*” (S-4)

- “(...) *Formando vínculos de co-responsabilidade(...)*” (S-8)

- “(...) *Esse tipo de atendimento, permite uma forma mais familiar de conversação(...)*” (S-8)

- “(...) *Esse atendimento, nos permite ficar mais abertos, e nos ensina a habilidade de dialogar (...)*” (S-3)

- “(...) *Por meio desse tipo de atendimento, criamos atalhos terapêuticos, para resolver problemas, pois estamos “dentro” do universo do doente(...)*” (S-8)

- “(...) *Através desse tipo de atendimento experimento a “sensação” de trabalhar em comunidade (...)*” (S-4)

Criar uma cultura baseada no diálogo, nos relacionamentos da compreensão relacionamentos entre pessoas, estruturas, processos, pensamentos e resultados, é uma das ferramentas estratégicas desse tipo de atendimento em saúde (atendimento domiciliar) verificou-se através das falas dos sujeitos (S-2, S-3, S-4, S-8) que o diálogo, a aproximação mais afetuosa com o indivíduo enfermo e com

sua família, contém um potencial importante para a mudança da cultura acadêmica do grupo, voltada para o eixo hospitalocêntrico, como também, para a transformação organizacional, em direção a níveis mais definidos das ações desenvolvidas pelo PAD, em alinhamento com sua real missão.

A auto-reflexão da equipe durante os depoimentos, traduzem uma tomada de consciência quanto aos conteúdos emocionais instigados á equipe, por esse tipo de trabalho (atendimento domiciliar). As falas versam sobre os afetos construídos, solidários e fraternos; sentimentos de pertence e satisfação.

- “ (...) *Procuro não passar sentimentos para não fragilizar ainda mais a família, mas eu sempre me emociono durante as minhas visitas nos domicílios(...)*” **(S-3)**
- “(...) *Experimento sentimento de satisfação, por poder contribuir, mas procuro estabelecer limites (horários, telefonemas, pedidos etc) (...)*” **(S5)**
- “(...) *Experimento sentimentos de utilidade social e solidariedade (...)*” **(S-6)**
- “(...) *Tenho experimentado sentimentos de amor ao próximo, confiança e satisfação profissional (...)*” **(S-8)**
- “(...) *Por algumas vezes tenho me emocionado, com as manifestações de carinho vindas das famílias a quem atendo*” **(S-4)**

Através dos afetos construídos no processo desse tipo de atendimento, percebe-se que os sujeitos (**S-3, S-4, S-5, S-6, S-8**) ficam mais aptos a explorar as diferenças entre eles e os outros, e aprendem a identificar suposições, e a construir fundamentos, superando os mal-entendidos. Nas falas dos sujeitos, observamos que as atitudes de individualismo rígido, herdadas das grades curriculares, de suas escolas de formação técnica-científica, dão lugar a atitudes de colaboração, simplicidade, transcendência e amorosidade. Já em algumas respostas (**S-3, S-5**) verifica-se o medo de demonstrar afeto, por essas manifestações poderem demonstrar para o enfermo e para a família, a condição humana do profissional que historicamente, procura manter uma aura de

onipotência; e ainda por esse comportamento mais aberto e afetivo, poder quebrar os limites normalmente impostos por alguns, no relacionamento profissional / enfermo / família. Esse tipo de atendimento, mais próximo a realidade do enfermo, que explicita toda a sua privacidade, parece aproximar mais os sujeitos, e favorecer o diálogo mais humanizado. Segundo Freire (2001,p.79 – 80) não há diálogo nem encontro de nenhuma espécie,

- (...) *Se não há um profundo amor ao mundo e aos homens. Não é possível a pronúncia do mundo, que é um ato de criação e recreação, se não há amor que a infunda.(...) o amor é, também diálogo. (...) o amor é compromisso com os homens. Não há, (...) diálogo, se não há humildade.*”

Os conflitos entre os valores pessoais, que tem como base as vivências peculiares a cada pessoas, de prazer e sofrimento – oriundos dos embates entre os registros subjetivos de cada pessoa e as características das situações encontradas no trabalho - parecem determinar a forma de se relacionar e se comunicar através de sentimentos como o amor o afeto entre os sujeitos. Observa-se, certa resistência quanto a expressão de sentimentos, o que é explicável numa cultura predominantemente tecnicista e reducionista como é a cultura dos currículos da área da saúde. Os medos e as ansiedades originados por um pensar que eventualmente se coloque na contramão da ortodoxia, ou quando se vêem diante de dramas humanos que são ao mesmo tempo os seus também, parecem determinar os limites impostos por cada sujeito nas suas relações com o enfermo e como a família.

Nesse entendimento, vale a pena, também ressaltar outras formas de expressão de afeto, como a manifestada através dos atos de cuidado, reverência aos idosos, e ao universo familiar da demanda, explicitada através de alguns depoimentos.

- “(...) *Me sinto em algumas famílias, tão acolhido..., assim como se eu fosse um filho mais velho, mais solidário, mais sábio (...)*” (S-5)

- “(...) Quando adentramos as casas das pessoas, somos obrigados a assumir um posicionamento “light”, como se, de alguma forma, nossas posições ficassem suspensas na nossa frente para uma consideração a distância. Nós ficamos mais abertos a outras formas de ver as coisas(...)” (S-8)

Quanto ao estabelecimento de vínculos com o cliente, família, equipe e gestão do PAD, os sujeitos (S-1; S-2; S-3; S-6), identificaram como muito importante, para uma boa relação entre esses níveis, a pontualidade, a assiduidade, a competência técnica e científica, a afetividade, a boa aparência, o compromisso, a disponibilidade, a boa comunicação. Elegendo esses predicados como elementos que abrem espaços para o profissional, na conquista da confiança da coordenação do programa, do paciente e da família nesse profissional. De modo geral os entrevistados parecem entender o estabelecimento de vínculos com o cliente, a família, a equipe, a coordenação do PAD, e com a administração da CAFAZ, da seguinte forma: a maior parte dos sujeitos, relatam estabelecer vínculos profissionais, com estabelecimento de limites. Dizem ser responsáveis, pontuais, assíduos, o que facilita vínculos de confiança no profissional, mas relatam que deixam claro para a demanda, até aonde pode ajudá-los. Dois dos entrevistados (S-4; S-7) ressaltaram que é através do diálogo, que entendem que se forma vínculos. Apenas um sujeito, (S-1) falou da importância da afetividade na formação de vínculos. Demonstrando essa análise, que a equipe do PAD, precisa entender esse estabelecimento de vínculos, dentro de um conceito mais abrangente do que o que surgiu das falas analisadas. Esse conceito deve englobar o equilíbrio positivo com o ambiente, o potencial para perseguir objetivos da CAFAZ (diminuição de custos hospitalares, acompanhamento dos pacientes durante os períodos de internação, vigilância e acompanhamento para prevenir agudizações das doenças, dentre outros), ter habilidade para conviver com demandas do ambiente familiar, desenvolver um processo de convívio afetivo com todas estas instâncias (doente, família, equipe, coordenação do PAD, administração da CAFAZ).

Verifica-se também, como necessário, uma maior ênfase, quanto a humanização do atendimento, que pareceu, pelas falas dos sujeitos, ainda não ser muito bem compreendida como um dos itens da missão do PAD. Nas respostas a afetividade parece não ser bem compreendida como regra, para todos que se dispõem a trabalhar com idosos; evidenciam-se exceções, alguns dos entrevistados (S-1; S-4) relataram, se permitirem experimentar sentimentos de afetividade, emoção, e abertura para criar vínculos afetivos, além dos profissionais, com os enfermos e suas família, e com a equipe do PAD.

Quanto aos sentimentos experimentados na atuação profissional: Referem de forma diversa, porém unânime (S-1; S-2; S-3; S-4; S-5; S-6; S-7; S-8), experimentarem sentimentos de satisfação, compromisso, responsabilidade, dedicação e disponibilidade a essa demanda. Alguns referiram (S-4; S-7; S-1; S-3) a satisfação pessoal por poder contribuir para que o processo de doença (dependência e limitações) dessas pessoas, geralmente acometidas por doenças degenerativas, e idade avançada, torne-se mais personalizado, humanizado e com um atendimento mais afetivo e próximo; Destaca-se, uma referência de sentimentos de respeito e reverência, (S-2) por se dar conta, de estar fazendo parte da dinâmica de uma família, quando participa de forma indireta de momentos domésticos, junto aquele núcleo familiar. Um dos entrevistados (S-8) referiu sentimento de gratidão e emoção, ao receber expressões de carinho por parte das famílias, expressos através de mimos singelos, oferecidos durante as visitas domiciliares.

Quanto a entraves e favorecimentos para o desenvolvimento do trabalho no PAD, os sujeitos referem como favorecimentos, (S-1; S-2; S-3; S-4) boa comunicação com a equipe de coordenação do PAD; (Como conduta terapêutica aonde a relação tem que ser entre cuidador e enfermo, poucos sujeitos referem esforço para estabelecer uma atuação mais ativa por parte do enfermo no seu tratamento.(

S-1, S-2, S-3) atendimento pronto e rápido das solicitações; (**S-3; S-4; S-6; S-8**) seriedade, criatividade, competência e apoio da gestão no período dezembro de 2004 a agosto de 2005, (**S-3; S-6**) expressões de afetividade e reconhecimento do enfermo e da família.

Quanto a percepção que a equipe tem de como são vistos pela demanda, analisou-se que acreditam que são vistos de modo favorável. Porém (**S-2**), diz que os familiares querem que atuem segundo suas vontades, preterindo as normas da prestadora, e quando não são atendidos passam a não ser vistos de modo desfavorável pela família do usuário.

- “(...) *Algumas famílias vêem o atendimento domiciliar como uma obrigação da CAFAZ (...)*” (**S-2**)

- “(...) *Tenho um bom feed-back, sei que preciso trabalhar mais a tolerância e a paciência (...)*” (**S-6**)

- “(...) *Me sinto muito respeitada como profissional (...)*” (**S-5**)

- “(...) *Sinto que algumas das pessoas a quem atendo, tem grande reverência a minha pessoa, chega até a mim apresentar aos vizinhos dizendo: Venha conhecer a minha doutora’ (...)*” (**S-8**)

Analisando as falas dos sujeitos (**S-2; S-5; S-6; S-8**), verifica-se que o tratamento dispensado ao profissional de saúde que atende em domicílio é diversificado, o que se deva talvez, aos valores das pessoas que os acolhem. E que as resoluções de conflitos que se formam em alguns casos, parecem depender das habilidades de comunicação do profissional, que em alguns casos reconhecem como necessário trabalhar os níveis de tolerância e paciência nas relações interpessoais. As formas encontradas pelos sujeitos na dinâmica das relações com os associados e com as famílias destes, parecem ser conseqüentes das concepções, atitudes e decisões por eles tomadas e na maneira como lidam com as pessoas de uma forma geral. As dissonâncias são reconhecidas por alguns dos

sujeitos (**S-2** , **S-6**) como um “*mix*” do conflito de valores do profissional e da cultura prepotente dos fazendários.

Os sujeitos relataram que o associado, sua família, equipe e gestão têm deles a seguinte leitura: Para os sujeitos (**S-1; S-3; S-4**) Os associados, seus familiares os reconhecem como coadjuvantes no seu tratamento e bem-estar, Para o sujeito (**S-1; S-8**) os enfermos se sentem apoiados tecnicamente no percurso de seu tratamento; outros (**S-2;S-3**) referem, que o associado e sua família, em sua grande maioria, vêem o atendimento domiciliar como uma obrigação da CAFAZ, e os profissionais de saúde, como funcionários deles, e que , em algumas ocasiões chegam a expressar essa convicção de forma agressiva:

- “(...)Como estão sendo pagos por esse serviço devem se submeter as nossas exigências, pois quem manda nos que trabalham nesse plano somos nós(...)” (**S-2**)

-“(...) Eu não tenho muita tolerância, quando as famílias acham que eu tenho obrigação de atender a todos os seus pedidos (...)” (**S-3**)

A condição de autogestores do plano de saúde parece promover nesse grupo, uma cultura específica, com seus próprios códigos de linguagem e expectativas de atendimento, tendo a prestadora, além de assistir, tratar e acompanhar, do ponto de vista terapêutico, desenvolver habilidades de comunicação, que corresponda as expectativas dessa demanda, dentro do contexto das suas características e vulnerabilidades, do ponto de vista cultural, sociológico, cronológico e psicológico. Foi sugerido pelo sujeito (**S-2**) a realização de um trabalho de sensibilização, que deveria ser realizado pelo serviço social do PAD, no sentido de reformular novos conceitos de relacionamento entre a CAFAZ e suas autogestões, o que minimizaria a ocorrência de entraves, dificuldades, resistências e conflitos de comunicação, entre associados, famílias, equipes de atendimento.

A cultura desse grupo, concentra um sistema simbólico de critérios e regras de conduta, que regem a forma de se comunicarem. Esse sistema simbólico, expresso através de atitudes por vezes arrogantes, ou por outras de uma forma silenciosa mais poderosa, é decodificada pela equipe através das solicitações, reclamações e acolhimento. Presume-se que alguns membros da equipe, de certa forma, se sentem intimidados ou incomodados por essa forma de comportamento de algumas das famílias associadas ao PAD. Tamayo (1997), assume como pressuposto que, os valores, constituem um dos importantes componentes para entender a cultura de um grupo. Assim sendo, percebe-se que os valores do grupo podem passar mensagens subjetivas através da forma de acolher, tratar, pedir, mandar, e estimular comportamentos convenientes, levando através desses comportamentos, à naturalização do conteúdo deles, e ao repassá-los, imprimem adesão e reprodução dos mesmos.

4 – Conhecimento do Trabalho: transformação, mudança, planejamento de ações, criatividade.

Os depoimentos demonstraram que os sujeitos parecem ter uma visão integrada, das funções clássicas de um atendimento domiciliar. A amostra expressou ainda, que essa modalidade de atendimento oferece para o associado, a oportunidade de ser assistido processualmente (sem hiatos no tratamento) e de forma holística e integral (várias especialidades terapêuticas) e que de outra forma, essas pessoas estariam excluídas e impossibilitadas dessas possibilidades terapêuticas, devido às dificuldades de locomoção e disponibilidade de pessoas para acompanhá-los a diversos profissionais especialistas, em seus consultórios, ou hospitais.

Este fato demonstra, que os sujeitos parecem ter incorporado, às recomendações da Organização Mundial de Saúde (1978) - estudadas e discutidas, durante às reuniões mensais com a equipe durante o período de

dezembro/ 2004 a agosto/ 2005 - que prevêem a mudança gradativa do modelo centrado na internação, pelo modelo de atenção consolidado em serviços territoriais e de atenção diária; destacando-se em algumas falas, a importância do atendimento domiciliar, como ferramenta estratégica, no processo da organização do modelo de atenção à saúde. Esse tipo de atendimento facilita a realização da forma hierarquizada, do atendimento em todos os níveis de complexidade (primário, secundário e terciário) e permite acompanhar os devidos encaminhamentos, pois todas as especialidades têm acesso ao indivíduo ao mesmo tempo. Isso significando também a diminuição de custos, e encaminhamentos mais lógicos e criteriosos para exames, especialidades e procedimentos; quando realmente necessários. Na maioria dos casos, quando a nível ambulatorial e hospitalar, feitos de forma não racional e não criteriosa.

Discutirei agora sobre as responsabilidades concernentes a atuação profissional no PAD: Verifica-se através das falas dos sujeitos (**S-1; S-3; S-4; S-5; S-8**) que eles de uma forma geral, percebem que o atendimento domiciliar é uma modalidade que vem sendo retomada com sucesso no cenário de saúde contemporâneo, como terapêutica adequada (CRUZ, 1999).

Através das falas se mostraram gratificados pela oportunidade de poderem através deste trabalho, construir experiências profissionais nessa área.

A amostra demonstrou também, sentimentos favoráveis, relativos a responsabilidade incondicional com o trabalho, que difere de raciocínios objetivos e de intenções comportamentais.

Os itens relacionados às especificidades (conhecimentos, habilidades, técnicas e atitudes) reconhecidas como necessárias para a atuação no PAD foram analisados da seguinte forma: **Quanto aos conhecimentos** os sujeitos (**S-4; S-1; S-6**), sentem a necessidade quando da admissão de serem esclarecidos, através de uma semana de treinamento, quanto ao fluxo administrativo e financeiro da

CAFAZ, além dos objetivos e metas do programa. Relataram também, a necessidade de teste de conhecimento técnico, na área de promoção, prevenção e reabilitação em saúde, além de teste de conhecimento técnico na área assistencial e curativa. **Quanto a habilidades**, consideram como sendo necessário, serem avaliadas habilidades por parte do profissional, para atender e se comunicar com pessoas idosas e com incapacidades físicas e psicológicas. **Quanto a técnicas** que consideram importantes para esse trabalho, relataram ser importante, o conhecimento de técnicas de primeiros socorros, técnicas específicas a sua especialidade, técnicas de comunicação interpessoal. **Quanto a atitudes**, foi verbalizado como importante pelos sujeitos (**S-1; S-3; S-4; S-5**) uma atitude afetiva, respeitosa, tolerante, com os clientes e sua família.

As falas dos sujeitos demonstraram que estes percebem como fundamental, que os Recursos Humanos da CAFAZ, tenha políticas que contemple investimentos em Educação Permanente e Continuada para a equipe, e que, já na admissão, a equipe pudesse ter uma semana prévia de capacitação, aonde além de outros temas específicos ao trabalho, fossem melhor esclarecidos sobre o fluxo administrativo e financeiro da CAFAZ, para que eles compreendessem melhor a dinâmica e a cultura da organização, além da missão, objetivos, metas, estratégias de trabalho, visão de futuro do PAD. Além dessa oficina de trabalho, sugeriram oficinas posteriores (trimestrais), aonde fossem desenvolvidos temas pertinentes a modalidade de atendimento domiciliar que atualizasse os conhecimentos e habilidades da equipe para tratar com pessoas acima de 60 anos. Revelando-se através das falas dos sujeitos, ser essa uma necessidade tão importante para o serviço, quanto à competência técnica e científica relacionadas à formação profissional, segundo eles, consideradas atualmente como o mais relevante para ser contratado pelo PAD.

Consideram através das falas (**S-1; S-8; S-7; S-5**), esse trabalho como uma oportunidade, que os fazem conhecer melhor os enfermos idosos, como

indivíduos que têm um núcleo saudável, além dos transtornos ocasionados pelo tempo, autonomia, e direitos a um tratamento de saúde personalizado, que lhe garantem mais dignidade e qualidade de vida, menores riscos de infecções hospitalares e o conforto só possível em seu domicílio. Confirmando essas considerações dos sujeitos, o enfoque da promoção da saúde, Carta de Ottawa, 1986 (Brasil, Ministério da Saúde, 1996), através do seu objetivo de integrar o indivíduo ao meio, apontando para ações de prevenção e promoção, resultante de um novo paradigma, segundo o qual a assistência deve centrar-se na saúde e não na doença.

Através dessas percepções dos sujeitos, revela-se a compreensão de que a atenção à saúde das pessoas, requer dos que a prestam, envolvimento, vínculo, afeto e respeito; Tendo esses trabalhadores, que atuam com essa demanda, o reconhecimento da necessidade de desenvolver conhecimento, técnicas e habilidades no cuidado com pessoas acima de 60 anos, dentro de um contexto sensato que não trate essas pessoas como se fossem números, dementes, ou inválidos, recuperando e resgatando os valores individuais e sociais conquistados por esses indivíduos durante o percurso da existência, o que nem sempre as práticas e as políticas estabelecidas de atendimento ao idoso consideram. Segundo Figueiredo e Tonini, et all (2006) pg.63:

-“(...) um idoso com autoconceito vulnerável pela perda de papéis ou em razão de estereótipos negativos em relação á velhice experimenta problemas de saúde que o leva a ser rotulado por profissionais de saúde ou parentes como dependentes sociais. Isso contribuindo para a atrofia do seu núcleo saudável, suas competências e habilidades ainda existentes, fazendo com que esse idoso adote o conceito de doente, inadequado ou incompetente, aumentando a sua vulnerabilidade (...)”

Em relação aos valores individuais e valores atribuídos ao trabalho, verbalizados pelos sujeitos, observa-se que a amostra apresenta uma heterogeneidade de percepções. Alguns sujeitos demonstram auto-estima elevada,

quando relatam que o seu trabalho gera segurança para a demanda, e que o seu trabalho a nível domiciliar é reconhecido e respeitado. Outros dos sujeitos relatam que percebem que são vistos pela demanda como “empregados” pagos por ela, portanto, disponibilizados para atenderem às suas diversas solicitações.

Diversas idéias e pensamentos foram revisados através da literatura; pesquisas realizadas por Ravlin; Meglino (1989); Judge; Bretz (1992), que estudaram os valores sociais dos indivíduos, indicando a importância da compatibilidade entre valores individuais e valores do trabalho para a auto-estima e satisfação dos indivíduos. Schwartz (1999) e Ros et all (1999), também identificam nos seus estudos, relações conceituais entre os valores individuais e os valores atribuídos ao trabalho. Conclui-se que a personalidade do indivíduo é determinante no que se refere aos posicionamentos mentais e corporais, que refletem na forma dos relacionamentos entre ela e as pessoas, definindo como são percebidas e como são tratadas.

Os sujeitos (S-1; S-2; S-3; S-4; S-5; S-6; S-7; S-8), referem como instrumentos e condutas aplicadas em sua atuação: entrevistas, plano terapêutico, acompanhamento, parcerias e negociações com a coordenação do programa, associado e família, quanto ao plano de tratamento e de alta. Isso demonstrando que os sujeitos, limitam-se as condutas terapêuticas tradicional, objetiva e técnica: Anamnese, Avaliação Clínica, Plano Terapêutico, Reavaliação Periódica, Critérios de Alta; ou Histórico, Diagnóstico, Prescrição. Essas falas, denotam que é preciso maior atenção da equipe, na comunicação com a demanda, no que se refere ao despertar destes, para a importância do auto-cuidado e da coresponsabilidade na terapêutica. Comunicar-se com idosos, talvez seja o maior desafio de todos, como afirma Figueiredo et all (2006), pg.14:

-“(...) por envolver um complexo processo de comunicação que constam de ações de mandar, decodificar e receber mensagens para pessoas que dependendo da situação em que se encontrem, essa comunicação tem que ser adaptada, para que eles compreendam e se interessem pelos assuntos tratado(...)”.

No que se refere às conexões entre à assistência curativa e as ações de promoção a saúde durante os atendimentos domiciliares, os sujeitos reconhecem: (**S-1; S-2; S-6**) que as ações de saúde desenvolvidas pela equipe estão voltadas em sua grande maioria quase que exclusivamente para a reabilitação, pois quando o enfermo é encaminhado para os profissionais, já apresentam sintomas de uma patologia crônica, ou já se encontram em estado crítico; revelando-se com esse reconhecimento que o enfoque da promoção a saúde, integrada a assistência curativa e reabilitadora ainda é pouco trabalhado e mal compreendido pela equipe.

A educação para a Promoção de Saúde deve ser uma compreensão do indivíduo como um todo, apoiada nos aspectos sociais, afetivos cognitivos e fisiológicos, que contribuam para estimular a participação responsável das pessoas. Alguns dos sujeitos (**S-3; S-4**) em minoria, demonstram através das falas, compreender a importância da integralidade das ações de saúde, e dizem que mesmo sem ser uma ação prioritária e institucionalizada pela prestadora, incluem nas suas visitas domiciliares para atendimento assistencial e curativo, ações de prevenção de agravos a saúde. O que não é o ideal, pela forma como parece ser compreendida a integralização das ações de saúde, preconizada e recomendada pelo novo modelo de atenção á saúde. Por se tratarem, a maioria dos casos acompanhados pela equipe, de doenças crônicas, se faz necessário uma maior reflexão da equipe, sobre a afirmação de Figueiredo et all (2006) pg.91, quando dizem, que:

“(...) por serem as doenças crônicas e degenerativas problemas longitudinais, que raramente podem ser curadas, elas tem forte impacto sobre a qualidade de vida das pessoas, e são ameaças constantes para a saúde física e financeira nos níveis individuais e coletivos. Isso somado ao fato de que essas doenças crônicas alternarem períodos estáveis e instáveis faz sua natureza longitudinal requerer estratégias de tratamento, cuidado e autocuidado (...)”

Chegar antes da doença significa prevenir, prevenir significa educar. Como realizar um processo educativo num sistema que prioriza os procedimentos terapêuticos? O tempo da visita do profissional parece ser gasto integralmente na ação curativa. O profissional, por sua vez, em

decorrência de sua formação acadêmica e do seu cotidiano, confunde educar com informar. Essas estratégias de integralização das ações de tratamento, cuidado e autocuidado, é o paradigma do novo modelo de atenção á saúde, que segundo Andrade, (2005) tenta fazer neste século, a inversão do modelo de saúde, representado através da figura de uma pirâmide, aonde a atenção primária deve subir para o topo, mostrando a ênfase que deve ser dada, ás ações de promoção, prevenção e de educação para o autocuidado, em todas as modalidades de atendimento; ficando as ações secundárias no meio da pirâmide, e as de ações terciárias na base da pirâmide. Essa metáfora da pirâmide invertida foi usada pelo palestrante, como a necessária inversão do atual desenho do modelo de saúde, durante conferência proferida para os gestores, auditores, conselhos administrativo e fiscal da CAFAZ com o tema: “Modelos de Atenção voltadas para a qualidade, efetividade e racionalização de custos em saúde”, em Maio de 2005 (ver registro nos anexos), e tentou chamar a atenção dos gestores da CAFAZ, para a necessidade e justificativa, do investimento de recursos financeiros e humanos, em ações de promoção á saúde, para que se possa diminuir custos sociais, psicológicos, físicos e financeiros nos contextos da saúde, aonde ainda predomina a ”indústria da doença” instalada e adotada como paradigma, desde o século XVIII.

De acordo com observações feitas, através da análise dos resultados das entrevistas, parece que, na atuação desses trabalhadores, existe pouca congruência entre as intervenções curativas, com os princípios orientadores da atenção básica dentro do modelo de saúde, aonde existe ênfase na integralidade dos níveis de atenção, não se destacando nestas intervenções, elementos que contribuam significativamente para a promoção e a elevação dos níveis de qualidade de vida dessa demanda.

Como afirma Boff (1999):

“(...) Saúde não é a ausência de danos. Saúde é a força de viver com esses danos. Saúde é acolher e amar a vida, assim como se apresenta, alegre e trabalhosa, saudável e doentia, limitada e aberta ao ilimitado(...) (1999:145)

Constata-se que não há de forma sistemática, incentivo à autonomia do indivíduo através do auto cuidado, nem há ações de educação planejadas, para a promoção da saúde, complementando as ações de assistência curativa, o que poderia ser desenvolvido, de acordo com o grau de dependência e limitações dos assistidos. O sujeito que refere elementos de reabilitação dentro de suas ações assistenciais de saúde (**S-1**) o faz, por ser esse, o enfoque da

sua área profissional, e não por compreender com clareza, o conceito pleno, de integralidade (assistência integrada a promoção) nas ações de saúde.

Quanto a identificação do tipo de classificação da equipe: Grande parte dos sujeitos entrevistados (**S-1; S-2; S-3; S-5**), identificam a equipe como interdisciplinar ou multidisciplinar, e um dos sujeitos (**S-7**) identifica a equipe como transdisciplinar; um dos sujeitos, (**S-8**) verbalizou observar, um retrocesso no processo de desenvolvimento da equipe, achando que a mesma retrocedeu nos últimos dois meses, de equipe transdisciplinar para o estágio de equipe multidisciplinar. Os sujeitos que identificaram a equipe como interdisciplinar, dizem perceber a equipe, com atuação de diversas especialidades da saúde com o mesmo objetivo; os sujeitos que a identificam como multidisciplinar, justificaram essa identificação, por considerarem que cada profissional atua na sua área, mas com uma finalidade comum a todos. Um dos sujeitos que considerou a equipe como transdisciplinar, disse que assim a entende, por perceber que um profissional depende do outro para haver uma complementaridade nas ações terapêuticas. Um dos sujeitos (**S-3**) disse perceber, que ainda existem muitos bloqueios de comunicação entre o profissional médico e os demais profissionais de saúde que compõem a equipe, assim como também, entre administração da CAFAZ e profissionais que compõem a equipe do PAD; referiu ter dificuldades em contatar com o profissional médico, para dialogar sobre a necessidade de algumas ações terapêuticas urgentes, a serem tomadas diante de alguns sintomas apresentados pelo cliente, que são identificadas durante sua visita. Citando como exemplo: crises de hipertensão, surgimento de edemas, observação de dificuldades respiratórias, dentre outros sinais e sintomas observados; que podem estar sinalizando agravamento de quadro clínico; sinais e sintomas que se tratados a tempo não evoluiriam para acidentes vasculares cerebrais, infartos, pneumonias, dentre outras complicações graves e por vezes irreversíveis, ocasionando prejuízos importantes para o associado e para a CAFAZ. (**S-1; S-2; S-3; S-8**) referem também, a dificuldade percebida em alguns dos profissionais da área médica em receber e valorizar a comunicação de dados relevantes, próprios e específicos das outras especialidades profissionais que compõem o diagnóstico e o tratamento que deverá ser prescrito diante da observância da avaliação diagnóstica de toda a equipe interdisciplinar. E solicitam a esses profissionais, maior interatividade com as outras categorias. Diante desse fato, que foi expresso por vários dos entrevistados, transcrevemos na íntegra, uma das falas:

“(...) Que eles possam experimentar sair do EU para o NÓS. Que usem mais o ouvido, a escuta respeitosa, a interlocução em vez só da fala, enfim que melhorem a comunicação; que escutem mais os outros profissionais da equipe, levando em maior consideração suas opiniões profissionais e técnicas, suas observações e argumentações; que exercitem o trabalho em equipe de forma mais interativa, respeitando e reconhecendo os diversos conhecimentos e competências técnicas (...)” (S-3)

Um dos sujeitos (S-8) referiu dificuldades, quando diante de caso clínico complexo, aonde se faça necessário decisões compartilhadas com a gestão da CAFAZ, os diagnósticos e as decisões dos planos terapêuticos, serem respeitados devidamente, pela equipe médica que autoriza os procedimentos mais complexos. As decisões finais, sendo tomadas sem o compartilhamento e atenção ao que foi diagnosticado pelo profissional, como o adequado para o beneficiário.

A identificação da equipe mostrou-se coerente com os conceitos teóricos de multi, inter, e transdisciplinaridade. Talvez essa identificação, se deva ao fato de ter sido trabalhado com esses sujeitos, pela gestão (dez.2004 / agosto.2005) durante as reuniões mensais de trabalho com o grupo do PAD (ver registros nos anexos) esses conceitos - de acordo com Almeida Filho (1977), Marx (1985), Gors (1980) – foram estudados e discutidos com a equipe. A crítica da divisão do trabalho, e os conceitos de integração do trabalho, tentaram chamar a atenção dos trabalhadores do PAD, para algumas características destas vertentes, tais como: a importância de relações afetivas e transversais entre os membros da equipe, tanto no que se refere aos aspectos técnicos quanto aos científicos; o perigo do paralelismo das disciplinas, o equívoco das coordenações inadequadas, quando se limita aos aspectos administrativos e burocráticos.

Esses encontros foram reconhecidos pelas falas dos sujeitos entrevistados, como uma oportunidade de compreenderem melhor todo o processo do atendimento domiciliar, de um melhor relacionamento entre os membros da equipe do PAD (com a possibilidade de construção de transversalidade para estudos de casos dos assistidos, com troca de dados e sugestões terapêuticas para consensos, no que se refere ao prognóstico e tratamento), maior motivação para o trabalho domiciliar, e a possibilidade de construção de vínculos de amizade e reconhecimento das diversas competências técnico-científicas existentes no grupo.

Ao analisar o modo de produção da sociedade capitalista, Marx⁴¹ (1985), destacou como uma das manifestações mais alienantes, o fenômeno da divisão do trabalho. Ao realizar tarefas específicas, o escopo final fica escondido, e o especialista passa a se considerar uma engrenagem sem sentido dentro de sua atividade produtiva. Observando-se o modo como a equipe se identifica, constata-se que na sua grande maioria predomina a terapêutica, marcada pela divisão do trabalho, e a fragmentação do conhecimento pelas especializações (MARX, 1985), diagnosticando-se a necessidade de se retomar o processo de exercício transformador e educativo iniciado a partir da estratégia adotada pela coordenação, de reuniões mensais com todos os componentes da equipe nas suas várias especialidades. Esse exercício teria o objetivo, tornar essa equipe integrada e funcionando de forma transprofissional, rompendo com a fragmentação do conhecimento.

Diante do que foi posto, vale salientar que a transdisciplinaridade requer que as especificidades envolvidas sejam integradas sobre a base de uma axiomática geral compartilhada, como Almeida Filho (1977), com muita propriedade nos lembra, ao comentar este requerimento. Isto significando que, muito mais do que a aproximação de pessoas e conteúdos existe a necessidade de uma coordenação eficaz e eficiente, desse conjunto, que compatibilize níveis de ação e objetivos diversos. Sendo também tarefa desta coordenação substituir a estruturação hierárquica de poder, por uma horizontalidade nas relações entre diferentes partes envolvidas.

Procedendo a análise das entrevistas, verificou-se que existe a necessidade das pessoas que compõem a equipe interdisciplinar da CAFAZ, saírem do isolamento da produção científica dura, de suas formações profissionais (economistas, administradores, contadores, advogados, auditores, fiscais, dentre outros), e dos seus cargos e setores burocráticos, para que possam transpor, o peso da acumulação de verdades experimentais, e minimizarem a ênfase exagerada na concretude dos números, que não revelam os fatos com nitidez, e os levam a sub-estimar, a fundamental atenção ao sofrimento, a perda de referências do ser humano que “fala” e “clama” de forma muda e subjetiva, através das dores e fragilidades explícitas, apresentadas aos trabalhadores de saúde da “linha de frente” (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas, psicólogos, nutricionistas, etc.), e que estão sob a responsabilidade também dos gestores da CAFAZ, através de suas equipes setoriais. Estas necessidades estão presentes de forma explícita, nas

⁴¹ **MARX** (1818-1883), líder revolucionário, filósofo e economista alemão, o mais importante e influente teórico do Comunismo. (Dicionário Enciclopédico Ilustrado TUDO.Abril Cultural. SãoPaulo,1977.pg.850)

falas dos entrevistados; Nota-se que a competição entre as equipes intersetoriais, a busca do sucesso isolado de algumas categorias, e ainda, a falta de nutrição intelectual, motivacional e afetiva dos colaboradores, são percebidas por alguns dos sujeitos entrevistados e são reveladas através de algumas falas.

Evidenciou-se também, através das falas dos entrevistados (**S1; S3; S4; S5; S7; S8**) que eles percebem dificuldades por parte dos gestores da CAFAZ, de compreenderem o trabalho do PAD, como importante ferramenta estratégica na racionalização dos custos financeiros da CAFAZ. Alguns percebem (**S5; S7**), que apesar do programa já ter demonstrado indicadores positivos quanto a minimização de custos para a CAFAZ, entretanto, precisa estar a todo instante provando, e justificando a necessidade e a relevância da sua existência. Essa fragilidade de convicção da Presidência da CAFAZ, em relação a existência do PAD, acarreta descontinuidade no franco desenvolvimento do serviço, e conseqüente desmobilização mental positiva, da sua equipe de trabalhadores.

Através das falas dos entrevistados, revelaram-se subjetividades (percepções, impressões, sentimentos, significações) Subjetividades que revelam algumas nuances da relação deles com a gestão, e modela seus comportamentos em relação a ela, em resposta as representações cognitivas e sensitivas que eles têm da mesma; revela-se também de forma subjetiva, porém significativa os valores organizacionais; que como assinala Dejours (1992), não são revelados de forma explícita e nem são realizados de forma isolada, mas sim integrado á subjetividade subjacente nas percepções e significações dos trabalhadores que constituem o capital humano de uma organização. É possível pelos resultados, perceber que a cultura organizacional da CAFAZ é definidora do padrão de trabalho da equipe de trabalhadores do PAD.

Tamayo (1997), assume como pressuposto que, os valores constituem um dos importantes instrumentos para entender a cultura organizacional; pois vemos que, a cultura de uma organização sustenta o processo de socialização por meio do sistema de valores; sendo tais valores, vivenciados como uma experiência subjetiva, compartilhada por todas as instâncias da organização, e que cria nelas a possibilidade de simbolização e mediação das necessidades individuais e grupais. Assim sendo, percebe-se que os valores de uma organização podem passar mensagens subjetivas através da forma de administrar de suas gestões, e estimular comportamentos convenientes; levando através desses comportamentos, á naturalização do

conteúdo deles, e ao repassá-los, imprimem adesão e reprodução para os colaboradores que constituem a organização.

Diário de Campo

Foram feitas anotações, consideradas importantes e pertinentes ao tema, durante o processo de construção da dissertação; esse diário de campo foi se integrando processualmente, ao conteúdo e ao desenho final do estudo.

Material Ilustrativo

Nos anexos, foram inseridos: Termo de Consentimento para a pesquisa; Instrumentos das entrevistas; Análise comparativa do custo com os associados do PAD no período OUT/2003-OUT/2004; Relatórios analíticos dos custos assistenciais com os associados do PAD, com consultas, exames, procedimentos gerais, tratamentos especializados e internações hospitalares. (esses relatórios comparativos contêm a análise de variação de resultados, demonstrados através de tabelas e gráficos, com indicadores dos resultados do serviço durante os anos 2003-2004). Dados gerais do PAD; Fluxograma para inclusão no PAD; Calendário-2005 das ações educativas realizadas pelo PAD, com alguns registros fotográficos dos eventos; Gráficos com os resultados das enquetes do site da CAFAZ, sobre os ciclos de palestras educativas nas CEXAT's; Matérias publicadas no Jornal da CAFAZ sobre algumas ações desenvolvidas pelo PAD; Programa e registro fotográfico de um dos encontros técnicos mensais com a equipe de trabalhadores do PAD; Fotografia do "bunner" confeccionado para "marketing" do modelo de atenção perseguido pelo PAD (assistência a saúde integrada a promoção e a prevenção); Apresentação do Projeto PLENITUDE, com resumo da palestra (anotações da jornalista da CAFAZ) do Sr. Secretário de Saúde do Município Pós.Dr. Luiz Odorico Monteiro de Andrade com o tema: "**Promovendo educação á saúde, integrada á assistência curativa como fator de impacto a saúde a um menor custo**"; Relatório sobre a análise de redimensionamento dos

atendimentos domiciliares, solicitado pela Presidência, com memória da triagem realizada com os médicos assistentes.

Considerações Finais

Através dos resultados obtidos durante a análise das entrevistas, e durante todo o processo desse estudo, foi percebido que, frente às contradições de nossa época, que exige qualidade a baixo custo, no sentido de busca de soluções e identificação de caminhos para a sobrevivência das autogestões de saúde, esse fato, passa a ser a principal meta das prestadoras de serviços de saúde. Percebe-se que, o olhar da administração da CAFAZ, ainda não ajustou o foco para os meta resultados qualitativos e quantitativos, que poderiam ser alcançados para a saúde financeira da CAFAZ através do PAD, se o mesmo fosse compreendido com clareza por seus gestores e colaboradores, que parecem reduzir o mesmo, a uma utopia mobilizadora de assistência solidária, aos trabalhadores idosos e aposentados da CAFAZ, que se encontrem enfermos, acamados ou seqüelados. Por outro lado, analisou-se também, através dos depoimentos dos sujeitos, que o significado mais subjetivo do PAD que deve referenciar a missão do mesmo - que como vertente do PASQV, tem como papel desenvolver ações assistenciais de saúde aos fazendários acima de 60 anos, considerando dentro delas, a atenção a promoção á saúde dessas pessoas, e a educação para a prevenção de doenças ou complicações nas doenças já instaladas, e elevar a qualidade de vida e saúde dessa demanda, proporcional a situação física e mental em que se encontrem - não é muito bem compreendido pelos trabalhadores do PAD, percebendo-se que alguns dos sujeitos entrevistados, se mostraram confusos quanto a esses significados mais subjetivos do programa.

Diante dessa confusão de valores e significados das partes envolvidas: gestores, colaboradores da CAFAZ, e trabalhadores do PAD; o serviço, passa no momento, por uma reestruturação difícil, depois de repetidas desmobilizações de sua equipe; e procura se manter e se reafirmar, funcionando com uma equipe insuficiente, e fora de perfil, para um serviço com esse grau de complexidade. Somando-se a esse fato, um agravante – a redução drástica de

acompanhamentos domiciliares – fato que, a curto prazo, poderá resultar em indicadores financeiros negativos e de impacto para a CAFAZ.

Essa projeção pessimista se baseia em uma análise sensata, das futuras conseqüências advindas da decisão administrativa tomada em agosto-2006, que foi a de reduzir drasticamente, os acompanhamentos domiciliares, através de “Altas” a beneficiários do programa que não estivessem “acamados”, encaminhando-os para tratamento a nível ambulatorial. Quem trabalha na equipe do PAD, sabe que essas pessoas que foram desligadas do programa, não têm condições de locomoção física e motora, por serem em sua grande maioria pessoas muito idosas, seqüeladas pelas doenças crônicas e degenerativas em estágio avançado e sem condições físicas, motoras e psíquicas de se locomoverem de forma simples para se submeterem processualmente, a “via-sacra” dos atendimentos a níveis ambulatoriais e hospitalares, das várias especialidades, necessárias ao tratamento e monitoramento dos seus quadros clínicos. O que faz com que se presuma, previsível evasão aos consultórios - forma de acompanhamento proposto a essa demanda - formando hiatos perigosos e irreversíveis, no monitoramento sistemático antes realizado através do atendimento domiciliar.

No sentido de alertar os gestores da CAFAZ para esse eminente perigo, foi realizada pelo PAD em Agosto de 2005, uma análise com o objetivo de avaliar caso a caso, junto aos médicos que faziam parte da equipe do PAD, e daí fazer uma triagem cuidadosa, redimensionando os atendimentos domiciliares, com as possíveis migrações para o acompanhamento a nível ambulatorial (ver nos anexos).

Essa decisão da gestão administrativo-financeira, posta em prática em julho de 2005 - mesmo depois da avaliação do relatório feito pelo PAD, e das tentativas de diálogo com os líderes da CAFAZ - em concordância com a diretoria médica e com a Presidência da CAFAZ, fez um “vácuo” na monitoração das 450 “vidas” realizada de forma sistemática e atenta pelo PAD. Salienta-se, que quase todas as “vidas” sob a atenção do PAD eram na ocasião, de pessoas acometidas por transtornos de saúde sérios, em sua grande maioria, crônicos e degenerativos com a necessidade de acompanhamento presencial e sistemático por uma equipe multidisciplinar, e que certamente, seriam potencialmente agravados, pela falta de vigilância aos agravos sazonais desses transtornos. Sendo essa vigilância a saúde dessas pessoas, portanto, uma estratégia necessária, para o controle e tratamento das patologias crônico-degenerativas de alto risco, que faziam parte da maioria dos casos monitorados pelo PAD (síndromes metabólicas, hipertensão, diabetes, úlceras nos membros inferiores por

complicações vasculares, cardiopatias, depressões graves, doenças renais crônicas, câncer, seqüelas de acidentes vasculares cerebrais, HIV aids, psicopatias, transtornos mentais, dentre outras);

A sub-estimação desses fatos, denotaram que os gestores que participaram dessa decisão, não compreendiam de forma clara e profunda, a dinâmica e a relevância das ações desenvolvidas pelo PAD, e não conseguiram perceber, que os investimentos financeiros feitos no programa, eram investimentos estratégicos fundamentais, para o não agravamento de casos, e conseqüentes internações hospitalares prolongadas, levando a prejuízos de saúde aos associados, e a um altíssimo custo para a CAFAZ, advindo de contas hospitalares, e internações em UTIs, a médio e a longo prazo.

Salienta-se que os custos-benefício dos investimentos financeiros feitos no PAD, já foram exaustivamente justificados através de vários estudos atuariais (ver anexos), revelando-se através dos resultados destes estudos, que os custos com a assistência a nível terciário de saúde, são bem maiores do que os custos com o PAD, no que se refere à logística do serviço, e aos investimentos nos recursos humanos para configurar o serviço de forma contextualizada as complexas ações desenvolvidas pelo serviço, em número suficiente e com perfil e competência correspondente, ao adequado funcionamento do programa.

Essas reflexões poderão ser facilitadas, através desse estudo qualitativo, já que as pesquisas realizadas até então, pela CAFAZ, foram todas baseadas em investigação quantitativas, que demonstram uma estreita relação entre variáveis socioeconômicas e sociodemográficas, sempre atentas ao respeito do princípio da generabilidade dos resultados, e que deixam os gestores dos serviços de saúde.

Segundo Serapione (2000), sem informações específicas acerca dos processos que precisam ser aprofundados e que conduzem a amplitude do mundo subjetivo não conhecidas do problema; e permite também, formular e comprovar novas hipóteses.

Cuidados autênticos com as vidas assistidas pelo PAD, e com a vitalidade financeira da CAFAZ; maior abertura à participação dialógica dos colaboradores do PAD, nas decisões que digam respeito a sua funcionalidade; Maior zelo com os Recursos Humanos da Organização; Preservação dos Talentos captados pela Organização; Cultivo de valores essenciais, como

confiança e transparência, que formem uma cultura organizacional mais ética; Afirmação do empoderamento, convicção e autoridade da Presidência e Diretoria da CAFAZ, em relação à sobrevivência e sustentabilidade do PAD, que por diversas vezes em sua curta existência (2000 a 2006), já foi desfeito e refeito, deixando seqüelas de sofrimento psíquico em sua equipe - quando a cada momento, esta tem que comprovar através de pesquisas quantitativas, estudos atuariais e relatórios financeiros, a necessidade da sua existência para a CAFAZ - são algumas das sugestões dadas aos gestores, através deste estudo qualitativo, para dentre outros benefícios, minimizar o sofrimento, e maximizar o prazer dos que trabalham no PAD e na CAFAZ (colaboradores e lideranças) e para a promoção de melhor qualidade, para as “vidas” que precisam dos seus serviços.

Espero que este estudo possa subsidiar o estabelecimento de futuros protocolos e instrumentos, para os programas de atendimento domiciliar e *Home-Care*, não só do PAD / CAFAZ, em um novo tempo, como também de outras instituições públicas e privadas, que desenvolvam ações de saúde, baseadas no novo modelo de atenção a saúde, aonde envelhecer não deverá ser sinônimo de adoecer - pois a maior parte dos agravos e transtornos de saúde inerentes a essa faixa etária, poderão ser minimizados com a mudança de hábitos de vida - e aonde monitorar e tratar as doenças crônico-degenerativas seja encarado pela equipe de trabalhadores de saúde, dentro do novo conceito de produção de vida, aonde se potencializa o núcleo saudável dos seres humanos para neutralizar o que adoeceu, em vez do decadente conceito de produção de doença e morte, aonde se enfatiza a doença como uma entidade. Assim todos os serviços de saúde, públicos e privados, dentro dessa perspectiva, serão promotores de qualidade de vida, saúde, e felicidade possível. E não promotores de doença e morte.

CRONOGRAMA DE EXECUÇÃO

Junho e Julho – 2005 _____ **Apresentação do projeto a pós-graduação.**

Definição do tema, elaboração dos pressupostos, problematização, definição dos objetivos.

Agosto, Setembro, Outubro – 2005 _____ **Revisão da Literatura**

Outubro -2005 _____ **Definição da Metodologia e dos Instrumentos**

Outubro e Novembro - 2005 _____ **Aplicação das Entrevistas**

Novembro e Dezembro-2005 _____ **Obtenção e Análise de Resultados**

Janeiro e Fevereiro-2005 _____ **Elaboração do Texto Final**

Março-2005 _____ **Digitação e Correções**

Abril-2006 _____ **Exame de Qualificação**

Abril -2006 _____ **Revisão de Texto**

Maiio-2006 _____ **Defesa da Dissertação**

Junho-Dezembro-2006 _____ **Publicação da Dissertação**

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N. **Transdisciplinaridade e Saúde Coletiva**. In: **Ciência & Saúde Coletiva**, vol II, n.01/02, 1997.

ANDREAZZI, M.F.S. **O seguro-saúde privado no Brasil**. Dissertação de Mestrado. Rio de Janeiro: ENSP/Fiocruz, 1991.

ANDRADE, L.O.M. **“Promovendo educação á saúde integrada à assistência curativa, como fator de impacto a saúde a um menor custo”**. Palestra promovida pelo PAD, proferida pelo Sr, Secretário de Saúde do Município de Fortaleza, para os gestores, os auditores, conselhos administrativo e fiscal, e colaboradores da CAFAZ. 30 de maio de 2005.

_____. **Sistema Municipal de Saúde Escola de Fortaleza**. *Jornal O Povo* Matéria publicada na coluna OPINIÃO, Fortaleza-Ce.22 de abril de 2006. Pg.7.

AQUINO, C.P de. **Administração de Recursos Humanos** – Uma introdução. São Paulo, Atlas, 1979, p.172.

ARENDT, H. **Origens do Totalitarismo**. Tradução de Roberto Raposo. 4ª. edição. São Paulo: Companhia das Letras, 2000..

BARROS, S.R.T.P. de BRÁZ, M. G; CRUZ, I.C.F. da. Pós-Graduação em *Home Care*: uma exigência pela qualidade. In: **Revista Brasileira de Home Care**, p.34-36, dez.1999.

BOFF, L. **Saber Cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999.

BORGES (org.), L.de O. **Os profissionais de saúde e seu trabalho**. Casa do psicólogo, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas operacionais da Agência Nacional de Vigilância a Saúde–ANVISA**.Disponível em:<file:///A:/portaria 1384 arquivos/portaria1384gm.html>.acesso em 02.out.2005.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria 1395/GM. Política de Saúde do Idoso**, em 10 de dezembro de 1999. DOU de 13.12.1999.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Saúde do Idoso**. Disponível em: <file:///A:/portaria 1395_arquivos/portaria1395gm.html>. Acesso em 05 out. 2005..

_____. Ministério da Previdência Social – **Registro de Acidentes de Trabalho**. Disponível em:<file:///A:/portaria 1240_arquivos/portaria1240gm.html>.Acesso em 05.out.2005

_____. Ministério da Saúde, **Avaliação de Saúde em Enfermagem do Trabalho**. Disponível em <<http://usuários.uninet.com.br/~ivob>> Acesso, março.2005.

BULHÕES, I. **Riscos do trabalho de enfermagem**. Disponível em: <<http://usuários.uninet.com.br/~ivob>>. Acesso em: 23 mar. 2005.

_____. **Avaliação de Saúde em Enfermagem do Trabalho**. Disponível em: <<http://usuários.uninet.com.br/~ivob>>. Acesso em 23 mar.2005.

_____. **Os anjos também erram**. <http://usuários.uninet.com.br/~ivob>.1999.

CABRAL, A. C. de A. **A Aprendizagem e o Conhecimento organizacionais**. In: Histórias de Aprendizagem: Um Estudo de Caso no Setor de Telecomunicações. Belo Horizonte, 2001 (Tese de Doutorado) Universidade Federal de Minas Gerais) Cap. 2. p.22 á 38.

CANADIAN *HOME CARE ASSOCIATION MISSION*. Disponível em: <<http://www.hc-sc.gc.ca>>. Acesso: em 20 ago. 2004.

CAPRA, F. **O Ponto de Mutação**. São Paulo: Ed. Cultrix, 1982.

CARTA DE OTAWA – **I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**, 1986.

CARNEIRO, V.C. **Auditoria de Planos de Saúde em Atendimento Domiciliário**. Monografia apresentada em curso de especialização em Auditoria em Saúde. Universidade Estadual do Ceará, 2005.

CBHPM.(2003).**Classificação Brasileira Hierarquizada de Procedimentos Médicos**. julho, 2003

CICACCIO, A. M.; FERREIRA, L. L.. A violência Invisível. In: **Caros Amigos**, n.24, mai. 1999.

CHANLAT, J. F. **O indivíduo na organização**. Volume I.3. ed. São Paulo:Atlas,1996.

CODO, W.S; J. J. C; A. H. **Indivíduo, trabalho e sofrimento: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis.Vozes, 1988.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA.**Código de ética médica**. CFM. 2003.

CONRADI, C.D.O. **Comportamento Humano em Administração de Empresas**. São Paulo: Pioneira, 1985.

CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMAGEM (CIE). **Registros de Acidentes de trabalho com profissionais da área de Saúde** - Comitê Permanente de Enfermagem da União Européia – dez. 2004.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. **Estudo sobre o mercado de trabalho e as taxas de desemprego de profissionais da área de saúde**. CFM, 2004.

CORREIA, J. F. **Atendimento Domiciliar**: Novo enfoque na satisfação dos usuários vinculados à Caixa de Assistência dos funcionários do Banco do Brasil, Unidade Ceará. Monografia apresentada ao Curso de Especialização em Administração Hospitalar da Universidade Estadual do Ceará, 2001.

COSTA, J.F. **Ordem Médica e Norma Familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

CRUZ, L. **Assistência Domiciliar: Estudo sobre a formação de profissionais e a prestação de serviços no estado de São Paulo**. Dissertação FGV/EAESP, 1999.

DAMÁSIO, A. R. **O Erro de Descartes, emoção, razão e cérebro humano**. Fórum da Ciência, Portugal: Publicações Europa-América, 1995.

DANTAS, R. A. **Satisfação dos clientes em atendimento domiciliário de uma empresa em Fortaleza**. Monografia (Especialização) – Centro de Estudos Integrados, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2005. 72p.

DEBERT, G. G. **A Reinvenção da Velhice**. 1ª. ed. São Paulo: EDUSP, 1999.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de Psicopatologia do trabalho**. São Paulo: Cortez, 1992.

_____. **A Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações**. Em CHANLAT, Jean-François (Coord.) **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. 3ª.ed. São Paulo. Atlas.

_____. **O Fator Humano**. Rio de Janeiro: FGV, 2003.

_____. **Conferências Brasileiras: Identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho**. São Paulo: Edições FUNDAP:EAESP-FGV, 1999.

_____. Inteligência operária e organização do trabalho: a propósito do modelo japonês de produção. *In*: Hirata H, organizador, **Sobre o “modelo” japonês**. São Paulo: Edusp, 1993.

_____. **A banalização da injustiça social**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1999.

DEJOURS, C; ABDOUCHELI, E; JAYET, C; organizadores. **Psicodinâmica do trabalho**. São Paulo: Atlas, 1994.

DELEUZE, G; **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1985.

DE MASI, D. **O Futuro do Trabalho**: Fadiga e Ócio na Sociedade Pós-Industrial. Rio de Janeiro: José Olympio, 2003.

Dicionário Enciclopédico Ilustrado **TUDO**. Abril Cultural. São Paulo, 1977.

DIECKMANN, J. Home Health Administration: An Overview. *In*: HARRIS, M. **Handbook of Home Care Administration**. USA: Aspen Publication, 1997.

_____. *In*: MENDES, W. **Home Care: uma modalidade de assistência à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ. UnATI, 2001.

DUTRA, J. S. **Gestão de Pessoas: modelo, processos, tendências e perspectivas**. São Paulo, Ed. Atlas, 2002. 210p.

ENRIQUEZ, E. Prefácio *IN*: DAVEL, E; VASCONCELOS, J. (orgs) **“Recursos Humanos e Subjetividade**. Petrópolis: Vozes, 1996.

ESCOBAR, C.H. **Dossiê Deleuze**. Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991.

ETZIONI, A. **Organizações Modernas**. São Paulo: Pioneira, 1974.

FERREIRA. **Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1985.

FERRETI, J. Celso; ZIBAS, Dagmar (orgs.) (1994) **Tecnologias, Trabalho e Educação**. Petrópolis: Vozes.

FIGUEIREDO, N; TONINI, T. organizadoras. **Gerontologia**: atuação da enfermagem no processo de envelhecimento. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2006.

FISCHER, R. M. **A Modernidade de Gestão em tempos do cólera**. São Paulo, Revista de Administração.v.27, n.4,p.58-64, outubro/dezembro,1992.

FORD, H. **Minha vida, minha obra**. Rio de Janeiro: Brand, 1954 (Caps. 1-4).

FOUCAULT, M. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. *In*: CHANLAT, J.F. (org) **O indivíduo na organização: dimensões esquecidas**. São Paulo: Atlas, 1992.

_____. **Vigiar e Punir**. Petrópolis: Vozes, 1987. (3ª. parte, cap.1).

_____. **As palavras e as Coisas**. São Paulo: Martins Fontes,1992.

_____. **O Nascimento da Clínica**.Rio de Janeiro: Forense Universitária,1987.

_____. **Microfísica do Poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal,1982.

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A, 2000.

FREUD, S. (1930/1974). O mal estar na civilização. *In*: **Pequena coleção das obras de Freud**. Rio de Janeiro: Imago.(Livro 8).

GARCIA, R.M. **A base de uma administração autodeterminada: o diagnóstico emancipador**. Revista de Administração Pública, 18 (3):120-39,1984.

GERARD. G & TEURFS. L. **Diálogo e Transformação Organizacional**. Texto retirado da Internet, site David Peat. março.2000.

GUI, R. T. **Prazer e Sofrimento no Trabalho: Representações Sociais de Profissionais de Recursos Humanos**. Revista Psicologia Ciência e Profissão, 2002.22 (4). pgs. 86-93.

GUIMARÃES, R. et al. **Saúde e Sociedade nos anos 80**. Rio de Janeiro: Relume Dumará,1994.

GORS, A. (Org.).**Crítica da divisão do trabalho**. São Paulo: Martins Fontes, 1980. p. 39-77

HABERMAS, J. **Teoria de la Accion Comunicativa – Crítica de la Razón Funcionalista**. Madrid: Altea, Taurus, Alfaguara S.A., t.1 e 2, 1998.

HAMEL. G; PRAHALAD. C.K; **Competindo pelo Futuro**, 13.edição, Editora Campus, São Paulo, 1998.

_____. **Técnica e Ciência como Ideologia**. Lisboa: Edição 70, 1968.

HOLANDA, B. A. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

KALISCH, P. A. & KALISCH, B. J. **The Advance of American Nursing**. Boston:Little & Brown, 1978.

KELLY, L. Y. **Dimensions of Professional nursing**. Nova York: Macmillan, 1985.

LAKATOS, E. M.; MARCONDI, M. A. **Fundamentos de Metodologia Científica**. São Paulo: Atlas, 2001.

LAURELL, A.C. Trabajo y salud: estado del conocimiento. *In: Debates em Medicina Social* (S.Franco,E.D.Nunes,J.Breihl & A.C. laurell,orgs), pp. 249-339.Quito: OPAS, 1991.

LAVILLE, J.L. **Une troisième voie pour le travail**. Paris: Desclée de Brower, 1999.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. Santa Maria: Pallotti, 2001.

LIMA, M. J. de. **O que é Enfermagem**. 3ª.ed. São Paulo: Brasiliense, 2005.

MAYO, E. **Problemas humanos de uma civilização industrial**. Buenos Aires: Galates, 1959. (Caps. 3-5).

MALIK, A.M; **Avaliação, Qualidade, Gestão ...** para trabalhadores da área de saúde e outros interessados. Rhodia Hospitalar.Editora SENAC. São Paulo,1996.

_____ **Desenvolvimento de Recursos Humanos, Gerência de Qualidade e Cultura das Organizações de Saúde**. Revista de Administração de Empresas; São Paulo, v.32,n.4,p.32-41, set/out.1992.

MARRAS, J. P. **Administração de recursos humanos: do operacional ao estratégico**. São Paulo: Futura, 2000.

MARTINS, C.B; **O que é Sociologia**. 27ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.

MATOS, M. B. J. **Auditoria Médica: O Atendimento Domiciliar na Atualidade.** Monografia de curso de especialização em Auditoria em Saúde da Universidade Gama Filho. Rio de Janeiro, em parceria com a Universidade Unimed Minas Gerais. 2005.

MARX, K. **O Capital** Vol.1 e 2, 2ª. Edição. São Paulo: Nova Cultura, 1985.

MEDA, D. **O trabalho: um valor em extinção.** Lisboa: Edições Fim de Século, 1999.

MENDES, E.V. **O Distrito sanitário.** Rio de Janeiro, CEBES/HUCITEC, 1993.

MENDES, W. **Home Care: Uma modalidade de assistência á saúde.** Rio de Janeiro: UERJ UNATI, 2001.

MINAYO, M. C. de S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde.** 5ª.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco, 1998.

_____ (Org.). **Pesquisa Social: teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1998.

_____ **Quantitativo – Qualitativo: Oposição ou Complementaridade?** Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro 9:239-269,1993.

MOLLER, C. **O lado humano da qualidade.** São Paulo, Editora Pioneira, 2004.

MORAES NETO, B. R. **Marx, Taylor, Ford: as forças produtivas em discussão.** São Paulo: Brasiliense. (Caps.1 e 2).

NOGUEIRA, J.C. Negros e o mundo do trabalho. *In: O (des)emprego no país do real.* São Paulo: Partido dos Trabalhadores, 2000.

NUNES, L. A. R. **Comentários à lei de plano e seguro-saúde (Lei n.9.656/98, de 3.6.1998).** São Paulo: Saraiva, 1999.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados Inovadores para Condições Crônicas: Componentes Estruturais de Ação – relatório mundial.** Brasília, 2003.

PAIM, J. S. **A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais.** *In: ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia & Saúde.* Rio de Janeiro: MEDSI, 1994.

_____. **Construção de um modelo de atenção á saúde:** implantação e implementação do SUS nos três níveis do governo. Palestra proferida no Encontro Regional do CONASEMS, Porto Seguro - Bahia, 11 jun. 1998.

PARECER CREMEC N.04/2001. 17.03.01. **Atendimento Domiciliar (*Home Care*).** Comissão de Fiscalização do CREMEC. Disponível em <<http://www.cremec.com.br/pareceres/2001/par0401.htm>>. Acesso em: 23 mar. 2005.

PITTA, A. **Hospital: Dor e morte como ofício.** São Paulo: Hucitec, 1999.

_____. **Sintomas de sofrimento psíquico, desde stress, transtornos mentais em funcionários do Hospital Humberto Primo.** Tese de doutoramento (nov.1998 à abril 1989)

POLIT, D. F. ; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem.** 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

RAVLIN, E. C. & MEGLINO, B. M. (1989). **The transitivity of work values hierarchical preferences ordering of socially desirable stimuli.** *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 44,494-508.

REVISTA BRASILEIRA DE *HOME CARE*. Out.2003, n.102; Nov.2004, n.115; Abr.2004, n.108; Jun.2004, n.110; Jul.2004, n.111; Mar.2004, n.107; Ago.2004, n.112.

RIMED. **Manual do *Home Care* para Médicos e Enfermeiras.** São Paulo, 1999.

SANTOS, S. M. **Idosos: Família e Cultura.** 1ª. ed. Alínea, 2003.

SCHANAPPER, D. **Contra o fim do trabalho.** Conversa com Phillipe Petit. Lisboa: Terramar, 1988.

SCHEIN, E. H. **Organizational culture.** *American Psychologist*. vol.45(2). Pp.109-119. feb.1990.

SCHÖN. D. A. **Organizational learning. A theory in action perspective,** MA: Adisson-Wesley,1978.

SENGE, P. M. **A Quinta Disciplina: Arte e Prática da Organização que Aprende.** SP, Best Seller .2003. Parte I. p. 35 á 86.

SERAPIONI, M. **Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: Algumas estratégias para a integração.** Revista Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v.5, n.01, pp.187-192, 2000.

SHRIVASTAVA, P. (1985). **Strategy integrating formulation with organizational culture.** Administrative Science Quarterly. Vol 28 (3), 1985.

STRATTON, P. & HAYES, N. **Dicionário de Psicologia.** Editora Pioneira, São Paulo, 1994.

TAMAYO, R. **Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais.** Dissertação de Mestrado. Universidade de Brasília, 1997.

TAMAYO, R. (Org.). **Cultura e Saúde nas Organizações.** Porto Alegre: Artmed, 2004.

TAYLOR, F. **Princípios de administração científica.** São Paulo: Atlas, 1987.

UNIDAS. **Autogestão em saúde no Brasil:1989-2005 - História da Organização e Consolidação do Setor.** São Paulo: UNIDAS - União das Instituições de Autogestão em saúde, 2005.

VON BERTALANFY, L. **Teoria geral dos sistemas.** Petrópolis: Vozes, 1973. (p.52-81)

ANEXOS

1. Termo de Consentimento

Caro integrante da equipe multidisciplinar do PAD,

Estamos desenvolvendo uma pesquisa intitulada PAD-CAFAZ: Significados atribuídos por trabalhadores. Nessa segunda fase do estudo estamos entrevistando alguns trabalhadores de saúde, lançando algumas perguntas relacionadas ao seu trabalho no atendimento domiciliar. Este estudo tem por finalidade conhecer um pouco mais sobre os significados atribuídos pela equipe ao PAD; para podermos melhorar a abordagem e o tratamento concedidos a vocês, e aos associados integrantes ao programa.

Assim gostaríamos de contar com a sua participação, na realização dessa entrevista. Informamos que a pesquisa não traz risco á sua saúde e que a mesma não lhe trará nenhum prejuízo econômico ou social. Se necessário, pode entrar em contato com a pesquisadora Enfermeira Rosane Costa Nóbrega, fone: 9116 0290.

Assinatura da pesquisadora

Tendo sido informado (a) sobre a pesquisa, concordo em participar da mesma.

Nome _____

Para que este estudo tenha validade, é muito importante que você responda cada questão cuidadosamente e de forma sincera. Sua participação nesta pesquisa contribuirá para o planejamento de ações de saúde mais eficazes junto a você.

Este entrevista é totalmente anônima e as questões são confidenciais.

Obrigada pela sua colaboração.

2 – Você acredita que o profissional que atua na equipe do PAD, deva ter alguma especificidade em termos de atuação? (conhecimentos, habilidades, técnicas, atitudes)_____

3– Quais os instrumentos e condutas que são aplicadas em sua atuação?

4–Como você estabelece vínculos com o seu cliente, a família, a equipe, e a gestão do PAD?

5 –Que sentimentos você experimenta na sua atuação profissional nesse programa?

Foto da equipe administrativa, do PAD em Junho de 2005: Meirilane (Agente administrativa), Alessandra (enfermeira) Rosane (enfermeira gerente administrativa do PAD), Humberto (estagiário de Ciências Atuariais), Cirlandy (Assistente Social).

Quem Faz a CAFAZ: A Dra. Rosane Nóbrega, entrou para o time da CAFAZ no dia 1. de dezembro de 2004, exercendo a função de Coordenadora administrativa do PAD- Programa de Atendimento Domiciliar. Ela é enfermeira cursando mestrado em Administração em Recursos Humanos. Segundo Rosane, uma das metas instigadas por esse cargo, é o de colaborar com a CAFAZ, revitalizando o PAD, dando ênfase a promoção da saúde, integrando-a a assistência curativa de seus associados. Durante o ano de 2004, esse setor passou por algumas modificações e esteve sob a coordenação administrativa da médica Dra. Ana Cristina Carneiro Nunes e do médico Dr. Luiz Klewton Batista de Oliveira, estando a partir de agora sob a coordenação da enfermeira Dra. Rosane Costa Nóbrega. Caso o usuário queira tirar dúvidas, fazer reclamações ou qualquer solicitação pode se dirigir à coordenadora administrativa do PAD, ou então através de e-mail para **roxanenobrega@cafaz.org.br**.

(Jornal da CAFAZ – Fortaleza/Ce-Ano XII – N.47-23/dez/2004)

Ação de Promoção a Saúde para os beneficiários do Plano CAFAZ – Ciclo de Palestras/2005. Janeiro. Tema 1: Cuidando de sua Coluna. Palestrante: Luiz Henrique (Fisioterapeuta) – Locais: CAFAZ e CEXAT's.

Ciclo de Palestras/2005. Fevereiro. Tema 2: Alerta Diabetes. Palestrante: Rosane Nóbrega. (Enfermeira com especialização em Educação em Diabetes, pela Sociedade Internacional de Diabetes) – Locais: CAFAZ e CEXAT's.

Ciclo de Palestras/2005. Março. Tema 3: Trabalhando e Prevenindo o Estresse. Palestrante: Edenise Unger. (Psicóloga) – Locais: CAFAZ e CEXAT's.

Ciclo de Palestras/2005. Abril. Tema 4: O que é Hipertensão. Palestrante: Rosane Nóbrega.(Enfermeira) – Locais: CAFAZ e CEXAT's.

Performance – O CUIDADO. Apresentação Teatral referenciada na fábula grega de Higinus sobre o Cuidado, para o encerramento do I Curso de Cuidadores, promovido pelo PAD/Maio:2005. Encenação feita pela equipe técnica do PAD (Rosane, Alessandra, Cirlandy, Gisele)

Calendário de atividades educativas para associados do PAD/CAFAZ – janeiro/setembro-2005

Janeiro – Série de palestras interativas nos núcleos da SEFAZ. Tema: Cuidados com a Coluna.

Fevereiro – Série de palestras educativas nos núcleos da SEFAZ (capital e interior) Tema: Alerta Diabetes. Detecção de diabetes através do exame de glicemia, e distribuição de material educativo.

Março – Série de palestras educativas nos núcleos da SEFAZ (capital e interior) Tema: Alerta Hipertensão. Detecção de hipertensão através de medição da pressão, e distribuição de material educativo.

Abril e Maio – Campanha de vacinação contra Gripe – Associados do PAD/CAFAZ. Aplicação em domicílio da vacina Influenza nos idosos associados ao PAD; Instalação de posto de vacinação no PAD, para associados ao plano CAFAZ. Postos de vacinação nos núcleos da SEFAZ nos municípios (Sobral, Limoeiro, Russas, Ibiapaba, Juazeiro do Norte)

Junho e Julho – Campanha de Prevenção ao Câncer de Próstata – Associados do PAD/CAFAZ. Realização de exames de PSA.

Agosto e Setembro - Curso para Cuidadores Familiares de Idosos – famílias dos associados ao PAD/CAFAZ.

Metas para o segundo semestre de 2005: PLENITUDE (Refazer e Reviver)

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)