

Acolher Cidadão:

*estratégia de aperfeiçoamento
do SUS em Quixadá, Ceará*



ORGANIZADORES

Cleide Carneiro

Erasmio Miessa Ruiz

Lucyla Paes Landim

José Jackson Coelho Sampaio

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

REITOR

José Jackson Coelho Sampaio

VICE-REITOR

Hidelbrando dos Santos Soares

EDITORA DA UECE

Erasmio Miessa Ruiz

CONSELHO EDITORIAL

Antônio Luciano Pontes	Lucili Grangeiro Cortez
Eduardo Diatahy Bezerra de Menezes	Luiz Cruz Lima
Emanuel Ângelo da Rocha Fragoso	Manfredo Ramos
Francisco Horácio da Silva Frota	Marcelo Gurgel Carlos da Silva
Francisco Josênio Camelo Parente	Marcony Silva Cunha
Gisafran Nazareno Mota Jucá	Maria do Socorro Ferreira Osterne
José Ferreira Nunes	Maria Salete Bessa Jorge
Liduina Farias Almeida da Costa	Silvia Maria Nóbrega-Therrien

CONSELHO CONSULTIVO

Antônio Torres Montenegro UFPE	Maria do Socorro Silva Aragão UFC
Eliane P. Zamith Brito FGV	Maria Lírida Callou de Araújo e Mendonça UNIFOR
Homero Santiago USP	Pierre Salama Universidade de Paris VIII
Ieda Maria Alves USP	Romeu Gomes FIOCRUZ
Manuel Domingos Neto UFF	Túlio Batista Franco UFF

Acolher Cidadão:

*estratégia de aperfeiçoamento
do SUS em Quixadá, Ceará*



ORGANIZADORES

Cleide Carneiro
Erasmio Miessa Ruiz
Lucyla Paes Landim
José Jackson Coelho Sampaio

Fortaleza – 2018

Copyright 2018 © Cleide Carneiro, Erasmo Miessa Ruiz, Lucyla Paes Landim e José Jackson Coelho Sampaio (org.)

Direitos adquiridos pela Editora da Universidade Estadual do Ceará – EdUECE, para esta edição. Vedada, nos termos da lei, a reprodução total ou parcial deste livro sem autorização da editora.

EDITORA DA UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ – EDUECE

Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60714-903 – Tel: (85) 3101-9893
www.uece.br/eduece – E-mail: eduece@uece.br

LABORATÓRIO DE HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO EM SAÚDE – LHUAS

Av. Dr. Silas Munguba, 1700 – Campus do Itaperi – Reitoria – Fortaleza – Ceará
CEP: 60.740-000 – Tel/fax: (85) 3101.9759
Fortaleza, CE - Brasil
e-mail: cmppsm_uece@yahoo.com.br

Preparação de originais: Cleide Carneiro e Lucyla Paes Landim

Revisão de originais: José Jackson Coelho Sampaio

Coordenação editorial: Lucyla Paes Landim e Erasmo Miessa Ruiz

Projeto gráfico: Lucyla Paes Landim

Fotos da capa: Chico Gomes

Editoração: Angela Barros

Bibliotecária: Lúcia Oliveira CRB - 3/304

A185 Acolher cidadão: estratégia de aperfeiçoamento do SUS em Quixadá, Ceará [Recurso eletrônico] / organizadores, Cleide Carneiro...[et al.]. - Fortaleza : LHUAS, EdUECE, 2018. 150p.

Referências bibliográficas no final dos capítulos.
ISBN - 978-85-7826-599-1

1. Saúde Pública - Ceará. 2. Humanização em saúde. 3. Acolhimento. 4. Trabalho em saúde - Quixadá. I. Carneiro, Cleide. II. Ruiz, Erasmo Miessa. III. Sampaio, José Jackson Coelho. IV. Landim, Lucyla Paes.

CDU : 614

Aos trabalhadores de saúde de Quixadá, que se dedicam na construção de um SUS acolhedor para todos.

SUMÁRIO

Apresentação - Construindo o sistema de saúde público de Quixadá • 7

Maria Ivonete Dutra Fernandes

Introdução - Falando de saúde na terra dos Monólitos • 13

José Jackson Coelho Sampaio, Cleide Carneiro, Erasmo Miessa Ruiz, Lucyla Paes Landim

A humanização da saúde • 21

José Jackson Coelho Sampaio

Oficinas de conversação sobre o acolhimento • 27

Lucyla Paes Landim

Política, planejamento e administração em saúde: um desafio técnico, político e psicossocial • 35

José Jackson Coelho Sampaio e Ernani Vieira de Vasconcelos Filho

Acolhimento, conhecimento e competência: educação continuada em saúde • 57

Cleide Carvalho

Saúde, trabalho e qualidade de vida • 77

Erasmo Miessa Ruiz

Ultrapassar as fronteiras da hierarquia construindo um grupo operativo e interacional: uma experiência de acolhida e escuta • 91

Sandra Maia Farias Vasconcelos e Katiana Moura Rocha

Introdução à tanatologia para trabalhadores de saúde • 111

Erasmo Miessa Ruiz e Narah Cristina Maia Teixeira

Acolhendo as falas de quem faz saúde em Quixadá • 123

Cleide Carneiro, Erasmo Miessa Ruiz, Lucyla Paes Landim, José Jackson Coelho Sampaio

Anexo I - Projeto Acolher Cidadão: qualidade de vida e humanização no trabalho em saúde • 139

Anexo II - Relação dos participantes do curso teórico • 147

Sobre os autores • 153

Construindo o sistema de saúde público de Quixadá

Maria Ivonete Dutra Fernandes

A construção do sistema de saúde público em Quixadá reflete a luta pela consolidação do Sistema Único de Saúde na validação dos seus princípios. Uma luta permanente partilhada entre os usuários, trabalhadores e gestores. A gestão tem buscado construir uma relação verdadeira de confiança com a população deixando claro as dificuldades para garantir o acesso a alguns serviços, socializando as conquistas, buscando as soluções em conjunto.

O processo de participação popular vem sendo motivado pela administração municipal como um dos principais valores a ser perseguidos no plano de governo, pela orientação clara e decisiva do prefeito Ilário Marques.

No ano de 2001, no retorno à gestão do Município, as diretrizes da sua primeira gestão no período de 93 a 96, que teve marcos históricos importantes na saúde, com repercussão inclusive no País, pela implantação pioneira do Programa Saúde da Família e a política da saúde mental, teve a responsabilidade e o compromisso de convocar e realizar de imediato, junto com a Secretária de Saúde Rachel Marques e equipe uma Conferência Municipal de Saúde, quando não tinha prazo legal exigido, mas pela definição de governo por uma gestão compartilhada.

Iniciou-se então um processo de reestruturação do sistema de saúde, adotando-se como estratégia prioritária o fortalecimento da atenção primária nas 14 áreas descentralizadas de saúde, com a contratação de profissionais, capacitação em áreas específicas para os trabalhadores, assistência farmacêutica efetiva, estratégias para uma maior participação da população na política de saúde. Também foi priorizado a implantação de novos serviços, abertura do centro cirúrgico do hospital, traumatologia com cirurgia 24 horas, odontologia especializada. Com todo o incremento, o Município constituiu-se pólo da 8ª Microrregião de Saúde, de acordo com a NOAS/01.

Estabelecido as diretrizes gerais da atuação do sistema, foi decisivo garantir o suporte estruturante da rede como elemento estratégico na organização dos serviços, que exigiu investimentos significativos na estrutura física através da ampliação, construção e aquisição de equipamentos para 12 unidades básicas de saúde, possibilitando a implantação da saúde bucal, observação por 08 horas na UBS; aquisição de veículos; ampliação e novos equipamentos para o Hospital Municipal, constituindo-se de centro cirúrgico, nova emergência; adequação e equipamentos para instalar a Clínica de Especialidades Médicas. Os investimentos ocorreram tanto na área da assistência à saúde como na vigilância à saúde, com a construção do Centro de Zoonoses, tornando-se o “Centro de Vigilância à Saúde”, integrando a vigilância ambiental, sanitária e epidemiológica.

Mediante a execução do Plano Municipal de Saúde, fazia necessário uma avaliação mais precisa da população quanto ao sistema local de saúde, assim, foi contratada uma pesquisa pelo SINE/IDT que entrevistou 500 (quinhentos) usuários, especificamente sobre a assistência da rede básica. Dentro dos quesitos apresentados, constatou-se que havia um nível satisfatório em relação a assistência, porém, era necessário melhorar o atendimento. A população queria e exigia ser melhor acolhida nas unidades, dentre outras variáveis.

Algumas medidas foram adotadas para garantia do acesso e da humanização: ampliação do número de equipes do PSF; espaço adequado das condições de trabalho nas Unidades Básicas, que também é determinante para a humanização do serviço; a coleta descentralizada dos exames laboratoriais, que anteriormente os usuários realizavam numa única unidade, e com a descentralização, todas as unidades básicas realizam a coleta e o laboratório central realiza os exames e encaminha o resultado, reduzindo as filas, as despesas com deslocamento dos usuários; a descentralização da marcação dos exames radiodiagnósticos para as unidades, que também reduziu as filas; a aquisição de novos transportes para o tratamento fora do domicílio: uma UTI móvel e um microônibus climatizados, assegurando maior conforto; o fortalecimento do Conselho Municipal de Saúde e a criação dos conselhos locais de saúde.

No ano de 2004 o prefeito foi reeleito, a administração reconduzida, avaliou-se positivamente alguns indicadores de resultados no âmbito geral quanto a urbanização, número de habitação popular, unidades sanitárias, redução do analfabetismo, política da agricultura familiar, controle

social, com grande destaque a realização do Congresso da Cidadania ocorrido em 2003, precedido de inúmeros pré-congressos; redução significativa do número de pacientes transferidos para internação na macroregião de saúde – em torno de 50%; redução da mortalidade infantil de 28/1.000 para 16/1000; mortalidade materna zero; dentre outras várias metas alcançadas com o Plano Municipal de Saúde.

As mudanças desejadas no modelo assistencial da saúde exigiam alterações na gestão das unidades, modificações subjetivas, tanto na relação entre usuários e trabalhadores, como na relação entre os trabalhadores e os gestores, algo que não poderia ser decretado, ser comprado, pressupondo a necessidade de um trabalho decisivo, contínuo, na formação dos trabalhadores, na comunicação mais ampla com a população e os encontros sistemáticos de trabalhadores/gerentes/gestores. Fazia-se necessários utilizar as ferramentas de gestão de serviços, planejamento, avaliação, construir uma relação baseada no entendimento, no diálogo, na escuta, onde todos fossem parte, protagonistas do processo, traduzindo no produto maior esperado – Humanização da saúde pública.

A parceria era determinante, então, foi elaborado um Projeto intitulado **Acolher Cidadão**, pois acolhimento era a palavra chave, e pleiteado o financiamento junto ao Ministério da Saúde.

O projeto vem sendo realizado pela Universidade Estadual do Ceará - UECE através do LHUAS - Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde e tem como objetivo uma formação ampla dos trabalhadores no tocante ao Sistema Único de Saúde - SUS, buscando a incorporação dos seus princípios de forma integrada e solidária, bem como a produção e incorporação de saberes a partir das práticas de trabalho para a implementação da humanização da saúde pública.

Com aproximadamente dois anos de desenvolvimento do Projeto Acolher Cidadão observa-se mudanças importantes no acesso e humanização do serviço, principalmente quanto a melhor satisfação da população e dos trabalhadores. Em relação a estes últimos, a secretaria realizou dois concursos públicos visando abolir a desprecarização do trabalho. Ocorreu maior envolvimento da população na política de saúde, dentre outros avanços, que deve melhor ser colocados pelos trabalhadores, fazendo-se necessário também uma avaliação mais precisa pela população. Entretanto, compreende-se que a Secretaria de Saúde está perseguindo o propósito e a determinação de mobilizar e garantir as condições para a Humanização,

incorporando os princípios do respeito à diversidade, à subjetividade, aos direitos dos usuários, numa construção contínua, que exige olhares efetivos para a gestão do trabalho e educação na saúde, que interferiram de forma decisiva na melhoria das condições de saúde, buscando cumprir sua missão – **a defesa da Vida** – como eixo estruturante das práticas do SUS.

Maria Ivonete Dutra Fernandes

Secretária de Saúde de Quixadá

Quixadá, dezembro de 2006

INTRODUÇÃO

Falando de saúde na terra dos Monólitos

José Jackson Coelho Sampaio, Cleide Carneiro, Erasmo Miessa Ruiz, Lucyla Paes Landim

O “Projeto Acolher Cidadão” nasceu de uma determinação dos gestores municipais, Prefeitura Municipal e Secretaria Municipal de Saúde, e dos trabalhadores da saúde e usuários do Sistema Único de Saúde - SUS de Quixadá – Ce.

A partir de pesquisa feita com os usuários e trabalhadores da saúde do município, os gestores identificaram os seguintes problemas em sua rede assistencial: 1. *Relações Humanas*: dificuldades de relacionamento dos profissionais de saúde entre si, com os usuários, e entre profissionais, usuários e gestor público; 2. *Gestão dos Serviços*: ineficiência no gerenciamento dos serviços e ausência de participação dos usuários; 3. *Humanização dos Serviços e da Assistência*: este é o ponto principal, que envolve todos os demais, identificando junto aos usuários queixas referentes ao descaso, desatenção, longas filas, demora para se conseguir atendimento nos serviços; por outro lado, os trabalhadores da saúde se queixavam da falta de educação dos usuários, violência, desrespeito.

Com esta problemática delineada, os gestores do município enviaram ao Ministério da Saúde (MS) o projeto “*Acolher Cidadão: humanizando o atendimento a saúde*” requerendo verba para capacitar trezentos (300) trabalhadores da saúde deste município, o equivalente a 50%. O MS acolheu o projeto e liberou o recurso que permitiu ao município fazer parceria com a Universidade Estadual do Ceará – UECE para juntos desenvolver o projeto de capacitação. O grupo de professores vinculados ao Laboratório de Humanização da Atenção à Saúde – LHUAS elaborou, e executou este projeto de capacitação que tem por base os princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização – PNH e da Política Estadual de Humanização do Ceará – PEH/Ce.

Sabemos que o processo de construção do SUS no Brasil, nos últimos 14 anos, possibilitou avanços na descentralização da atenção, visan-

do concretizar os princípios de hierarquização, universalidade e aumento da equidade nos cuidados estendidos à população. Entretanto, ainda há aspectos contraditórios neste cenário de mudanças que requer urgente intervenção mediante a importância que assumem na consolidação da política exigida para o setor.

Os serviços e ações em saúde demandam maior complexidade de planejamento, de organização, de gestão e de execução na ponta, complexidade esta que deriva não apenas dos desafios impostos pela organização do trabalho em si, mas, sobretudo da necessidade de harmonizar o processo de trabalho com o produto final almejado, qual seja a promoção de saúde e bem-estar.

A fragmentação do processo de trabalho nos dias atuais, e em particular, o trabalho em saúde, se mostra responsável pelo esgarçamento das relações entre os profissionais, gerando precária interação nas equipes e despreparo para lidar com dimensões subjetivas na prática cotidiana dos cuidados em saúde.

Esta situação, também ressaltada pela PNH, tem gerado como resultado a cronificação dos modos de operar o sistema de atenção implantado, a burocratização, processos verticalizados de prestação dos cuidados, além do baixo investimento na qualificação dos trabalhadores que deve ser voltada para a gestão participativa e trabalho em equipe.

São estas questões que inquietaram os gestores de Quixadá-CE, e que se colocam como desafios para todos os envolvidos na construção e consolidação do SUS neste município e em nosso país.

1. O contexto Quixadá

O município cearense de Quixadá, com 75.000 habitantes e sede de microrregião de saúde com 300.000 habitantes, historicamente vem implantando experiências exitosas no campo da saúde que continuam em permanente desenvolvimento crítico até a presente data. Fazendo um retrospecto de algumas destas experiências, em 1993 o município iniciou duas políticas sociais, ambas originais em suas concepções, na capacidade de sobreviver a descontinuidades político-administrativas e no poder de proporcionar experiências locais que depois germinam experiências nacionais.

Uma delas transformou as idéias iniciais de Médico de Família e de Agente Comunitário de Saúde, em programa integrado, multiprofissional, interdisciplinar, de abrangência intersetorial, como estratégia básica de atenção primária em saúde, que é o Programa de Saúde da Família – PSF, hoje ação nacional encampada pelo MS e que, disseminado no interior do Ceará, efetua a cobertura de 85% da população.

Outra experiência, construída a partir de um projeto piloto desenvolvido dois anos antes em outro município, implantou um programa de atenção à saúde mental integrado, com cobertura universal para o município, adotando como estratégia básica a habilitação social de portadores de transtorno mental, com o cuidado sendo realizado desde a atenção primária até a inclusão pelo emprego, passando pelo tratamento ambulatorial e pela internação de crises em hospital geral. Hoje o Centro de Atenção Psicossocial–CAPS é adotado pelo MS como modelo substitutivo aos manicômios e que, disseminada no Ceará, alcança o número de 42 serviços.

Atualmente, o SUS de Quixadá abriga uma rede de serviços assistenciais composta por 14 Unidades Básicas de Saúde da Família – UBASF, onde funcionam 16 equipes do Programa Saúde da Família – PSF; 1 Centro de Atenção Psicossocial – CAPS, tipo II; 1 Maternidade; 1 Ambulatório de Especialidades e 1 Hospital de médio porte (50 leitos). O Quadro abaixo sintetiza o contexto do SUS do município:

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE DE QUIXADÁ-CE
TIPO DE GESTÃO: Gestão Plena do Sistema Municipal - GPSM
SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE: Maria Ivonete Dutra Fernandes
POPULAÇÃO (IBGE/2004): 72.979 hab.
NÚMERO DE UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE: 14 UBASF
NÚMERO DE FAMÍLIAS: 19.725 famílias
NÚMERO DE EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA: 17 equipes
COBERTURA DO PSF: 98,5%

Fonte: Secretaria da Saúde e Assistência Social de Quixadá, 2004.

Com estes serviços funcionando no modelo assistencial da estratégia saúde da família e com a atenção à saúde mental integrada na rede de serviços, caiu significativamente a mortalidade infantil no município e o número de internações psiquiátricas é reduzido (5%), dentre outros indicadores que apontam um bom trabalho em saúde feito no município.

Partindo da situação explicitada acima, a proposta do LHUAS buscou contemplar a demanda do gestor, tendo como foco a idéia central da humanização que é abordar os aspectos subjetivos, técnicos, multiprofissional, que fazem parte de um contexto de cuidado. Os objetivos traçados foram os seguintes:

1. Qualificar a atenção em saúde prestada no município por meio da capacitação dos recursos humanos das instituições de saúde;
2. Aplicar conteúdo voltado para promover e capacitar os profissionais para identificar e solucionar conflitos de forma integrada, tomar decisões, utilizar ferramentas de planejamento e parâmetros da ética e do respeito à cidadania;
3. Capacitar os profissionais para o exercício de multiplicadores em programas e serviços;
4. Elaborar instrumento de avaliação de programas, serviços de saúde desdobrando eixos temáticos, indicadores e parâmetros de humanização e qualidade .

2. Proposta metodológica

A proposta desenvolvida envolveu 300 trabalhadores de diversas formas contratuais, dos diversos níveis de atenção à saúde, e de todas as escolaridades, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, pedagogos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, administradores, condutores de veículos, maqueiros e auxiliares de serviços gerais.

A carga horária global de 410 horas foi dividida em 40 h/aula teórica para cada uma das cinco turmas constituídas, totalizando 200 h/aula; oito h/seminários para cada uma das 10 turmas constituídas, totalizando 80h/seminários; oito h/oficinas/vivências para cada uma das 15 turmas constituídas, totalizando 120h/oficina; e cinco conferências magnas de duas h/conferência, totalizando 10 horas/conferência.

As estratégias de ensino, do módulo teórico, foram problematizadoras, com exposições dialogadas e apresentação de casos ilustrativos; trabalho em grupo; seminários temáticos; estudo de bibliografia recomendada. Cada turma concentrou aula em uma semana, de 2ª a 6ª feira, nos dois expedientes diurnos, revezando turmas ao longo de um mês. As oficinas

e vivências ocorreram por agregação de trabalhadores, em grupos menores, por serviço/área, seguindo lógica de planejamento, para identificação de problemas, governabilidades e soluções possíveis. Cada seminário permitiu escolha livre, para focar escolha dos trabalhadores, assim gerando espaço para respeitar a diversidade dos interesses. As conferências representaram grandes momentos de aglutinação, envolvendo os 300 participantes, para visibilidade do corpo coletivo de trabalhadores e construção do sentimento de pertinência.

Uma sequência de momentos permitiu o desenvolvimento de várias táticas de sensibilização e formação:

Primeiro momento – Oficinas de sensibilização e motivação. Duas oficinas foram realizadas envolvendo todos os 300 trabalhadores inscritos na capacitação. A primeira, “Cuidando do Cuidador”, utilizou dinâmicas inspiradas na biodança e no psicodrama; a segunda, “Oficina de Conversação sobre o Acolhimento”, onde se introduziu e discutiu o tema Acolhimento na Atenção em Saúde.

Segundo momento – Curso de formação de 40 horas para cada turma, composto pelos seguintes eixos temáticos:

1. “Política e Planejamento em Saúde”
2. “Controle Social em Saúde”
3. “Descentralização de Gestão e Gestão Participativa”
4. “Saúde do Trabalhador em Saúde”
5. “Dispositivos da PNH”

Terceiro momento – Seminários (alguns com duas turmas):

1. “Equipe Multiprofissional Interdisciplinar”
2. “Técnicas de Gestão em Saúde”
3. “Bioética”
4. “Princípios de Tanatologia”
5. “Saúde Mental e Trabalho”

Quarto momento – Oficinas e vivências/Apoio Institucional

1. Identificar problemas em seu serviço/área
2. Identificar nível de governabilidade
3. Graduar importância do problema para o processo de trabalho

4. Graduar facilidade de resolução
5. Escolha de um problema para exercício supervisionado

Quinto momento – Capacitação de avaliadores multiplicadores por instituição para manutenção da qualidade do serviço prestado à população. O grupo tem como desafio a construção de um instrumento de avaliação adaptado à realidade vigente no município e as necessidades da população em saúde.

Sexto momento – Conclusão, avaliação e prestação de contas. Grande momento final, aglutinador de todos os participantes, com atividade cultural, entrega de certificados e lançamento de livro. O livro contém a transcrição dos conteúdos trabalhados em oficinas e aulas, e em anexo, o projeto enviado ao MS.

O processo de capacitação permitiu que a escuta dos trabalhadores e as vivências, com avaliação continuada, ampliassem a compreensão dos profissionais sobre a ética do cuidado, o acolhimento, a clínica ampliada, os desafios da interdisciplinaridade e o respeito, tanto à diversidade cultural como à subjetividade dos clientes, reconstruindo a práxis da democracia, da equidade, da humanização e da própria política.

A palavra democracia nos evoca a lenta construção dos acordos sociais, dos pactos para a representação de todos os interesses na arena das decisões políticas. Se política constitui o campo da produção e da distribuição de poder, democracia remete para o conjunto de garantias de que o forte deva ser limitado e de que o fraco não seja destruído, de que a minoria seja ouvida, suas opiniões respeitadas e suas necessidades consideradas. O domínio do conhecimento, a realização do protagonismo, o reconhecimento do eu no outro e vice-versa, os vínculos acolhedores, tudo são possibilidades ricas, férteis, prolíficas, nas condições da experiência democrática.

A palavra equidade evoca imediatamente o reconhecimento da desigualdade, o reconhecimento da dívida histórica e a necessidade, para a construção da democracia, de que sejam oferecidas compensações, discriminações positivas. A igualdade, por outro lado, é, basicamente, um problema para a democracia, pois sua realização nega a necessária diversidade a ser respeitada, sobretudo nega o patamar de

partida dos indivíduos, famílias, grupos e classes sociais. Como colocar, senão abstrata e formalmente, a questão da igualdade com patamares de partida absurdos de tão desiguais? Então, oferecer, no campo das políticas sociais, sobretudo em educação e saúde, mais condições para quem tem menos, é um modo de pagar dívidas históricas e estabelecer mínimos equilíbrios perdidos, favorecendo a justiça e a experiência democrática.

A palavra **humanização** evoca imediatamente a história do homem, da situação de total dependência da natureza até a invenção de uma natureza própria denominada cultura. Evoca também os conhecimentos filosóficos e artísticos, capazes de criticar e superar o senso comum e o fetiche da técnica e da tecnologia. Sobretudo evoca o conjunto extraordinário de esforços que visem superar a alienação. Ser humano é dominar as tecnologias sociais e dispor de conhecimento que permita a permanente crítica do próprio afazer. Quando o poder público propõe humanização na saúde, pode ser que ele ainda não tenha conseguido garantir acesso universal e boa qualidade do cuidado, mas isto significa que já sabemos fazer isso, que em algum lugar do país ou do mundo isto já foi conseguido. Conhecimentos, condições, dispositivos e procedimentos já estão dominados. Onde não há SUS, humanizar a saúde é instalá-lo; onde há SUS, humanizar a saúde é aperfeiçoá-lo.

Como se lê em SAMPAIO (2005b) é “para a saúde, alongamento e qualidade da vida, e para a educação, domínio das tecnologias sociais, que nós criamos, trabalhamos e fazemos política”. Fazemos política, porque precisamos do outro para a sobrevivência e para a construção da identidade. Portanto, estamos desafiados a fazer política da melhor maneira. O SUS é o melhor plano popular de saúde do mundo, a humanização aponta para o aprimoramento deste plano e os trabalhadores de saúde de Quixadá sabem disto.

A humanização em saúde

José Jackson Coelho Sampaio

A Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde–PNH (MS, 2004; SAMPAIO, 2005a), aprovada pelo Ministério da Saúde em 2003, colocou como prioritário para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS trabalhar as dimensões básicas do cuidado e da organização dos serviços de saúde em nosso país.

Estas dimensões básicas compreendem quatro dimensões de competências. A dimensão da **competência técnica**, que envolve desde a formação profissional e a condição de exercício do cuidado, até o salário do trabalhador, o espaço físico do posto de trabalho, o planejamento estratégico e a gestão participativa. A dimensão da **competência narrativa**, que envolve a capacidade de observar e respeitar a subjetividade do outro, valorizando a sua história única, contemplando a integralidade, o acolhimento e a clínica ampliada. A dimensão da **competência relacional**, que envolve a formação para a interdisciplinaridade, a vivência com o outro, o colega, o companheiro, o camarada, na lógica do corpo coletivo de trabalho, sobretudo o trabalho de servidor público. A dimensão da **competência política**, que envolve a construção da cidadania, superando a mera compaixão, o favor ou a troca mercantil, fazendo com que o trabalhador de saúde e seu cliente estabeleçam um vínculo entre dois cidadãos, no ambiente da pólis, que exige métodos para a negociação de interesses em contradição.

Mas humanização não tem definição categórica, pronta, positiva, neutra. Humanização é uma problemática. Estamos tratando de uma construção processual, refeita a cada momento histórico, com reformas e revoluções. Portanto, humanização é uma utopia, constituindo a consciência de uma insatisfação presente e de um desejo projetado no futuro. Em cima da consciência das carências vividas hoje e das perdas enfrentadas no passado, a história gera um mal-estar, uma infelicidade, um desconforto e a certeza de não mais ser possível viver deste modo.

Considerando as dimensões básicas e a dupla e contraditória natureza, de problemática aberta e de utopia generosa, abrem-se quatro caminhos para chegarmos a uma política de humanização: o primeiro deles, o do **humano como superação do animal**, que nos leva a conceber as diferenças entre nós e um cavalo, por exemplo, dentro da lógica evolutiva das formas de vida representada pela posse de um conjunto de habilidades físicas e mentais originais, capacitando-nos para a criatividade, organizadas numa consciência que critica, imagina, elabora significados e explicações, e formula um devir histórico.

O segundo caminho fala do **humano como superação do bárbaro**, que é a questão fundamental do processo civilizatório, no qual, evidentemente, fica muito difícil estabelecer uma lógica evolucionista, pois quem garante que o complexo de práticas e idéias do capitalismo ocidental branco é melhor ou pior que o feudalismo oriental árabe ou o tribalismo sul-americano ianomâmi? Mais ainda, quem garante que a sociedade tecnológico-dependente, fundamentada no dinheiro, será humanamente melhor que tudo o que aconteceu antes ou acontece fora dela?

O terceiro caminho a ser destacado é do **humano como superação da coisa**, pois não é possível transferir o cuidado em saúde para as máquinas, dado que, em última instância, a relação na saúde acontece entre dois seres humanos, dois cidadãos, mediada por política e sentimentos, donde que, a velocidade e a precisão diagnósticas, por exemplo, não substituem o vínculo de expectativas, esperanças e temores, de contradições e ambigüidades, que põe um trabalhador de saúde e um cliente ou um gestor de saúde e uma comunidade diante da face um do outro.

Por fim, o quarto caminho a considerar é do **humano como superação de alienado**, incrementando o processo da autonomia, da justiça, da conscientização crítica, do protagonismo individual e coletivo, da emancipação, da liberdade, da construção pública de significados, valores e destinos.

Este debate teórico permite, então, identificarmos os três desafios políticos fundamentais a serem superados por uma política pública de humanização em saúde, quais sejam: 1. articular atenção e gestão, pois a segunda oferece as condições ao exercício da primeira; 2. articular administradores, trabalhadores e clientes/usuários, todos protagonistas-cidadãos; 3. incorporar a visão da complexidade, pois estamos no terreno do qualitativo, do dialético, do sutil, do subjetivo, do histórico-ideológico, do ana-

lítico-crítico, do inter e do trans, seja setorial, profissional ou disciplinar.

As quatro dimensões básicas, a dupla e contraditória natureza do conceito, os quatro caminhos para o sentido da humanização e os três desafios políticos fundamentais de articulação exigem uma prática social capaz de compreender e intervir, de modo integrado, em nove níveis da realidade sanitária, individual e coletiva:

1. Ético, mobilizador dos saberes da Ética Filosófica, da Bioética e da Deontologia;
2. Estético, mobilizador dos saberes da Estética, da Arquitetura e da Ergonomia;
3. Político, mobilizador dos saberes da História e da Ciência Política;
4. Cultural, mobilizador dos saberes da Sociologia e da Antropologia;
5. Econômico, mobilizador dos saberes da Economia e da Economia Política;
6. Organizacional de Sistema, mobilizador dos saberes da Geografia Humana, da Epidemiologia, do Planejamento e da Teoria de Sistemas;
7. Organizacional de Serviço, mobilizador dos saberes da Administração e da Psicologia Organizacional;
8. Técnico, mobilizador dos saberes da Teoria da Comunicação, da Educação e de cada conhecimento operacional envolvido nas habilidades práticas exigidas no sistema, programa ou serviço;
9. Psicossocial, mobilizador dos saberes da Psicologia, da Psicanálise, da Socionomia e das Dinâmicas de Grupo.

Deste modo foi possível à PNH propor um grande e orgânico conjunto de dispositivos para o incremento da humanização nos sistemas e serviços de saúde, como:

1. Integrar dispositivos de cidadania, como Conselho Local e Ouvidoria;
2. Integrar dispositivos éticos, como Comitê de Ética;
3. Integrar dispositivos organizacionais e de saúde do trabalhador, como Grupos de Qualidade, Grupos de Combate a Infecção, Grupos de Segurança de Pessoa e Patrimônio, Comissão de Acidente de Trabalho e Serviços de Saúde no Trabalho;
4. Criar Grupo de Trabalho de Humanização – GTH, nas secreta-

rias de saúde, nos territórios de atenção básica, nos serviços;

5. Instituir rodas de gestão, lógica de rede, contratos de gestão, comunidade ampliada de pesquisa e programa de educação permanente, incluindo a práxis dos temas do acolhimento, da ambiência, da clínica ampliada e da saúde do trabalhador da saúde.

Refletindo sobre as forças e fragilidades do SUS/Ceará, o governo estadual cearense adotou a humanização como eixo estratégico de suas novas práticas de saúde, estimulando a troca de saberes e a socialização de práticas exitosas, favorecendo parcerias e interações entre trabalhadores, usuários e gestores, entre os diferentes níveis de gestão do SUS, bem como a criação de redes cooperativas com outros segmentos e setores além da saúde, finalizando o processo, em 2005, com a aprovação da Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do Ceará – PEH/Ce (SESA, 2005), que discriminou seis objetivos específicos:

1. Estabelecer permanente fórum de discussão sobre as relações entre humanismo, solidariedade, respeito, competência técnica e competência relacional na prática da atenção e da gestão em saúde;

2. Melhorar a qualidade da atenção dispensada a profissionais e clientes do campo da saúde;

3. Articular e socializar experiências exitosas de humanização da atenção e da gestão em saúde, estimulando a realização de parcerias;

4. Incentivar a compreensão de sentimentos e valores, a participação, a grupalidade e o controle social no campo da saúde;

5. Estimular a inclusão de conteúdos associados à humanização da atenção e gestão em saúde no projeto político-pedagógico dos cursos formadores no campo da saúde.

6. Apoiar e incentivar as ações de voluntariado na saúde favorecendo a parceria com a sociedade na construção da humanização no cuidado e na gestão.

Objetivos estes fundamentados em oito grandes princípios orientadores:

1. Respeito à diversidade de linguagens, crenças e valores.

2. Respeito à subjetividade e à dignidade.

3. Respeito ao diálogo, à livre expressão de opiniões e à escolha

informada.

4. Construção da universalidade do direito ao atendimento, com qualidade e eficiência do acolhimento.
5. Construção da equidade de condições para a igualdade de resultados.
6. Construção da autonomia e do protagonismo.
7. Construção da grupalidade e da interdisciplinaridade na prática dos conhecimentos e das intervenções.
8. Construção da participação social e da gestão participativa.

Neste ambiente político, consciente dos cenários nacional e estadual, sobretudo consciente da própria história de pioneirismo no âmbito das políticas públicas de saúde, o governo municipal de Quixadá solicitou ao Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde–LHUAS, da Universidade Estadual do Ceará–UECE, um projeto de capacitação dos seus trabalhadores da saúde, a ter por base os princípios e diretrizes da PNH e da PEH/Ce.

No horizonte temporal do biênio 1993/4, a articulação de forças dos professores, pesquisadores, administradores e trabalhadores de saúde, da Universidade Estadual do Ceará–UECE, da Universidade Federal do Ceará–UFC e da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará–SESA/Ce; conseguiu implantar e implementar dois programas de pós-graduação *Stricto Sensu*: o Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UECE, focado em Política e Planejamento em Saúde, e o Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da UFC, focado em Epidemiologia. E ainda, a criação da Escola de Saúde Pública do Estado do Ceará–ESP/Ce, destinada à formação técnica do trabalhador cearense do campo da saúde.

Em sua primeira década de história, o mestrado da UECE formou 137 mestres e consolidou seis grandes grupos de pesquisa e quatro laboratórios de extensão, supervisão e consultoria, entre estes, o Laboratório de Gestão em Saúde–LAGES e o Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde–LHUAS, este último criado em 2004.

Congregando o trabalho de oito pesquisadores, o LHUAS elaborou e executou o Projeto “Acolher Cidadão”, a partir do contexto epidemiológico do município e da estrutura organizacional local do SUS, expresso em pesquisa efetivada pela Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá, junto a trabalhadores e usuários do SUS.

Referências bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde*: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria Executiva, Textos Básicos de Saúde, série B, 56 p., 2004.

SAMPAIO, José J.C. *Humanização em Saúde*: um problema prático, uma utopia necessária. Fortaleza: Secretaria Municipal de Saúde, Curso de extensão universitária Fortaleza HumanizaSUS, Caderno de Textos No 1, 07-18 p., 2005a.

SAMPAIO, José J.C. *Democracia e Equidade para a Humanização em Saúde*. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Anais do III Seminário Estadual de Humanização em Saúde do Ceará, 30-34 p., 2005b.

SESA. *Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde do Ceará*. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 28 p., 2005.

Oficinas de conversação sobre o acolhimento

Lucyla Paes Landim

1. Introdução

A primeira fase do “Projeto Acolher Cidadão”, desenvolvido em Quixadá, caracterizou-se como momento inicial preparatório fundamental para o posterior desenvolvimento do projeto. Fazendo uso da metodologia de oficina, esta fase teve como finalidade despertar o interesse pelo projeto dos trabalhadores de saúde participantes da capacitação, introduzir o tema da humanização em saúde, e conseqüentemente, motivá-los à mudança de suas práticas nos serviços de saúde.

As oficinas de conversação sobre o acolhimento foram realizadas com o objetivo específico de proporcionarem espaço de escuta, de conversa, colóquio e, sobretudo, como está na etimologia da palavra *conversação*, de “convivência, familiaridade, ação de viver junto” (Houaiss, 2001), possibilitando reflexão e construção conjunta sobre o acolhimento e o processo de trabalho na rede de serviços de saúde do Sistema Único de Saúde–SUS de Quixadá.

Para que este objetivo fosse alcançando, a facilitadora das oficinas elaborou um plano de trabalho capaz de nortear os temas e as atividades a serem desenvolvidas, e que, ao mesmo tempo, tivesse flexibilidade para acolher as demandas e características de cada grupo. Fiel ao objeto, a oficina precisava ser *acolhedora*, tornando presente a discussão conceitual na saúde coletiva sobre Acolhimento, e também os significados afetivos e as vivências dos participantes em relação ao tema.

E ainda, as oficinas de conversação sobre o acolhimento se propunham a ser um espaço que proporcionaria oportunidade de contato consigo mesmo e com os demais, a geração de novas sociabilidades e as trocas de experiências, permitindo uma maior integração da equipe de trabalho e um mergulho na realidade dos serviços de cada Unidade Básica de Saúde

da Família–UBASF despertando o interesse para a busca de novas alternativas na perspectiva de trocas mais solidárias, aceitação e acolhimento do outro e soluções mais criativas para melhoria dos serviços de saúde.

2. A metodologia das oficinas

A designação “oficinas”, no plural, significa, apenas, que foram feitas mais de uma, com turmas diferentes, porém, com os mesmos tema e plano de trabalho. As variações que ocorreram fazem parte do próprio processo de trabalho nos moldes oficina que nunca se repete: oficina é um espaço, por definição, aberto à invenção, à criação.

As oficinas foram planejadas para uma carga horária de oito horas, com em média 35 participantes, compondo um grupo heterogêneo de trabalhadores de diferentes unidades de saúde que, para não pararem o atendimento, fizeram uma escala do dia de cada trabalhador participar da oficina, de modo que cada grupo tivesse trabalhadores da atenção básica e especializada, de todas as categorias profissionais, desde porteiros, maqueiros, auxiliares de serviços gerais, atendentes, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, dentistas, assistentes sociais, e outros. O grau de escolaridade destes trabalhadores variava entre não alfabetizados (uma porcentagem pequena), primeiro grau incompleto, nível médio (maior porcentagem) e nível superior.

O plano de trabalho das oficinas previa dois momentos: o primeiro, pela manhã, composto pela apresentação do grupo e início da conversação sobre o acolhimento a partir de situações da vida cotidiana, assim, levantando o conhecimento prévio do grupo a respeito do tema. No segundo momento, à tarde, introduzia-se a discussão teórica sobre o acolhimento encontrada na literatura e, a partir da apresentação de alguns conceitos e perguntas problematizadoras, abria-se a discussão sobre o que todos vivenciavam em suas unidades de saúde, construindo, juntos, um novo olhar sobre o acolhimento e a organização do trabalho nas unidades de saúde de Quixadá. Por último, fazia-se uma avaliação da oficina e uma dinâmica de encerramento.

Dentro deste plano de trabalho geral havia um outro detalhando três ou mais atividades que poderiam ser desenvolvidas, em um dos momentos, com o grupo, denominadas de “atividades sensibilizadoras”. Desta forma, tínhamos um leque de possibilidades de trabalho

que incluía dinâmicas de grupo, trabalho corporal, expressão plástica, dramatização, leitura de poemas, danças circulares, e leitura de textos relacionados ao tema.

O local onde as oficinas transcorreram foi o salão principal da Câmara Municipal, que desta feita cedeu seu espaço para ser campo de troca de idéias e experimentações em saúde, que resultaram na aquisição de novos conhecimentos para todos os envolvidos. Tivemos o cuidado de criar uma ambiência acolhedora na sala ampla, arejada e bem iluminada, com espaço suficiente para as pessoas sentarem-se em círculo, fazerem trabalho corporal no chão limpo, com cartolina substituindo colchonetes, rodas de danças circulares, além da disponibilidade de um retroprojetor, folhas de clip chart e aparelho de som.

O referencial teórico norteador do tema da oficina abordava os princípios do SUS, enfatizando-se a questão do acesso, o modelo de atenção, a organização dos serviços de saúde, a relação dos trabalhadores entre si e com a população que atendia, o acolhimento entendido como *“uma postura de escuta, compromisso de dar uma resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário e um novo modo de organizar o processo de trabalho em Saúde a partir de um efetivo trabalho em equipe”* (Malta et al., 1998), e os modos possíveis de se fazer isto na prática cotidiana da organização dos serviços de saúde de modo a garantir a universalidade, a acessibilidade e integralidade do cuidado. Para a PNH, acolhimento incorpora integralidade e co-responsabilidade, além do resgate dos sujeitos, dos analisadores sociais e dos coletivos.

No total, foram realizadas seis oficinas de conversação sobre o acolhimento, ou seja, seis turmas diferentes, com a participação de mais de 80% dos trabalhadores inscritos.

3. Considerações a respeito do processo

Trabalhar com oficina é sempre uma experiência prazerosa que proporciona aprendizado para os envolvidos. As oficinas de conversação sobre o acolhimento realizadas em Quixadá tiveram esta característica. Em todos os seus momentos, e com todos os grupos participantes, o acolhimento, no seu sentido mais usual da vida cotidiana, de tratar bem, ter empatia, respeito, atenção, carinho com o outro, esteve presente no próprio grupo. Esta ambiência relacional acolhedora facilitou o acesso dos

grupos aos sentidos mais complexos do acolhimento como dispositivo da mudança do modelo assistencial a partir da reorganização do processo de trabalho em saúde.

Houve interesse e participação de todas as categorias, e, em muitos momentos, as pessoas se surpreendiam consigo mesmas ou com o colega, quando numa situação em que se sentia livre para falar e ser escutada, como também ouvir e olhar, de outro modo, aquele colega que julgava tão diferente do que se apresentava naquela proximidade da oficina. Algumas atividades simples trouxeram surpresas, como o momento da apresentação do grupo.

No primeiro momento, pela manhã, as pessoas chegavam aos poucos na sala, sozinhas ou em grupos, e procuravam um lugar para sentar. As cadeiras já estavam em círculo, e alguns livros de arte, ou sobre o tema acolhimento, acessíveis para serem manuseados. O momento inicial é sempre de reconhecimento do terreno: olhares tímidos e outros nem tanto, curiosidade, sensações, risos e conversa solta com os conhecidos. Um tempo de espera para os que não conseguiram chegar no horário e começávamos a dinâmica de apresentação.

Havia a suposição, por parte da facilitadora das oficinas, de que todos já se conheciam, afinal, moravam numa cidade de pequeno porte e trabalhavam no SUS do município. Entretanto, isto não se confirmou em nenhuma das seis oficinas realizadas. Assim, havia pessoas que trabalhavam juntas e se conheciam de há muito tempo, porém, havia pessoas que se conheciam “de vista”, mas não sabiam o nome uma da outra (uma parte significativa), e havia aquelas que sequer se conheciam.

A dinâmica de apresentação onde o primeiro a se apresentar dizia o nome e falava um pouco de si (local de trabalho, função, e o que mais desejasse), e o segundo dizia o nome do primeiro e também se apresentava, o terceiro dizia o nome do primeiro e do segundo e também se apresentava, e assim sucessivamente, tomou uma dimensão simbólica enorme para o grupo, levando a uma reflexão sobre a importância de se saber o nome das pessoas, e sobre o exercício da escuta e da espera, de se dedicar tempo para se conhecer o outro, de compreender o trabalho como um coletivo e o trabalho em saúde como um coletivo muito especial. Houve um sentimento de surpresa no grupo ao constatarem que não sabiam o nome de muitos colegas que cruzavam nas reuniões da Secretaria de Saúde, em cursos ou outros eventos e lugares, e como foi importante ouvirem cada pessoa e seu

nome.

Também a leitura de poemas, primeiro em silêncio, depois em voz alta (para haver participação daqueles que não dominavam a palavra escrita) de duas poetisas, Cora Coralina (A Procura) e Adélia Prado (Ensino, Mater dolorosa, Enredo para um tema, Casamento, e Solar), mobilizou muito o grupo. Um outro poeta escreveu: “A poesia não resolve, revolve”¹. E parece ter sido exatamente isto o que provocou a força poética, a arte como uma maravilhosa forma de comunicação. Houve grande identificação com os poemas que parece ter tocado profundamente a homens e mulheres.

A atividade de leitura destes poemas suscitou muita conversação, em pequenos grupos, sobre acolhimento. Cada grupo produziu e sistematizou seu conhecimento transpondo para uma cartolina as palavras-chave do que haviam conversado, e depois, compartilharam com o grupão. Citamos alguns destes registros:

*“Acolhimento é: Solidariedade; Ser recebido com carinho;
Resolução do problema.”*

*“Acolhimento é Cuidar de si mesmo (pessoal e profissional); Saber ouvir; Colocar-se no lugar do “outro”; Respeitar sempre;
Atenção pessoal.”*

*“Acolhimento é Humildade; Simplicidade; Amor; Respeito;
Perceber o sentimento do outro; Felicidade (amar o que faz e tratar com carinho); Estar bem consigo mesmo; Estar com o “coração” aberto; Esquecer nossos problemas; Elo.”*

“Acolhimento é Saber ouvir; Atenção; Carinho; Humildade; Gostar do que faz; Amor ao próximo; Compreensão; Não acumular funções; Respeito; Indiscriminação.”

“Acolhimento é Cuidar; Escutar; Acolher; Silêncio; Amor; Alegria; Doçura; Valorizar todos os momentos; Confiança; Respeito; Amizade; Felicidade; Paciência.”

¹ Poema de William Soares, poeta piauiense, do livro: “Com licença da palavra”.

As palavras-chave ressaltam a dimensão relacional do acolhimento e sua importância numa situação onde foi identificado problemas nesta área, como está colocado na introdução deste livro. A partir da visão de acolhimento como acolher bem o outro, seja o outro enquanto trabalhador seja o outro enquanto cliente, os grupos puderam partir para o aprofundamento da discussão sobre o tema, entrando em contato com as formulações conceituais encontradas na PNH (2004) e em outros autores que vêm trabalhando o tema (Franco et al, 1999; Malta et al., 1998; Merhy, 1998), com as quais todos compartilharam.

O relato verbal² dos participantes das oficinas retrata a complexidade das situações vividas nos serviços de saúde do município; as dificuldades que as pessoas e as equipes enfrentam cotidianamente no trabalho, bem como as alegrias, o prazer pelo trabalho bem feito e reconhecido.

Ao final, no momento da avaliação da oficina, em todos os grupos o resultado colhido foi bastante positivo, retratando a demanda dos trabalhadores por capacitação, e por espaços onde possam dialogar abertamente sobre o trabalho de cuidar da saúde de uma comunidade. Na fala de um participante, a dimensão da felicidade está presente, quando diz: “Agora posso saber se estamos acolhendo e sendo acolhidos bem em nossos serviços de saúde, sobretudo se somos felizes no que fazemos.”

Referências bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. *HumanizaSus: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

CORALINA, Cora. *Meu livro de cordel*. São Paulo: Global, 2001.

HOUAISS, Antônio. *Dicionário de Língua Portuguesa*. Rio de Janeiro: Ob-

² O relato verbal, “vivo”, das falas dos participantes é de muita riqueza. Infelizmente não foram gravadas as falas nas oficinas.

jetiva, 2001.

FRANCO, Túlio B.; BUENO, Wanderlei S.; MERHY, Emerson E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Rio de Janeiro. 15(2): 345-353, abr-jun, 1999. [www.scielo].

MERHY, Emerson E. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, Afonso T. dos. et al (Org.). *Sistema de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

MALTA, Deborah C. et al. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: REIS, Afonso T. dos. et al (Org.). *Sistema de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998.

PRADO, Adélia. *Poesia reunida*. São Paulo: Siciliano, 2001.

Política, planejamento e administração em saúde: um desafio técnico, político e psicossocial

José Jackson Coelho Sampaio e Ernani Vieira de Vasconcelos Filho

Este seminário sobre as dimensões da política, do planejamento e da administração em saúde, será guiado por esquemas em power point e estes esquemas serão desdobrados em texto dissertativo para publicação de um livro. A avaliação do aprendizado será feita em módulo posterior. Vamos à tarefa:

O quadro exposto a seguir desdobra nossas palavras-chave, portanto serve de ponto de partida para uma discussão conceitual. Sem ela, não seremos capazes de estabelecer, sequer, uma língua comum. Às três grandes áreas, acrescentar-se-á, ao final, uma discussão específica sobre a supervisão.

Articulação Conceitual de Política, Planejamento e Administração

POLÍTICA	PLANEJAMENTO	ADMINISTRAÇÃO
<ul style="list-style-type: none">• Princípios• Diretrizes• Prioridades	<ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico• Plano• Avaliação	<ul style="list-style-type: none">• Organização• Gestão• Supervisão
Interesses → Representação dos Interesses → Processos de Decisão	Visão Sistêmica → Compreensão Crítica → Projeção de Cenários → Otimização	Adequação entre Objetivos e Recursos → Motivação e Articulação de Pessoal → Foco na Ação

1. Política

1. A Cidade e a Política
2. O Estado e o Estado Moderno
3. O Econômico e o Social: Autonomia, Interdependência e Contraditoriedade.
4. As Lógicas da Democracia: Representativa, Participativa e Direta.

O Dicionário do Norberto Bobbio (1998) nos ensina que, contemporaneamente, política designa todas as articulações, negociações e acordos que envolvam pessoas, grupos ou instituições, no espaço dos governos e dos Estados. Originalmente, deriva de “pólis” e se refere a tudo o que é urbano, civil e público. Política, portanto, fala da gerência da sociedade e do que é coletivo, em contraposição conceitual ao que seja familiar ou individual.

Os conceitos mudam, historicamente, porque as realidades mudam e a vinculação da Política com o Estado deriva de um processo de crescimento, acumulação e especialização. Também deriva do lugar de onde se olha: uma coisa é a prática política, dentro da família, da sociedade civil e do Estado; outra coisa é a Ciência Política, cujo objeto é o conjunto de princípios e critérios que regem a produção e a distribuição de poder, onde a experiência do poder aconteça, embora a ênfase, desde Maquiavel, seja no Estado, nos Governos, nos Partidos.

Se, em seu sentido lato, a política é conatural à humanidade, ela toma forma mais aguda e arguta quando surgem as cidades, onde as pessoas acumulam possibilidades de troca, defesas comuns, sistemas de proteção. Daí, no processo de desenvolvimento da experiência, surge o Estado, o condomínio da sociedade, isto é, a gerência do espaço comum da sociedade, no seu princípio. Mas, como tendência permanente, o Estado vem se tornando instância de centralização de poder, lugar para o qual abdicamos parte substancial da liberdade em nome da segurança.

Mas, este desenvolvimento do Estado, não nos leva apenas para *Leviatã*, também nos leva para possibilidades criativas e positivas de cooperação, e assim surge o Estado Moderno, batizado por Maquiavel em seus sonhos de bem comum a cada um, formatado no sangue das Revoluções Francesa, da Independência Norte-Americana e do Poder Soviético. O Estado Moderno encontra-se em crise devido a um outro sonho, o da governança global, e a um impositivo prático, concreto, derivado da economia transnacional, da comunicação em tempo real e da hegemonia do sistema financeiro.

Um desafio para a compreensão é a do relacionamento entre a instância do político e a do econômico, isto é, respectivamente, entre a produção e a distribuição de poder e a produção e a distribuição de riqueza. Na teoria marxista, fala-se muito que a fonte de toda determinação, em última instância, é o econômico, mas precisamos identificar a complexidade

com a qual este problema ficou revestido na contemporaneidade, 100 anos após Marx. A relação entre política e economia precisa de muita pesquisa e de modelos complexos de investigação para ser desvelada. Para maior clareza, impõe-se separar esta relação no âmbito dos países centrais, que amadureceram primeiro seus sistemas econômicos e políticas, e que exercem hegemonia sobre periferias, e a mesma relação no âmbito dos países retardatários-periféricos, seja quando se encontram em situação de pura dependência (Bolívia, Iraque etc) ou dependentes-associados (México, Índia, Brasil etc).

Parece evidente que decisões econômicas são tomadas nos governos, nos parlamentos, nos judiciários. Também vice-versa, que necessidades econômicas modificam comportamentos e equilíbrios de forças políticas. Mas a heterogeneidade, os fluxos econômicos truncados e o domínio da mão política caracterizam os Estados Periféricos. As matrizes econômicas encontram-se fora destes Estados e eles, então, precisam focar no apaziguamento das massas, ou só lhes resta focar, por repressão ou cooptação. A primeira forma de apaziguamento leva ao autoritarismo, burocrático ou terrorista. A segunda forma leva ao malabarismo em torno de políticas sociais assistencialistas, por exemplo.

De qualquer modo, Estados centrais e periféricos, ao longo das convulsões históricas, têm expandido os processos de participação nas decisões políticas. A este esforço de ampliar participação, de incluir mais atores nas tomadas de decisão e de garantir direito de expressão às minorias, temos chamado de Democracia.

A Democracia clássica grega garantia igualdade de direitos aos aristocratas e tanto admitia como praticava a escravidão – o escravo era uma coisa que fala, no dizer de Aristóteles. A emergência dos comerciantes estrangeiros e de não aristocratas livres, ricos ou pobres, pressiona radicalmente a pólis grega e introduz o debate sobre a cidadania como conquista, não como pré-determinação inata a certos grupos. A Revolução Francesa conclui o trabalho histórico de superação da servidão, aponta para a extinção da aristocracia e da monarquia absolutista, mas não permite que a cidadania ultrapasse os limites da burguesia e se estenda aos livres pobres. O direito de participar era burguês, mas ocorre que, nesta gênese, consolida-se também o indivíduo e sua mobilidade cultural, social, política e econômica. A Revolução Soviética estende o poder aos livres pobres, mas fracassa na radicalidade da gestão do processo democrático e

cria aparelhos partidários e estatais que se fundem e se agigantam, burocraticamente.

O que chega ao século XXI é a herança de três modelos de prática democrática: o representativo, o participativo e o direto.

A Democracia Representativa, modelo mais generalizado no mundo ocidental, caracteriza-se pela divisão e independência de três poderes (executivo, legislativo e judiciário) e pela eleição, por voto universal, do executivo e do legislativo. Partidos políticos e candidatos se apresentam, divulgam imagem e opiniões, às vezes sem maior compromisso entre partido e candidato e sem maior visibilidade entre opinião e interesse concreto. Os eleitores, por meio de ritos periódicos e regras préestabelecidas, escolhem aqueles que pareçam representar suas próprias opiniões e interesses. O problema é que esta forma facilmente degenera em Democracia Delegativa: o eleitor não apreende os vínculos profundos entre opinião e interesse, ilude-se com o marketing das imagens, não tem nem maturidade nem ferramentas para acompanhar e avaliar o desempenho dos eleitos. Na verdade, houve um cheque em branco, ao portador, com muita prática de estelionato pós-eleitoral, quando o eleito com uma plataforma política assume, logo imediatamente, comportamento oposto ao prometido. No Brasil nós temos os vereadores e os prefeitos, os deputados estaduais e os governadores, os deputados federais, os senadores e os presidentes.

A Democracia Participativa, modelo em expansão e defendido, no caso do Brasil, pelo SUS, caracteriza-se, sobre o modelo anterior, pela extensão do processo eleitoral (diretor de hospital, diretor de escola, p.ex.), pela não profissionalização do agente político (diferentemente de vereador, do deputado, do senador etc, que são remunerados, com poder de autodefinir esta remuneração, estes novos agentes políticos exercem trabalho voluntário) e pela multiplicação de instâncias colegiadas de decisão, simultaneamente consultivas e deliberativas, verdadeiras instâncias de controle social. O SUS inaugura as periódicas conferências distritais, municipais, estaduais e nacionais, além do sistema de conselhos locais, municipais, estaduais e nacionais, todos com ampla participação popular e definição das formas de cooperação com a lógica representativa. O problema é que esta forma facilmente degenera em Democracia Corporativa, com representantes populares cooptados pelo prefeito ou pelo secretário de saúde, ou dedicando-se à defesa exclusiva de algum segmento de interesse social, as vezes segmentado, estranhamente, por patologia (paralíti-

cos a defender cadeira de rodas para parálíticos, portadores de transtornos crônicos a pedir mais e mais medicamentos de alto custo etc). Além de representantes dos trabalhadores a fazerem o palco reivindicatório de benefícios a cada grupo de especialistas.

A Democracia Direta, modelo praticado, até agora, em situações revolucionárias ou quase-experimentais, caracteriza-se pela radicalidade do modelo participativo, acrescido de um permanente processo de referendos, plebiscitos e assembléias populares. Nenhum grande problema pode ser equacionado sem a decisão negociada e consensuada da totalidade da população politicamente organizada em um território. Na contemporaneidade, tal processo foi testado em alguns momentos da Revolução Russa, com os soviets, e das construções dos projetos políticos da ex-Iugoslávia, da China, da Argélia e de Cuba. Hoje, no Brasil, o processo pode ser encontrado, em algumas situações especiais, nos acampamentos do MST.

Por falta de acúmulo histórico e de experiências continuadas, mesmo que a título exemplar, devemos nos concentrar nos modelos representativo e participativo, sobretudo a partir da adoção do planejamento como dispositivo de Estado e ferramenta de governo.

2. Planejamento

1. José do Egito e o Sonho do Faraó
2. Lenin e o Planejamento Central Global
3. Planejamento e Capitalismo
 - 3.1. Articulação com Política Social
 - 3.2. Setorialidade
 - 3.3. Estratégia da Correção de Crises
4. Planejamento na América Latina
 - 4.1. Saúde e Educação
 - 4.2. O Normativo, o Indicativo e o Situacional
 - 4.3. A Intersetorialidade e o Estratégico

A palavra “planejamento”, no seu sentido mais simples, significa “fazer um plano”. Como nome de uma disciplina operacional, cientificamente fundamentada, Planejamento designa um conjunto de atividades que subsidia a tomada de decisão e refere-se a um cálculo que preside e

precede a ação. É um instrumento para facilitar o processo de gestão, podendo ser autoritário ou democrático, tecnocrático ou participativo. O objetivo do planejamento é buscar soluções para problemas de determinada cidade, região ou país, de forma organizada, responsabilizando indivíduos e envolvendo o poder. Suas etapas, de uma maneira geral, independente do método, escola ou teoria, são: diagnóstico, construção do plano e avaliação.

Diagnóstico: É a primeira etapa no desenvolvimento de um plano, a qualquer nível, nacional, regional, distrital ou comunitário. É a informação para o planejamento. Na Saúde, identificará um conjunto de problemas referentes ao estado de saúde de uma determinada população. Dentre os diversos tipos de diagnósticos, os mais utilizados na saúde são:

- **Administrativo:** Analisa os recursos da saúde, acesso populacional aos serviços e da estrutura populacional da enfermidade. Tem sempre como propósito aumentar a produtividade dos serviços. Geralmente é importante em todos os tipos de planejamento.

- **Estratégico:** Analisa as relações de poder, quem o detém, quem controla o financiamento, quem sai beneficiado ou prejudicado com a proposta política e como se dá o conflito de interesses. Associado sempre ao processo de mudança.

- **Ideológico:** Procura identificar os aspectos técnico-ideológicos que conduzem o poder, quais os paradigmas envolvidos, que propósito legitima o poder, idéias dominantes na sociedade, qual é o modelo causal...

Construção do Plano: É a segunda etapa do Planejamento, representada por um conjunto de métodos e medidas para execução de um empreendimento. O plano deve contemplar os seguintes pontos: resultados a serem alcançados, atividades necessárias aos resultados, responsáveis pelas atividades e outros necessários, prazo para realização dessas atividades, incluindo o orçamento e o cronograma de desenvolvimento. Dois termos precisam ser melhor explicados:

- **Projeto,** a proposição de um plano para fins de financiamento ou de execução, constituindo a forma como é apresentado aos gestores de qualquer sistema que trabalhe de forma planejada.

- **Programa,** a etapa de planejamento que se refere ao desenvolvimento de ações com o objetivo de cumprir as metas estipuladas, modelo bastante utilizado nos primórdios do planejamento, geralmente em questões pontuais de desenvolvimento e de uma ação, focando a relação custo benefício e sem trabalhar a categoria de poder.

Avaliação: É a terceira e última etapa do Planejamento e tem como mérito julgar e comparar resultados com objetivos, podendo ser através da análise de estrutura (recursos empregados, humanos, equipamentos etc.), de processo (favorável ao conjunto de atividades desenvolvidas) e de resultados (referente ao produto final). Sem avaliação, o planejamento fica frustrado.

Na história bíblica de José do Egito identificamos a capacidade de prever e prevenir, mas apenas com a Revolução Soviética de 1917 é que o Planejamento adquire lógica própria, transforma-se em ferramenta do Estado e incorpora-se às rotinas dos governos.

Recuperando a fábula: O judeu José foi vendido aos mercadores egípcios, pelos próprios irmãos, e, como escravo, passou a viver no Palácio do Faraó. Atraiu a atenção sexual da mulher de um general e sua recusa o leva ao infortúnio da prisão. Mas lá, revela-se um poder que José mais e mais passa a usar, o poder de interpretar sonhos. Impressionado com sonhos tristes, estranhos e repetidos, e insatisfeito com as soluções dos astrólogos da corte, o Faraó manda chamar o interpretador judeu. Qual era o padrão do sonho? Uma série de sete elementos (trigo, vaca etc) abundantes e ricos era seguida dos mesmos sete elementos raros e pobres. José diz que o reino viverá sete anos de fartura, seguidos de sete anos de seca, pobreza e fome. Em seguida demonstra como o Faraó poderia prevenir as agruras e tirar proveito delas: fazer silos ao longo do rio Nilo, guardar todos os excedentes da fartura, distribuí-los aos pobres e vendê-los aos ricos e aos outros povos, na escassez. O Egito assim faz e consolida seu poder na região, exatamente quando as condições naturais mais se tornavam adversas.

A Sociedade e o Estado têm necessidades e sonham com suas superações. Os técnicos fazem o diagnóstico e o prognóstico, desenvolvem cenários, objetivos, metas e instrumentos de realização. A Sociedade e o Estado fazem suas escolhas, implementam e avaliam a cada período “x” de tempo. Em José do Egito estava embutida a lógica do planejamento.

Lênin, na União Soviética, em 1922, aprova o primeiro plano decenal/quinquenal/plurianual. Um Estado centralizado e proprietário dos meios de produção é o ator do Plano. Este esforço foi coroado de êxito: a União Soviética se tornou potência industrial e militar, modernizando-se e realizando seu “Capitalismo de Estado” em 30 anos, a despeito de duas guerras mundiais, de duas invasões estrangeiras e

de uma guerra civil. Características deste planejamento: central, com agência técnica no aparelho do próprio Estado; global, envolvendo o econômico e o social; e normativo, execução imposta aos atores, sem debate ou escolha, após a decisão tomada.

O sucesso do plano soviético, o temor da “onda comunista” na Europa pós-II Guerra Mundial, a agudização de crises de desemprego, de inflação e de produtividade e a necessidade de enfrentar nova escala global de desenvolvimento do próprio Capitalismo, levaram, sobretudo a França, à adoção teórica e prática de Planejamento estatal. Dispositivos fundamentais: profissionalização técnica do aparelho de Estado e criação de instâncias específicas de planejamento. Características dominantes: o plano é normativo para o próprio Estado, mas indicativo para os atores privados; o plano foca o econômico, mas desloca ênfase para o que passa a ser chamado de políticas sociais. Seus objetivos principais: reconstrução da infraestrutura do país, com redução drástica de desperdícios e de tempo; alongamento e achatamento das ondas de crise de hiperprodução/subprodução. Este último elemento merece esclarecimento: Kondratieff havia identificado, no desenvolvimento do Capitalismo, a recorrência de momentos de inflação, superprodução e desemprego, numa sequência regular de ondas pequenas, mais ou menos quinquenais, e ondas profundas de crise, na ordem de cinquenta em cinquenta anos. A ferramenta do Planejamento poderia prever e prevenir estas ondas, anulando ou residualizando as ondas pequenas, controlando e achatando as ondas de crises graves, deste modo prevenindo convulsões políticas, insurreições, revoluções.

Na linha de, rapidamente, reconstruir a infraestrutura dos países europeus destruídos pela guerra, fazer frente ao avanço político, econômico e militar da União Soviética e suprir necessidades de consumo das populações, a maior potência capitalista resultante, os Estados Unidos da América, decidem formalizar e financiar um grande Plano de recuperação, o Plano Marshall, e assim a ideia de planejamento estatal instala-se no ocidente capitalista. Mas tudo mudou. O planejamento não é mais global, é setorial, com focos específicos em infraestrutura física de transportes e comunicação e campos sociais, sobretudo educação e saúde; não parte de um estado centralista e proprietário dos meios de produção, e sim de um estado regulador do econômico e adepto da livre iniciativa; não é mais normativo totalmente, optando pela gerência de pactos indicativos.

Com pouco dinheiro e muita propaganda, a lógica do Plano Marshall desloca-se para a América do Sul. Já em 1947 é realizada a formu-

lação teórica do que nos atenderia: o Estudo Econômico para a América Latina. O corpo institucional da proposta será o Centro de Estudos Econômicos para a América Latina-CEPAL criado em Santiago, no Chile, por Raul Prebisch, que passou a atuar defendendo os seguintes princípios básicos:

- A relação de troca entre países centrais e periféricos é sempre negativa para os últimos.

- A divisão internacional do trabalho é perversa, penalizando os países periféricos.

- A periferia fica especializada no nível primário da economia, necessitando importação massiva de produtos secundários.

- Mas a periferia pode ter aumento de demandas de produtos primários e a apropriação indireta dos frutos do progresso técnico acumulados no centro, assim os importados tenderiam a baixar de preço e os próprios produtos primários beneficiar-se-iam com agregação de valor.

- A lógica da microeconomia é empresa econômica individual e a lógica da macroeconomia é a totalidade econômica regulável pelo estado.

- Adesão à utopia rostowiana: os países periféricos que seguissem a trajetória dos países centrais, um dia seriam também países desenvolvidos.

- Adesão ao pensamento keynesiano: dirigismo estatal e industrialização periférica.

O estado periférico pode se desenvolver, caso implante, de modo planejado, a partir do estado, uma política da substituição de importações, assim instaurando um desenvolvimento industrial nacional.

- A CEPAL não considerou as objeções dos trabalhadores dos países centrais e a manutenção do monopólio tecnológico, que se deslocou da posse do produto industrializado para a posse do conhecimento.
- Os países centrais estabelecem o preço do que vendem (oligo ou monopólio) e o preço do que compram (oligo ou monopsonio).
- O dinheiro, nos países periféricos, é muito curto, como o lençol das histórias populares: o que vai para investimento, sai do consumo, e vice-versa.
- Para Maria da Conceição Tavares, a alternativa passou a ser importar capital externo, para o investimento, então nos tornamos dependentes de capital externo e prisioneiro de uma dívida cada vez mais impagável.
- Na década de 1960 a CEPAL passa a atuar em duas vertentes: uma economicista, outra sócio-política. Desta última, emergem a Aliança para o Progresso e as Políticas de Saúde.

Ambientando as políticas de saúde na vertente cepalina sóciopolítica e focando o Brasil, é necessário colocar a criação do Serviço Especial de Saúde Pública-SESP e sua transformação em Fundação (FSESP), em 1960. O Brasil passa a ter uma prática, senão de planejamento, pelo menos de programação em saúde, a trabalhar a questão do financiamento na lógica da relação custo/benefício, a entender desenvolvimento como capacidade produtiva da força de trabalho e saúde como insumo fundamental desta capacidade, a oferecer um rigor científico oriundo do movimento preventivista liberal, da Epidemiologia da Tríade Ecológica (Leavell & Clark) e da atenção estratificada por níveis (primário, secundário, terciário). O SESP, no Brasil, constitui-se em experiência que cria uma elite de trabalhadores para o campo da saúde pública e que representa a única iniciativa de investimento a fundo perdido do governo norte-americano em nosso país.

Era necessário racionalizar os custos hospitalares, mas, sobretudo, era necessário deslocar o enfoque para a medicina comunitária, preventivista, inclusiva (cobertura prioritária às manchas rurais e urbanas de miséria), muito mais barata que o sistema centrado no hospital, descentralizadora e tecnologicamente simples. Tanto é que, em 1961, em reunião realizada em Punta Del Leste, a CEPAL lança as seguintes teses:

- O campo do social apresenta dificuldades extraordinárias de operacionalização.
- O planejamento estratégico é etapa necessária para o desenvolvimento.

- Uma política de saúde é constituinte do desenvolvimento social e econômico.

- A Organização Panamericana de Saúde-OPAS deve ser fonte permanente de assessoria aos países.

A entrada da OPAS no cenário se faz através da criação do Centro Nacional de Desenvolvimento-CENDES, com sede na Universidade Central da Venezuela, em Caracas, que articula sanitaristas, planejadores, epidemiologistas e cientistas sociais para uma ação baseada nos seguintes elementos:

- Os programas, serviços e sistemas precisam ser eficientes.
- A prioridade das ações deve ser tratada à luz da relação custo-benefício.
- As projeções fundamentam-se em diagnósticos e em análise de custos, que, quanto mais rigorosos, melhores resultados atingem.

- Toda programação deve obedecer hierarquia ascendente/descendente, do local ao nacional e vice-versa.

- O diagnóstico utiliza a visão ecológica do processo saúde/doença (físico, biológico e social).

- A mortalidade é o indicador principal (evitar mortes) junto com a vulnerabilidade.

- A lógica da eficiência não articula igualdade e equidade e não contempla qualidade de vida.
- Os resultados na América Latina não foram satisfatórios.

Mas CEPAL, SESP, CENDES e OPAS, no espaço criador de experiências democráticas latinoamericanas, não acumulam apenas insatisfações, acumulam competência, métodos, ferramentas e dispositivos, capazes de promoverem um salto na idéia de planejamento em saúde, mesmo quando a América Latina começa a se encher de ditaduras. A racionalidade do planejamento tem um charme tecnológico que atrai até as forças políticas de direita, sobretudo porque nossa direita apoia-se mais no estado que no mercado. A cultura de planejamento estatal cresce e avança na direção do Planejamento Estratégico.

- O Centro Panamericano de Planejamento em Saúde-CPPS é criado em 1975.

- O CPPS passa a atuar articulado com o Instituto Latinoamericano de Planejamento Econômico e Social-ILPES.

- O desenho de um Plano é estruturado: definição de políticas e estratégias, diagnóstico setorial, análise institucional, financiamento, programação regional e sistemas de informação.

- É elaborado o I Plano Decenal de Saúde para as Américas, que estabelece o direito universal à saúde dos povos e estende a cobertura sanitária à periferia das cidades e ao campo.

- A ação do setor saúde, por melhor que seja, não resolve os problemas básicos de emprego, renda, escolaridade e moradia.
- O serviço das dívidas externas e a crescente crise fiscal dos Estados Latinoamericanos reduzem drasticamente os recursos para as políticas sociais.

Assim, a América Latina, com o Brasil assumindo grande protagonismo, surgem as formulações de políticas de saúde, situando o planejamento no terreno definitivo das decisões políticas, utilizando a estratégia como análise de viabilidade política, reconhecendo o conflito como ponto de partida e marcando a ruptura com a micro-planificação.

- Excessiva dependência do poder formal.
- Concentração de poder na autoridade política, burocrático-autoritária.
- O corpo social participa do processo de formulação política porém de forma manipulável.
- A lógica, verdadeiramente, não é estratégica, é normativo-estratégica.

O fim das ditaduras civis ou militares, a pressão da sociedade civil, a globalização da visibilidade do atraso, tudo leva a uma profunda crise deste modelo de planejamento. Reconhece-se o conflito social como ponto de partida, a necessidade de uso de técnicas diversificadas, a necessidade de uso de variáveis técnicas (demográficas, epidemiológicas, financeiras) e políticas (princípios, demandas sociais, governabilidade/viabilidade), a necessidade de mobilizar níveis políticos, técnico administrativos e técnicos operacionais e de formular propostas com factibilidade e coerência. A crítica ao modelo se consolida na década de 1980. Na década de 1990 o enfoque crítico-estratégico se estabelece, em duas vertentes principais:

- Vertente Mário Testa (Pensamento Estratégico).
- Vertente Carlos Matus (Pensamento Situacional).

O Pensamento Estratégico de Mário Testa

- Formular imagem objeto, identificar e analisar os conflitos.
- Avaliar a capacidade das forças envolvidas.
- Criticar o modelo normativo, como essencialmente técnico.
- Definir objetos, atividades e recursos surge das funções reais de comportamento social e da compreensão das forças envolvidas no planejamento.

- As relações conflituais, do tipo “eu” X “outro”, são probabilísticas ou incertas, e dependem das forças em confronto.

- O político é endógeno, faz parte da essência do planejamento enquanto cálculo iterativo.

- O diagnóstico pode ser: 1 - Administrativo, análise dos recursos da saúde, do acesso populacional aos serviços e da estrutura populacional da enfermidade, com o propósito de aumentar a produtividade. O poder administrativo tem por objetivo gerenciar os recursos. 2 - Estratégico, análise das relações de poder - quem detém, quem controla o financiamento, quem sai beneficiado ou prejudicado com a proposta política e como se dá o conflito de interesses - visando mudança. O poder técnico tem por objetivo o conhecimento de problemas, paradigmas e técnicas. 3 - Ideológico, identificação dos aspectos técnico-ideológicos que conduzem o poder, os paradigmas envolvidos, o propósito que legitima o poder, as idéias dominantes na sociedade, que modelo causal. O poder político tem por objetivo mobilizar grupos populacionais e permeia os anteriores.

Em 1986, quando o Brasil estava realizando a VIII Conferência Nacional de Saúde, que concebe o Sistema Único de Saúde-SUS, Mário Testa formula o seu postulado da coerência, visando definir elementos capazes de outorgar viabilidade à metodologia que se proponha a desencadear mudanças sociais. Neste postulado, definem-se os elementos que caracterizam a vontade de um Estado em realizar mudanças profundas de modelo político. Necessita-se de uma teoria de planejamento social, no contexto de um capitalismo retardatário, dependente e industrializado de modo truncado, com labilidade ou falta de estabilidade organizacional. A teoria que orienta o pensamento de Mário Testa é a do agir estratégico e a da estrutura comunicativa de Jurgen Habermas, assim devolvendo ao povo, pela ciência, ferramentas que auxiliem na formação de uma consciência crítica, tanto no campo sanitário, como no campo das lutas políticas de libertação. O plano de saúde, deste modo, admite três tipos de progra-

mação: 1 - de abertura, para criar viabilidade ao “deve ser”, incluindo a mobilização de grupos (tempo político) e programas específicos do setor (tempo técnico); 2 - de avanço; que corresponde ao “deve ser”, à mudança desejada no setor; e 3 - de consolidação, do avanço institucional, com criação de novas formas organizativas.

- Identifica-se grande contradição entre uma posição contrária à formalização metodológica e a proposta de análise diagnóstica e do poder.
- O nível de atomização e de desagregação das categorias envolvidas é muito grande, justificável apenas no rigor analítico, parecendo mais os procedimentos de um método que um marco teórico complexo.
- Oferece uma formulação estratégica ampla, mas tende apenas, na prática, a resgatar elementos do plano tradicional normativo.

O Pensamento Situacional de Carlos Matus

- O planejamento constitui o cálculo que antecipa e preside a ação.
- Para o planejamento, é necessário captar e compreender o olhar do ator envolvido na realidade (posição e intencionalidade).
- Identificar e aceitar a existência de uma pluralidade explicativa, em acordo com o número de atores envolvidos.
- A fundamentação teórica, em Karel Kosik, sustenta o uso da categoria “produção social” e a explicação situacional dos problemas que deve ser feita em dois planos inter-relacionados: o plano da produção dos fatos (determinados) e o plano da produção das essências (determinantes).
- A teoria da ação: agir instrumental + agir comportamental + agir normativo + agir interativo, em articulação própria do espaço social e do político.
- A aplicação se dá através de um fluxograma situacional que visa estabelecer a cadeia de relações que os problemas mantêm com a acumulação de poder e com a legalidade básica do sistema.
- O conceito de “momento” supera a ideia de sequência rígida de etapas, caracterizando-se pela ideia de permanente integração e retomadas, em extrema dinamicidade: 1 - **explicativo**, explicação dos problemas, conceito de situação, teoria da produção social e utilização de fluxograma; 2 - **normativo**, definição do “deve ser” do plano, operações que enfrentaram os problemas, visão modular do plano, operações versus problemas que podem ser acrescentados ou retirados dinamicamente; 3 - **estratégico**, “pode

ser” e “como fazer” dos planos, análise de viabilidade e formulação de uma estratégia; 3 - **tático-operacional**, planificação conjuntural ou a programação de curto prazo, com apoio logístico, tomada de decisão, controle e avaliação.

Para Carlos Matus, a governança é triangular, pois governar implica em articular três macro-variáveis que se interdeterminam constantemente. O conteúdo propositivo do plano ou de uma política resume as intenções, em termos de projetos básicos a serem realizados (macrovariável P). A capacidade de governo ou os conjuntos de habilidades, destrezas, métodos, técnicas de planejamento e gerência (macrovariável C). A governabilidade do sistema, que corresponde às variáveis controladas ou não por qualquer dos atores do processo de governo (macrovariável G).

No Brasil, a complexidade histórica do país, a dimensão demográfica e sanitária, o tamanho do aparelho de Estado e de governo, a situação de economia dependente-associada e a ousada implantação do SUS, exige-se um processo de planejamento flexível, crítico e eficiente, visando queimar etapas, superar obstáculos, respeitar o protagonismo da sociedade civil, sem deixar de apoiar-se no protagonismo do Estado.

3. Administração

1. Gerência/Gestão
2. Avaliação

- *Gerência/Gestão*

A árvore conceitual que envolve gerente, gerência, gerenciamento, gerir, gerencial, gestão, por exemplo, deriva de um prefixo latino, *gest/gero*, que indica desde suas formulações primitivas, o ato de “executar” ou de “encarregar-se voluntariamente de algo”. O desenvolvimento histórico, da sociedade e dos conhecimentos, constitui a árvore conceitual e adiciona novos sentidos. No SUS tornou-se hábito diferenciar gerência de gestão, pelo fato de se adicionar ao segundo termo o poder de ordenar despesas.

Considerando a descentralização e a territorialização, surge o conceito de local, que vem do *locus/loci* latino, originalmente tradutor do *tópos/topói* grego, sempre designando sítio, lugar, ponto específico de um espaço ou território. No caso do SUS o lugar é o município ou uma região

dele (distrito, área), na dependência do tamanho/população. O gerenciamento de um sistema local relaciona-se diretamente com a maneira pela qual o objetivo ou os objetivos de uma política (de saúde, por exemplo) deve ser alcançado, por meio das atividades das pessoas que compõem a organização (da saúde, por exemplo). No nosso caso, denominamos a este sistema de Sistema Local de Saúde-SILOS.

O gestor ou gerente precisa apresentar vocação (gosto e disponibilidade), liderança (carisma, capacidade de ver à frente, capacidade de assumir riscos), respeitabilidade (competência política, competência técnica e honestidade verificada pelos demais). Na modernidade dos Estados democráticos, o gestor ou gerente precisa dispor de dois instrumentos fundamentais:

- Planejamento: conjunto prévio de informações, processos e técnicas para a tomada de decisão.
- Participação: articulação política capaz de proporcionar a co-responsabilização dos destinatários/beneficiários.

O trabalho de gerência/gestão implica num conjunto de condições: 1 - política. 2 - plano. 3 - estrutura organizacional. 4 - recursos técnicos. 5 - recursos financeiros. 6 - pessoal. 7 - distribuição adequada de papéis e responsabilidades.

A gestão/gerência, de sistemas, serviços, programas ou projetos, tem objetivos específicos, associados ao lugar na rede e a características próprias (níveis de atenção, assistência ou habilitação; corte populacional ou por grupo diagnóstico; alta, média ou baixa complexidade etc), mas não pode desligar-se dos objetivos gerais do SUS, associados a seus princípios: equidade, eficácia, eficiência, qualidade e humanização.

Eugênio Vilaça Mendes diz que o modelo brasileiro de gestão da saúde será capaz de mobilizar, criativamente, algumas heranças muito importantes, oriundas da Reforma Sanitária Holandesa (hierarquização, redução da rede hospitalar, fidelidade micro-organizacional aos objetivos macro-políticos em saúde), da Reforma Sanitária Canadense (racionalização, alta tecnologia ambulatorial, concepção paradigmática de rede e de cidade saudável) e da Atenção Gerenciada Norte-americana (medicina baseada em evidência, pagamento por captação e avaliação econômica de custo).

Os passos mais importantes de um novo processo de gestão/gerência em saúde podem ser os seguintes:

- Da cura/reabilitação para a promoção/prevenção.
- Da polaridade hospital/ambulatório para a multiplicidade de locais de atenção.
 - Dos equipamentos de baixa para os de alta escala.
 - Da atenção hospitalar para a atenção ambulatorial.
 - Da atenção secundária e terciária para a primária.
 - Da atenção hospitalar e ambulatorial para a domiciliar.
 - Da atenção primária não resolutive para de alta resolutividade.
 - Do hospital geral para hospital de episódios agudos.
 - Da intuição clínica para as intervenções baseadas em evidência.
 - Do ambulatório de baixa para alta densidade tecnológica.
 - Da exclusividade da medicina científica para as práticas alternativas.
 - Da exclusividade da prática profissional para a valorização do auto cuidado.
- Da separação entre procedimentos propedêuticos e curativos para sua integração.
 - Dos procedimentos invasivos para os não invasivos.
 - Da clínica livre para protocolos.
 - Da atenção em serviços de saúde para serviços sociais.
 - Da medicina baseada em evidência para a medicina baseada em consequência.

Da mesma maneira, além dos passos, é necessário conceber os componentes necessários ao processo:

- A gestão dos riscos populacionais - utilização intensiva da promoção em saúde, articulação intersetorial, produção social em saúde na crença de positividade, ação comunitária no controle do seu próprio destino.
- A gestão da oferta e utilização de serviços - voltada para a cura dos doentes, diminuição das dores e prolongamento da vida.
 - Busca de economia de escala de serviços de maior complexidade.
 - Mudança no papel e nas funções dos hospitais - lugar exclusivo para eventos agudos, uso intensivo do hospital dia, melhoria no sistema de alta.
- Mudanças tecnológicas de impacto - integração de métodos propedêuticos e curativos, procedimentos não invasivos, ambulatorização das cirurgias.
 - Utilização de métodos telemáticos.
 - Uso de protocolos.

- Atenção primária resolutiva.
- Utilização de centros de Enfermagem.
- Atenção domiciliar.
- Uso de práticas alternativas.
- O auto cuidado.
- Uso de serviços sociais.
- O acolhimento.

- *Avaliação*

Avaliar designa o processo de fazer julgamento de valor a respeito de uma intervenção ou sobre qualquer um de seus componentes, com o objetivo de ajudar na tomada de decisões. Este julgamento pode ser resultado de aplicação de critérios e normas (avaliação normativa) ou de procedimento científico (avaliação científica).

Enquanto ferramenta sistematizada e incorporada às práticas empresariais e públicas, a avaliação surge no Ocidente após a II guerra mundial, em relação ao desempenho de programas nas áreas de educação, de emprego, de saúde e de redução de desigualdades sociais.

O *Welfare State* incorpora ao Estado a responsabilidade de avaliar gastos públicos, estimar e medir impactos resultantes de medidas planeadas e incrementar eficácia. Os economistas saem na frente, julgando custos e benefícios.

Devido à complexidade dos problemas de saúde, das grandes zonas de incertezas que existem nas relações entre os problemas de saúde e as intervenções susceptíveis de resolvê-las, das tecnologias médicas e das expectativas crescentes da população, as decisões são particularmente difíceis e exigem seguimento e avaliação continuada.

No desenvolvimento da avaliação podemos identificar quatro estágios básicos: 1 - O primeiro estágio é baseado na medida dos resultados, o avaliador é essencialmente um técnico que tem que saber construir e usar os instrumentos que permitem medir os fenômenos estudados. 2 - O segundo estágio trata de identificar e descrever como os programas permitem atingir seus resultados. 3 - O terceiro estágio é baseado no julgamento da intervenção. 4 - O quarto estágio refere-se à negociação entre os atores envolvidos na intervenção.

A intervenção, por sua vez, é constituída por um conjunto de meios

(físicos, humanos, financeiros, simbólicos) organizados em um contexto específico, em um dado momento, para produzir bens ou serviços com o objetivo de modificar uma situação problemática e é composta por cinco componentes: objetivos, recursos, serviços, bens ou atividades, efeitos e contexto. Ela pode ser uma técnica (um kit pedagógico para melhorar os conhecimentos sobre a alimentação, um teste para detectar más formações fetais, ou um medicamento, por exemplo); uma prática (um protocolo para tratamento de câncer); uma organização (um centro de desintoxicação); um programa (desinstitucionalização de cliente psiquiátrico) ou uma política (humanização da atenção e da gestão em saúde).

Os objetivos oficiais de uma avaliação podem ser de quatro tipos: 1 - ajudar no planejamento e na elaboração de uma intervenção. 2 - fornecer informação para melhorar uma intervenção no decorrer. 3 - determinar os efeitos de uma intervenção para decidir se ela será mantida. 4 - contribuir para o progresso dos conhecimentos, para a elaboração teórica. Os objetivos officiosos podem ser inúmeros, em acordo com cada ator do processo, gestores, usuários, trabalhadores: atrasar uma decisão, legitimar uma decisão, ampliar poder de um grupo de gestores, controlar intervenção, satisfazer exigências de organismos de financiamento, ampliar conhecimentos, obter prestígio, promover uma ideia, aumentar benefícios, reduzir dependência, superar hierárquicas etc.

A avaliação normativa consiste em fazer um julgamento sobre uma intervenção, comparando os recursos empregados e sua organização (estrutura), os serviços ou bens produzidos (processo) e os resultados obtidos, com critério e normas. Apreciar a estrutura significa saber em que medida os recursos são empregados de modo adequado para atingir os objetivos esperados, comparando volume, natureza e adequação de organização, critérios e normas: o pessoal é suficiente e competente?; a organização administrativa favorece a continuidade e a globalidade?; os recursos são suficientes; existe acreditação?.

A apreciação do processo de avaliação estuda a adequação dos serviços para atingir os resultados esperados, compara os serviços oferecidos com os critérios e as normas predeterminadas, em função dos resultados obtidos, e se decompõe em três dimensões: 1 - Técnica, a adequação dos serviços às necessidades, a qualidade do serviço. 2 - Interpessoal, a interação psicológica e social entre clientes e produtores de cuidados. 3 - Organizacional: a acessibilidade aos serviços, a extensão de cobertura dos serviços oferecidos, o caráter

multiprofissional e intersetorial, a continuidade no tempo e no espaço.

A pesquisa avaliativa constitui ferramenta fundamental do processo de avaliação e apresenta, logicamente, seis possibilidades, em acordo com os tipos de análise: 1 - Análise estratégica. 2 - Análise da intervenção. 3 - Análise da produtividade. 4 - Análise de efeitos. 5 - Análise de rendimento. 6 - Análise de implantação.

IV. Supervisão, gestão de conflitos e redução hierárquica

Os serviços de saúde mais e mais adquirem complexidade interna de funções e integração a sistemas e redes. Tomemos um Centro de Atenção Psicossocial-CAPS como exemplo.

- Um CAPS atende demandas espontâneas da população, do sistema básico de saúde (agentes de saúde, programas de saúde da família, postos de saúde) e de equipes mínimas de saúde mental em Centros de Saúde a ele regionalizados, integrando-se a sistema de atenção primária.

- Um CAPS encaminha e recebe clientela de serviços ambulatoriais, hospitalares (preferencialmente de unidades psiquiátricas em hospital geral e serviços de internação parcial) e de oficinas protegidas, integrando-se a sistema de atenção secundária.

- Um CAPS constitui-se em interface com todas as iniciativas governamentais e da sociedade civil que visem atender múltiplas carências sociais, desde as básicas (nutrição, educação, habitação, emprego etc), até as mais complexas de cidadania (cultura, autoexpressão, associatividade etc), passando por outras de natureza mais específica (educação especial para deficientes, recuperação de drogadictos, heteronomia da adolescência, desamparo da terceira idade etc), integrando-se a sistema de política social.

- Para garantir os direitos da população de cobertura universal e equidade, um CAPS deve estar integrado a comunidade limitada geográfica e demograficamente, viabilizando universalidade e acessibilidade local plena.

- Um CAPS é um serviço que contém, nele próprio, múltiplos níveis de atenção, devendo proporcionar alternativas terapêuticas, preventivas e habilitadoras adequadas às diferentes demandas, necessitando incorporar multiplicidade de dispositivos, procedimentos, técnicas.

- A organização de um CAPS demanda crítica da formação dos trabalhadores e das práticas, pois alterações econômicas, políticas, sociais, culturais, demográficas e de perfil sanitário resultam em mudanças comportamentais, emocionais, intelectuais e representacionais, daí a imposição de educação permanente e de sistemático processo de pesquisa científica (epidemiologia, psicopatologia, representação social, saúde mental e trabalho, saúde mental e família, sexualidade etc) que instrumentalizem novas abordagens, programas e projetos.

- A lógica de um CAPS exige redução crítica da hierarquia interna, pois o combate ao taylorismo e ao autoritarismo passa pela redução da hierarquia interna na equipe, o que pode ser obtido através de variadas táticas: coordenação rotativa que não seja prerrogativa de alguma profissão; estabelecimento da prática do terapeuta emergente, não formalizada por profissão, capaz de reduzir as diferenças entre profissionais de nível superior; e estabelecimento do rodízio de funções entre trabalhadores de nível médio, criando-se a figura do auxiliar de saúde mental, isto é, auxiliar por função, não por especificidade profissional (auxiliar de enfermagem, auxiliar de terapia ocupacional, auxiliar de serviço social etc).

- A lógica de um CAPS exige redução crítica da hierarquia assistente/assistido, pois o demandante de cuidados em saúde, na perspectiva da humanização, não representa uma outra espécie de ser, mas alguém que está realizando uma possibilidade de todo ser humano. Para o combate à violência autoritária e às lógicas asilares convém aproximar assistentes e assistidos, enfatizando a fenomenologia do encontro, rompendo barreiras de intolerância e gerando campo comum de experiências. Todos compartilham espaços, quotidianos e possibilidades sociais reais.

- A lógica de um CAPS o coloca como centro dinâmico das políticas de saúde mental, pela articulação com Secretarias, Conselhos de Saúde, Sociedades de Classe e ONGs.

- Finalmente, a lógica de um CAPS exige prática multiprofissional interdisciplinar, pois o trabalho em saúde, sobretudo em saúde mental, obrigado à constituição de equipes. Se a equipe é complexa e necessária e seu objeto é complexo, transpassado de subjetividade e história, ela própria passa a se constituir como um caso a ser cuidado, preservando a força crítica do trabalho e a saúde mental dos próprios trabalhadores. A supervisão sistemática das atividades torna-se então necessária, pois o trabalho em equipe pode derivar para o espontaneísmo, o taylorismo ou a

luta interna de pólos de poder, caso a multiprofissionalidade não busque a interdisciplinaridade garantida por eixo de princípios concordantes.

- A supervisão deve ser encarada como um processo permanente, de natureza institucional, exercida por um profissional externo, de reconhecida competência técnico-teórica, que sistematicamente auxilie a equipe na prática da autocrítica e da colocação de novos objetivos.

- Esta supervisão institucional não prescinde do acompanhamento técnico-tecnológico, pois problemas específicos, ligados ao exercício de técnicas para o manejo individual ou coletivo, ou à implantação de novos programas, podem sugerir a necessidade de contratação de formação específica, por tempo limitado, a partir de um acordo da equipe com o supervisor institucional.

- O próprio CAPS, por sua vez, também supervisiona os serviços ou ações, referidos ou articulados, como as equipes mínimas de saúde mental alocadas em Centros de Saúde da área de regionalização do CAPS ou as ações de saúde comunitária da atenção primária.

Os problemas de uma equipe de atenção primária, de saúde da família, de saúde mental, de saúde do trabalhador, por exemplo, podem resultar de conflitos de variadas naturezas (político-ideológicas, econômico-financeiras, entre níveis hierárquicos, entre níveis de formação, inter-teóricas, inter-corporativas e inter-pessoais) e elas podem se expressar umas pelas outras, de forma labiríntica e especular. Portanto, as competências incorporadas nos serviços de saúde, na perspectiva da humanização, da integralidade, da universalidade e do acolhimento, são de múltiplas naturezas: Ética, Política, Cultural, Técnica e de Compreensão das Narrativas da Subjetividade.

Acolhimento, conhecimento e competências: educação continuada em saúde

Cleide Carneiro

*O mais importante e bonito, do mundo, é isto:
que as pessoas não estão sempre iguais,
ainda não foram terminadas –
mas que elas vão sempre mudando.
Afinam ou desafinam.
Verdade maior...
(Guimarães Rosa)*

Este seminário destina-se a cumprir os objetivos do módulo teórico do curso abordando especificamente os conteúdos que dão conta dos aspectos voltados às competências técnica, relacional e emocional necessárias a um desempenho eficaz, eficiente e satisfatório para o trabalhador e a clientela que busca atendimento nas unidades de saúde. A didática seguirá uma estratégia de exposição de tópicos referentes às competências necessárias a este desempenho priorizando a participação dos trabalhadores nas discussões com evidências e problematização das suas vivências cotidianas nas unidades de saúde.

O homem é o único animal que necessita de aprendizado sistematizado, o conhecimento/saber não nos é inato. E para adquirir diferenciadas formas de comportamento, habilidades e atitudes que lhe permite sobreviver como ser humano, o mais importante é saber fazer uso da linguagem e ser capaz de construir relações sociais. A linguagem permite ao homem atingir sua essência de ser humano ao se construir construindo o outro, exercitando a qualidade de ser relacional que lhe é intrínseco. Sem comunicação não há relação, não há humanização. Em todas as épocas, independente da cultura, dos valores e crenças, enquanto resultado da interação dialógica entre os seres, esse *entre os seres* foi responsável pela hominização das sociedades: construção dialógica da cultura.

Cortela (2000), trabalhando o papel da educação e dos saberes enquanto lugar de crescimento do ser humano nos diz que o homem não nasce humano e, sim se torna humano na vida social e histórica, no interior da sua cultura produzida e vivenciada por ele e seus pares.

Os sentimentos podem ser catalogados também como primordiais na construção da humanidade e normalmente representam valores, espelhos, reflexos de uma época. Podemos perceber, por meio de sentimentos, como homens e mulheres vivenciam na esfera das relações a construção do humano. Também podemos dizer que o conhecimento comporta em variadas matizes e coloratura, o “como” aprender a sentir implicando o “como” sentir para aprender. Por essa razão, a educação de habilidades e competências ocupacionais não pode estar desatrelada de um universo que contemple objetivamente a subjetividade e a emoção humana.

Contrariando esta certeza, muitos cursos e escolas responsáveis pela formação técnica-ocupacional dos profissionais da saúde ignoram a essencialidade da cultura e dos sentimentos, no sentido de que não contemplam uma visão conceitual voltada para abarcar esta totalidade necessária para a aprendizagem dessa matéria fina que é a saúde do ser humano. Considerar estes fatores é fundamental desde que estamos falando de profissões voltadas para a responsabilidade com a vida e morte de todos, incluindo nossos profissionais de saúde.

Entre as razões para uma formação deficiente podemos apontar a eterna crise das políticas públicas brasileira notadamente educação e saúde, para Cortela (2000), “a educação pública das últimas décadas (com reflexo no ensino privado) foi um desaguadouro do intencional apartheid social”, refletindo sobremaneira numa formação insuficiente obrigando a construção de um eficiente sistema de ensino de pós graduação não só para atualização e acompanhamento da realidade histórica, mais sobretudo para minimizar as deficiências já pontuadas.

Um outro lugar da capacitação formadora a ser trabalhada no âmbito da saúde é a necessidade constante de treinamento para aprimoramento de novas tecnologias no fazer/saber, como também uma vigilância necessária de crescimento individual e grupal nos relacionamentos desenvolvidos no cotidiano das unidades de saúde. São esses os pressupostos que embasa este nosso curso dialógico de capacitação continuada tendo como temática principal “Acolhimento” com vistas a implantação de uma cultura de humanização competente voltada para a satisfação de clientes internos e externos.

Entre os conceitos existentes sobre Acolhimento escolhemos trabalhar com aquele elaborado por (Paidéia, 2001) que nos remete à atitudes simples, mas sobretudo compromissada na realização dos serviços e de nossas competências: “acolhimento é receber bem, ouvir a demanda, buscar formas de compreendê-la e solidarizar-se com ela: deve ser realizado por toda a equipe de saúde, em toda relação profissional de saúde – pessoa em cuidado”, e aponta como objetivo a ser atingido utilizar uma escuta ampliada do motivo da procura do serviço, considerando o contexto em que o usuário está inserido.

Para darmos conta da execução deste modelo necessitamos de ferramentas para a condução do processo com toda a especificidade que o trabalho em saúde nos coloca: identificar as necessidades de saúde do usuário; dar encaminhamento qualificado ao problema apresentado; qualificar a relação trabalhador da saúde/usuário, em parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania; oferecer soluções possíveis e seguras com agilidade e uso racional dos recursos disponíveis; vislumbrar o espaço da saúde enquanto produtor de conhecimentos e garantir o acesso a este, compreendendo que o conhecimento produzido pela humanidade é patrimônio de todos; garantir o acesso a oportunidades que levem à apropriação do conhecimento por todos os indivíduos, de todas as camadas sociais enquanto um dever ético; garantir atualização competente e constante dos trabalhadores da saúde em virtude dos avanços tecnológicos e a complexidade da vida moderna.

Os espaços das unidades de saúde se constituem lugares privilegiados para elaboração de diagnósticos e avaliação dos problemas enfrentados pela população que dele fazem uso. Ainda somos muito poucos nos dedicando ao estudo dos problemas da sociedade complexa em que vivemos tendo a saúde como lugar de explosão das conseqüências da exposição a riscos e incertezas advindos das vivências e conflitos trazidos por esta sociedade. Conforme nos alerta Morin (2001), privilegiar a todos com uma educação ética compromissada com a vida se constituiria no antídoto natural para este enfrentamento. O aprendizado da história e a compreensão dos determinantes sociais que abastecem grande parte do sofrimento e adoecimento da humanidade se constituem atitude indispensável ao desenvolvimento de conforto e qualidade de vida melhorada para vários segmentos. A insistência em uma educação fragmentada e descolada da real necessidade da maioria dos seres humanos continuará provocando desenvolvimento parcial e excludente.

1. Aprendizagens e vivências fundamentais

A partir de 1998, a UNESCO adotou como forma de enfrentamento a todo este complexo de riscos e incertezas que vem sendo capitaneados pela educação/formação no mundo, o método humano de aprendizagem para uma cultura de desenvolvimento responsável: aprender a conhecer; aprender a aprender; aprender a fazer; aprender como fazer; aprender a conviver; e aprender a ser. Esses quatro pilares fundamentais da educação devem ser adotados como método no ensino das aprendizagens fundamentais para sempre balizar aprendizados e competências que vamos necessitando ao largo de nossas vidas (DELORS, www.4pilares.net/2005).

Estamos aqui falando de um conhecimento emancipador capaz de provocar vivências autônomas como preconiza Paulo Freire (1996), que nos alerta para a característica desse tipo de conhecimento: exige criticidade; corporificação das palavras pelo exemplo; aceitação do novo e rejeição de qualquer forma de discriminação; reflexão crítica sobre a prática; reconhecimento e assunção da identidade cultural.

Para que atinja a finalidade desejada de utilidade para o desenvolvimento humano o conhecimento deve ser vivenciado de forma organizada: 1. deve ser intencional, contemplando aspectos éticos, evidenciando a vontade dos sujeitos em seus processos decisórios; 2. deverá estar voltado para implementação dos avanços tecnológicos em todas as instâncias, impedindo privilégios a grupos minoritários e privilegiando princípios garantidores de equidade e inclusão de todos no direito à atenção e assistência a saúde; 3. deve garantir o manejo competente e adequado dos conteúdos; 4. deve garantir e incentivar grupos de leitores e escritores, registro da (e) histórias, casos, contos, ou seja, valorizando e agregando a cultura e os valores dos povos.

A seguir desenvolveremos cada ponto das aprendizagens fundamentais propostas pela UNESCO, os apresentado em separado, sendo este artifício apenas um manejo didático, pois não podemos apreender o significado destes princípios em separado. Por coerência lógica os mesmos são inseparáveis, forma um todo dialético construindo metodologia para uma consciência crítica voltada para contemplar as necessidades dialógicas de construção do vir a ser/ser humano.

1. Aprender a Conhecer: inclui ações práticas cotidianas; domínio da leitura e da escrita; capacidade de perceber para ler o mundo em

entrelinhas; capacidade para acessar informações. Significa compreender o aprendizado e como o mesmo se efetiva; valorizar o conhecimento e o saber social; capacidade para compreender e operar o entorno social; capacidade de calcular, intuir e de resolver problemas.

2. Aprender a aprender: significa compreender como o processo de aprendizado se inicia e quais as condições que o facilitam; aprender a refletir e a valorizar as próprias aprendizagens, experiências, ensaios, acertos e erros cometidos, incorporando as lições aprendidas e construindo um método próprio de aprender.

3. Aprender a fazer: envolve a capacidade de passar de uma atividade a outra, de uma função a outra com flexibilidade e criatividade, bem como a predisposição de aprender sempre, renovando conhecimentos, habilidades e atitudes. É saber transformar o conhecimento da formação profissional em prática adequada ao contexto.

4. Aprender como fazer: desenvolver, além da formação profissional, comportamentos sociais cada vez mais requeridos no desempenho de qualquer função profissional; desenvolver aptidão para trabalho em equipe, para tomar decisões em grupo, para gerir e resolver conflitos, para ter espírito de iniciativa, criatividade e autonomia.

5. Aprender a conviver: só participando, se colocando dentro do processo, pois participação é um processo onde se ensina e se aprende a participar/participando, qualificando-se para adquirir autonomia e condições para ser co-responsável, tomar decisões pela vida de (si), do outro, da comunidade e do país.

6. Aprender a ser: é transversal. É universal. Compreende:

- Aprender a aproximar-se dos outros utilizando hábitos simples como saudações (demonstram interesse no outro que pode ser colegas de trabalho ou clientela) e as regras da conduta e cultura dominante;

- Aprender a ouvir o outro com propósito inicial de compreender sua visão de mundo para interpretar suas ações e as razões que fundamentam seu modo de ser (colocar-se no lugar do outro, e desenvolver atitudes de respeito e solidariedade, o que nos capacita para conviver com as diferenças);

- Aprender a propor sem impor (opositores não são inimigos, é possível a convivência harmoniosa desde que haja respeito no conviver), fazer acordos para resolver discordâncias e conflitos, sem romper a convivência, ou seja, aprender a ceder sem ser um perdedor;

- Compreender que os conflitos são inerentes ao processo democrático e que, bem administrados, podem alavancar avanços necessários e importantes;
- Aprender a ver na diferença do outro algo que complementa e enriquece a todos que compartilham diferenças e diversidades;
- Aprender a buscar a unidade na diversidade, sem cair na uniformidade;
- Aprender a conviver com o clima de competição e concorrência e tensões sociais presentes numa sociedade complexa que às vezes obscurecem o valor do outro;
- Aprender a conviver com a agressividade natural do ser humano, que deverá ser canalizada com criatividade e respeito para o bem de todos;
- Estimular a capacidade de todos em questionar de forma positiva as dificuldades, os modismos; e propor mudanças, oportunizando revisão de princípios, de conceitos e de mudança de rumos;
- A convivência social é um processo em construção permanente;
- Pressupõe aprender a respeitar a si mesmo e aos outros, elaborar pensamentos críticos, formular seus próprios juízos de valor, decidir com liberdade e discernimento. Também entrar em contato com a própria criatividade, com seus sentimentos e com sua imaginação. Reconhecer seus próprios limites, comparando seu desempenho com vistas a desenvolver novas habilidades e atitudes no convívio profissional e social.

2. A equipe e o acolhimento humanizado

*Um galo sozinho não tece uma manhã:
ele precisará sempre de outros galos (...)
que com muitos outros galos se cruzem,
os fios de sol de seus gritos de galo para que a manhã,
desde uma teia tênue se vá tecendo, entre todos os galos.*

João Cabral de Melo Neto

O que é uma equipe? O que é um grupo? Vamos tratar aqui desses importantes lugares de vivência cotidiana, lugares onde se tecem as relações, onde se constroem as formas potenciais do viver humano.

Que novas vivências podemos ter e aprender se nos encantarmos com a possibilidade de troca, de compromisso e de segurança que pode

nos trazer a convivência em grupo. Construir uma equipe coesa tem sido a meta de muitos gestores. Gerentes de unidades de saúde comprometidos com a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população perseguem o entrosamento e a superação cotidiana de conflitos.

2.1. O grupo (*eu, você, nós*)

Um grupo é um sistema social que envolve interação regular entre seus membros e uma identidade coletiva comum. Isto significa que o grupo tem um senso de “nós” que permite que seus membros se considerem como pertencendo a uma unidade. A quantidade de interação e do senso de nós desempenha papel importante nos conflitos e relações entre os membros de um grupo e/ou com outros grupos.

Sempre ouvimos que vestir a camisa de uma empresa, de um grupo do qual fazemos parte, é partilhar uma mesma causa, é comungar de objetivos comuns, crenças e valores, assinar em baixo para o que advém desta convivência. Fazemos apenas um reparo que este comungar deve ser a partir de um olhar amoroso-crítico ao grupo/equipe da qual estamos vestindo a camisa. Olhar amoroso para construção do melhor e crítico para podermos encontrar erros e acertos com a intenção de zelarmos pelo crescimento do trabalho e conseqüentemente de todos.

Um grupo é uma reunião de pessoas ligadas para um fim comum. De acordo com o Dicionário Aurélio (1988), para a Sociologia um grupo é a forma básica de associação humana: agregado social que tem uma entidade e vida própria, e se considera como um todo, com suas tradições morais e materiais. O grupo pressupõe um sentimento de pertença, capaz de estabelecer laços profundos de subjetividade compartilhada.

Os grupos são importantes em razão das conseqüências sociais que produzem: socialização, controle social. É o lugar dos cuidados (conseqüentemente, do Acolhimento) dispensados às crianças, idosos, de pessoa a pessoa (grupos de amigos); lugar de pesquisa científica, trabalho em equipe, movimentos sociais, de guerras e religião e também de amor.

Alguns grupos têm como marca registrada inicial o objetivo da vivência de interesses antagônicos entre eles podemos destacar “grupos de interesses ou pressão” que tem por finalidade influenciar a distribuição e o uso de poder político na sociedade. (*lobbies*); outros, (artistas, modelos,

intelectuais, políticos, a gang do bairro vizinho), como aqueles que usamos como padrão de referência e ou de comparação, pouco importando se fazemos ou não parte do grupo modelo. São grupos que funcionam como semeadores de comportamentos, atitudes, modelos para imitação. É nos grupos que vivenciamos os conflitos surgidos da convivência de interesses antagônicos, culturas, valores e crenças diferentes.

Para que se consiga a unidade em grupo alguns elementos se apresentam como necessários: adesão a valores; regras explicitadas para o conhecimento de todos; tarefas e objetivos a serem atingidos delimitados; respeito à posição do indivíduo no grupo; a regulação de si; enfrentamento dos conflitos por todos os integrantes (a questão do poder, das hierarquias, os preconceitos, os sonhos e as vaidades).

Para Fela Moscovici (2004), os conflitos são componentes inevitáveis e necessários da vida grupal. A partir de divergências de percepções e idéias as pessoas se posicionam e pode daí surgir a situação conflitiva. Não somos iguais a ninguém, somos todos desiguais e advém daí a beleza do viver humano, e esta necessidade de exercício de compreensão do outro, outro enquanto mesmo ser humano que eu.

Os conflitos normalmente têm diferentes interfaces a serem consideradas para sua superação sendo que as divergências estão relacionadas às vivências particulares de cada indivíduo, estando responsáveis por condução pessoal de procedimentos, estratégias, atitudes e até habilidades na condução do trabalho. Todos nós exercemos um papel particular dentro da equipe de trabalho e do grupo do qual fazemos parte na comunidade: aqui sou auxiliar, médico, motorista, ali sou pai, namorado amigo, coordenador do sindicato e membro do clube da esquina. Os variados papéis que desempenhamos em diferentes espaços, influencia atitudes que muitas vezes apresentamos sem nos darmos conta que tais atitudes são reflexos de vivências sedimentadas que podem contribuir favoravelmente ou não nos inúmeros relacionamentos que vamos construindo na teia do cotidiano: entender como nos comportamos e reagimos às situações nas equipes enquanto seres portadores de inúmeros papéis, nos ajudará a solucionar conflitos na equipe de trabalho, nas relações entre trabalhador/trabalhador, trabalhador/clientela.

A diversidade, qualidade inerente aos grupos humanos, ganha a dimensão de maturidade afetiva e capacidade política dos membros de um grupo quando estes vivenciam os desafios com o objetivo de crescimento para todos e não em razão de privilégios de segmentos já sacramentados

como donos do mundo ou do poder, poder este que será dividido entre os membros da equipe multiprofissional.

2.2. Equipes de trabalho em saúde e acolhimento

A equipe, entendida por nós como o conjunto de pessoas que se aplicam a uma dada tarefa/trabalho (finalidade), pressupõe espaço de realização da competência técnica, relacional e inter-relacional.

Em razão do caráter interdisciplinar necessário para a realização da finalidade última da atenção em saúde denominamos a equipe de trabalho não mais como “equipe médica” onde a ênfase do trabalho recaia na atuação do núcleo duro de trabalhadores em saúde, a saber, o médico, o setor de enfermagem e o dentista. Minayo (2004) vem a muito apontando a primazia e a necessidade de privilegiar o interdisciplinar no desempenho das ações em saúde, nesse sentido, vemos aos poucos sendo incorporados outras competências técnicas ao fazer de uma equipe em dias passados responsável por uma atenção menos abrangente e menos expandida como é a característica dos dias atuais. Nesse sentido um dos lugares a ser resignificado é aquele pelo profissional médico, em razão de condutas muitas vezes arbitrárias, respaldadas em um poder quase absoluto conferido por largos anos de afirmação de um processo histórico que garantiu a corporação médica o lugar de responsabilidade absoluta pela vida e morte. Com a complexidade da vida moderna e o avanço da sociedade tecnológica tornamo-nos mais eficazes quando garantimos a miríade de possibilidades colocadas ao nosso alcance pelo avanço científico.

A equipe de saúde hoje se nomeia como um grupo de pessoas com objetivos comuns voltados para promover a saúde na comunidade, embora ainda conviva com regras e normas muito rígidas de experiências passadas onde o poder médico assumia para si toda a responsabilidade pelo desempenho dentro do processo de trabalho. O exercício de velhos padrões unidisciplinar na atenção em saúde, responde por inúmeros conflitos advindos muitas vezes do abuso do poder centrado na figura do médico que em muitas ocasiões se torna responsável pela autonomia atrofiada reinante do restante da reinante na equipe que está sempre vivendo em razão do cumprimento ou não do horário do médico e de sua disponibilidade (ou não) para implementar programas e ou até mesmo cumprir o trabalho básico que a comunidade espera.

2.3 *Acolhimento, Conflito e Motivação na equipe*

*“Dá-me uma ordem verbal e esquecê-la-ei na hora seguinte,
/Se me impuseres por escrito,
talvez me lembre durante uma semana.
Tenta me cativar para tua idéia,
e então, sim, sentir-me-ei responsável por ela”.*
(Anônimo.)

O acolhimento começa nas relações pressupõe um diálogo responsável e participativo, entre os trabalhadores, acolher ou não uma ordem de trabalho, ser solidário com um colega novo ou com vários anos de trabalho em situações adversas, acolher liderança da gerência e ou de colegas que se destacam na condução do processo de trabalho dentro da unidade são instâncias que revelam o potencial de uma equipe em desenvolver ações verdadeiras e competentes junto à comunidade de forma satisfatória.

Ocupar um cargo na equipe de saúde, no cenário contemporâneo, onde diversos saberes concorrem num mesmo espaço, não é tarefa simples e necessita de compreensão da interdisciplinaridade contida no processo de trabalho, é missão de todos, desenvolver habilidades competentes para o convívio objetivando a produção de saúde a partir do trabalho coletivo e não a partir de um indivíduo isolado.

Para enfrentar os conflitos que podem advir da defasagem de ansios e esperanças entre chefias e trabalhadores e trabalhadores/gestores/usuário, faz-se necessário o exercício do diálogo por meio de reuniões sistemáticas que proverá o conhecimento necessário para haver entrosamento e crescimento a partir do reconhecimento de falhas e méritos de cada um.

2.4. *Novos tempos, novos cenários, uma nova organização*

*O meu olhar é nítido como um girassol.
Tenho o costume de andar pelas estradas
olhando para direita e para esquerda,
e de vez em quando olhando para trás...
E o que vejo a cada momento
é aquilo que nunca antes eu tinha visto,*

*e eu sei dar por isso muito bem...
Sei ter o pasmo essencial
que teria uma criança se, ao nascer,
reparasse que nascera deveras...
Sinto-me nascido a cada momento
para a eterna novidade do Mundo...*

Fernando Pessoa

Em quase toda roda de conversa é cada vez mais usual falarmos sobre como a ausência de valores tais como honra, compromisso e ética seja responsável pela sucessão de conflitos e o aumento perceptível de ansiedade e angústia seguida de temores e descrenças na sociedade.

Nesse mar de angustias e desassossego a família sempre vista como lugar criadouro desses valores, vem sendo vista como espaço onde essas mudanças também acontecem refletindo em todos as vivências relacionais do ser humano à medida que a família entre nós ainda se constitui berço formador de subjetividades das pessoas. Outro espaço que assimilou de forma muito rápida essa mudança é o cotidiano das relações de trabalho, consequência da implementação do modelo imposto pelo sistema capitalista onde o mercado de trabalho se apresenta cada vez mais equidistante dos valores centrados na solidariedade e compromisso com o outro. Isso tudo vem nos últimos tempos direcionando a prestação do cuidado ao ser humano em todas as áreas, sendo educação e saúde as mais prejudicadas.

A busca de melhor qualidade de vida por meio da luta por direitos básicos tais como; boa saúde, habitação confortável, educação a todos e trabalho digno, faz parte da luta pela implementação de um cuidado responsável em saúde; somando com a utilização do avanço tecnológico que nos proporciona um viver mais igualitário e de dignidade a todos os seres independente de grupos a que pertençam.

É nossa tarefa como profissionais de saúde fazer acontecer um tempo voltado para conquista de direitos elementares do ser humano, que o eleve à categoria de cidadão incluído, não o desobrigando da contrapartida dos seus deveres no processo de vir a (ser) humano. O dever ser humano pode e deve estar voltado para a cooperação encaminhando a competição natural latente em todos nós, para um lastro de solidariedade cuja finalidade é implementar um ambiente de garantia do bem estar de todos, onde a cooperação entre como coadjuvante na garantia de competência para todos.

Um novo ser ativo e reflexivo, pautado na dimensão linguagem/comunicação, como lugar estruturante de sua identidade, é um ser complexo, simbólico, um ser de pulsão capaz de transformar sua realidade ao mesmo tempo que se transforma, mas se sua atividade for esvaziada de sentido o que resta será consciência alienada a mera repetição de atividades e procedimentos.

3. Competência e Acolhimento

Tornar-se exaustivamente competente nos dias de hoje, é uma exigência da sociedade complexa que idealizamos e que estamos vivenciando. Não mais nos entendemos como seres humanos inseridos na modernidade ou pessoas integrantes do cenário contemporâneo se não contarmos com os benefícios e malefícios da tecnologia colocada a nosso dispor com a velocidade da luz há algumas décadas. Todos os dias surgem novas inventivas que tornam obsoletos àquele que recebemos ontem como o mais promissor aparelho de tecnologia. Como estar competente para tão céleres mudanças no cotidiano? Cabe aqui uma pausa para discutirmos um conceito, uma noção de competência que resguarde um princípio, uma visão de mundo onde todos, sem exceção têm potencialidades armazenadas e quando não utilizadas e canalizadas para o desenvolvimento de pessoas e grupos este potencial que é inato ao ser humano torna-se não competente e cristaliza-se em exclusão, perdas sociais e individuais irreparáveis.

A tela de fundo para este cenário são nossas crianças famintas e adoecidas a vagarem pelas ruas da maioria das cidades brasileiras sem que autoridades responsáveis por uma política maior de Acolhimentos (saúde, educação, desenvolvimento social) priorize e sedimente por meio de ações integradoras a permanência desse segmento de jovens e crianças junto às suas famílias desfrutando de equipamentos sociais integradores capazes de oferecer, cuidar e preservar a saúde de todos e em todas as dimensões possíveis e necessárias.

Trabalhamos com o conceito de competência abarcando o agir num contexto, de forma responsável e legitimada, através da mobilização, integração e transferência de conhecimentos, habilidades e capacidades em geral, como expressos por Zafirian (1999) “Competência é a capacidade de enfrentar – com iniciativa e responsabilidade, guiados por uma inteli-

gência prática do que está ocorrendo e com capacidade para coordenar-se com outros atores e mobilizar capacidades – situações e acontecimentos próprios de um campo profissional”.

Ou seja, competência implica capacidade de ação diante dos acontecimentos. Como estamos nos dedicando ao espaço das competências do trabalho no campo da saúde, nos reportamos ao conceito referenciado pelo Sistema Único de Saúde “capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho (imprevistas ou não), assumindo a responsabilidade do cuidado a partir da concepção da saúde como qualidade de vida, interagindo com a equipe e com os usuários, percebendo suas necessidades e escolhas e valorizando sua autonomia para assumir sua própria saúde”, – (PROFAE) - SIS/MS, 2000).

3.1. Os sentidos da competência

O modelo de profissional requerido pelas instituições no contexto contemporâneo importa um manejo amplo de muitas competências individuais que bem articuladas e integradas ao corpo coletivo resultam em capacidade de reordenação e crescimento das formações específicas num movimento contínuo de resignificação dos conhecimentos e das práticas em andamento. Dessa forma o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes particular de cada indivíduo será acrescido continuamente a partir do cotidiano relacional vivenciado. Para isso algumas atitudes e habilidades adquirem importância de serem cultivadas na equipe pois se transformam em veículos de mudanças e qualificação do processo de trabalho desenvolvido, entre elas podemos destacar: 1. Iniciativa (iniciar uma ação por conta própria); 2. Responsabilidade (responder pelas ações sob sua própria iniciativa e sob iniciativa de pessoas envolvidas nestas ações, colaborar no processo de construção e consolidação de sua autonomia); 3. Autonomia (aprender a pensar, argumentar, defender, criticar, concluir, antecipar mesmo quando não se tem poder para, sozinho, mudar uma realidade ou normas já estabelecidas). Pressupõe que a organização do trabalho admita que as ações profissionais competentes transcendam às prescrições, mas não é sinônimo de independência, e sim de interdependência, responsabilidade, compromisso entre as partes e reciprocidade; 4. Inteligência prática (capacidade para articular e mobilizar conhecimen-

tos, habilidades, atitudes e valores colocando-os em ação para enfrentar as situações imprevistas ou não, de forma eficiente e eficaz. Exige saber, conhecer, avaliar e mobilizar, compreender e interpretar os motivos dos comportamentos humanos); 5. Coordenar-se com outros atores (solidarizar-se e compartilhar situações e acontecimentos do trabalho, assumindo a co-responsabilidade e postura ética); 6. Enfrentar situações e acontecimentos próprios do campo profissional (transcender a visão restrita do simples “posto de trabalho”).

O Ministério da Saúde, define competência para o cuidado em saúde como “Capacidade de mobilizar e articular conhecimentos, habilidades, atitudes e valores requeridos pelas situações de trabalho (imprevistas ou não), assumindo a responsabilidade do cuidado a partir da concepção da saúde como qualidade de vida, interagindo com a equipe e com os usuários, percebendo suas necessidades e escolhas e valorizando sua autonomia para assumir sua própria saúde” (MS, 2000). Em março de 2006, o Ministério da Saúde publicou por meio da portaria 648, as atribuições comuns a todos os profissionais que integram as equipes do Programa de Saúde da Família:

1. participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos, inclusive aqueles relativos ao trabalho, e da atualização contínua dessas informações, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local;

2. realizar o cuidado em saúde da população adscrita, prioritariamente no âmbito da unidade de saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), quando necessário;

3. realizar ações de atenção integral conforme a necessidade de saúde da população local, bem como as previstas nas prioridades e protocolos da gestão local;

4. realizar a integralidade da atenção por meio da realização de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos e curativas; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas e de vigilância à saúde;

5. realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local;

6. realizar escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;

7. responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;

8. participar das atividades de planejamento e avaliação das ações da equipe, a partir da utilização dos dados disponíveis;

9. promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social;

10. identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS;

11. garantir a qualidade do registro das atividades nos sistemas nacionais de informação na Atenção Básica;

12. participar das atividades de educação permanente; e

13. realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais.

Para o desempenho dos novos requisitos necessários para prestação do cuidado em saúde, temos que criar condições de aproveitamento dos elementos necessários para o desenvolvimento desse novo trabalho pautado por uma postura de compromisso e responsabilidade, permeada pela visão de mundo de cada trabalhador integrante da equipe. Conhecimento, valores, acúmulo de experiência, comportamento ético, habilidades adquiridas, confiança, envolvimento, motivação, comunicação, e renovação constante de conhecimento, permitem a elaboração de protocolos pautados pela humanização e a qualificação do atendimento.

3.2. Estratégias e implementação de competências em acolhimento e humanização

Construir espaços para trabalho competente em saúde para implementar “a reforma e ampliação da clínica e das práticas de atenção integral à saúde - como a responsabilização e a produção de vínculo terapêutico - dependem ainda da instituição de novos padrões de relacionamento entre os profissionais de saúde e os usuários dos serviços” (Cartilha da PNH, 2005), implica em instituir espaços onde a comunicação entre trabalhadores/gestores/usuários seja permanentemente objeto de aperfeiçoamento e construção de afinidades, troca de experiências e aprofundamento teórico-conceitual. As ações que integram a nova clínica ampliada buscam a interação entre o Saber (conhecimento) de todos, que em conjunto com habilidades e atitudes apreendidas por cada um, em experiências de vida e vivências culturais, são estas a saber:

3.2.1. Desenvolver em equipe ações de promoção da saúde e prevenção de riscos ambientais e sanitários, visando a melhoria da qualidade de vida da população:

a) Habilidades: mobilizar recursos de comunicação, organizar grupos discussão, orientar os usuários sobre medidas de prevenção de riscos ambientais e sanitários, identificar e interagir com parceiros de vários setores para desenvolver ações de promoção da saúde, identificar e informar condições de risco e agravos à saúde; participar dos conselhos da saúde.

b) Conhecimentos: processo saúde/doença; promoção da saúde (conceitos e estratégias: integralidade, atitudes saudáveis, participação comunitária e habilidades pessoais, políticas de saúde no Brasil, psicologia do comportamento humano, métodos epidemiológicos (dados demográficos, indicadores, conceitos básicos de prevenção e controle.

c) Atitudes: comportamento afetivo, ético e emocionalmente empático com usuários e entre trabalhadores .

3.2.2. Desenvolver em equipe ações de planejamento participativo e avaliação

a) Habilidades: participar do levantamento das necessidades de saúde da comunidade; contribuir para o plano de ação da unidade de saúde; contribuir na realização de pesquisas; realizar atividades que envolvam a comunidade nas ações de planejamento e avaliação local do s. de saúde; avaliar as atividades programadas e realizadas; re-programar as atividades e estratégias definidas no plano de ação.

b) Conhecimentos: Metodologias para identificar demandas por cuidado em saúde, selecionar prioridades; avaliação das condições de saúde da comunidade; elaboração de plano de ação; políticas e modelos de atenção e avaliação de processos e resultados.

3.2.3. Organizar ambiente de trabalho (natureza e finalidades das ações desenvolvidas)

a) Habilidades: interagir com a equipe considerando princípios éticos e a humanização nas relações de trabalho; realizar rotinas referentes ao atendimento ao usuário; avaliar o fluxo de atendimento dos usuários; adotar medidas de proteção e prevenção; registrar dados e analisar informações recebidas. Utilizar recursos de informática; avaliar a execução do trabalho.

b) Conhecimentos: o trabalho na sociedade; o processo de trabalho em saúde/equipe; normas de procedimento no atendimento no setor saúde; segurança no trabalho; saúde/doença do trabalhador; código de ética

(usuário/profissional); conservação de equipamentos; administração, gestão; sistema de referência e contra/referência.

3.2.4. Desenvolver ações de prevenção e controle das doenças

a) Habilidades: realizar em equipe levantamento das necessidades da comunidade; elaborar material educativo envolvendo a participação dos usuários; reconhecer usuários com sinais e sintomas de adoecimento e encaminhar para atendimento médico; produzir relatórios das atividades desenvolvidas.

b) Conhecimentos: epidemiologia em saúde comunitária e das respectivas de individuais de áreas de atenção; utilizar recursos de comunicação e educação; métodos e técnicas de aplicação de agentes químicos utilizados no controle das doenças.

3.2.5. Realizar ações de apoio e atendimento clínico, interagindo com a equipe e usuários.

a) Habilidades: realizar o acolhimento do usuário; auxiliar no atendimento de usuários de necessidades especiais; identificar situações de urgência; realizar atendimentos de primeiros socorros.

b) Conhecimentos: estratégias de acolhimento de usuários e técnicas e protocolos de atendimento; conceitos de urgência e emergência, primeiros socorros; cuidados dispensados à portadores de necessidades especiais.

3.2.6. Atuar no desenvolvimento de educação permanente para a comunidade.

a) Habilidades: levantar demandas de educação permanente junto a equipe; organizar atividades de educação permanente conforme demandas identificadas pela equipe; apoiar processo de educação permanente; colaborar na realização de estudos epidemiológicos relacionados a temas que exigem investigação e intervenção.

b) Conhecimentos: planejamento de ações pedagógicas; metodologia de ensino em serviço; recursos didáticos; processos de supervisão; investigação epidemiológica aplicada à saúde.

3.2.7. Saber-ser: (é transversal diz respeito a todos integrantes da equipe):

- Atitudes humanas e solidárias
- Interação com o usuário e seus familiares, identificando suas necessidades e contribuindo para sua satisfação;

- Atenção á linguagem corporal e verbal do usuário;
- Respeito aos valores e direitos dos usuários;
- Busca de alternativas frente a situações adversas;
- Compreensão da pertinência e importância das ações que realiza;
- Reconhecimento da supervisão como instância de solução ou encaminhamento de problemas de identificados;
- Interação com a equipe;
- Reconhecimento de seus direitos e deveres como trabalhador e cidadão.

Uma cultura de cuidados humanizados requer o reconhecimento da situação integral de cada sujeito integrante da equipe de saúde, a percepção da singularidade de cada trabalhador em particular orienta a busca de autonomia e protagonismo necessários para criação de vínculos e compromissos com a satisfação das necessidades da clientela atendida. Esse desafio se coloca para cada membro que compõe a equipe de saúde, ou seja, não apenas os trabalhadores, mais também os gestores responsáveis pela implantação e aprimoramento do SUS.

O combate ao modelo centrado no atendimento médico e na assistência individual é o grande desafio das equipes no desenvolvimento de competências acolhedoras com vistas a respostas qualificadas e humanizadas para a complexidade e as necessidades que o cenário contemporâneo nos impõe, os trabalhadores de Quixadá, têm esta premissa como meta e estão desdobrando esforços para aprimorar os conhecimentos e experiências acumulados ao longo desses 14 anos de implantação do Programa Saúde da Família, como nos ensinou Guimarães Rosa, desafinar e afinar é preciso pela vida afora.

Referências bibliográficas

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. *HumanizaSUS*: Política Nacional de Humanização – Relatório de atividades. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. <http://www.saúde.gov.br/>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZA-

ÇÃO. *Oficina Nacional de Humanização: Construindo a Política de Humanização*, 19 a 20 de novembro/2003. Relatório Final. Ministério da Saúde:Brasília, 2004. <http://www.saúde.gov.br/>

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA EXECUTIVA. NÚCLEO TÉCNICO DA POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO. *Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS*. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. <http://www.saúde.gov.br/>

CAMPOS, Wagner Souza. *Um método para análise e co-gestão de coletivos: a constituição do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda*. São Paulo: Hucitec, 2000.

CORTELA, Sergio Mário. *A escola e o conhecimento: fundamentos epistemológicos e políticos*. São Paulo: Cortez, 2000.

DELORS, Jacques. *Os quatro pilares da educação*. <http://www.4pilares.net/text/delors>.

FRANCO, T.B; MERHI, E. *PSF: Contradições e novos desafios*. Conferência Nacional de Saúde - 2003, <http://www.datasus.gov.br>.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa*. São Paulo: Paz e Terra, 1966.

HASSENPFUG, Walderez Nosé. *O que a ONG e a escola podem fazer juntas*. CENPEC - Fundação Itaú Social. São Paulo: 2002.

MELO NETO, João Cabral. *A educação pela pedra e depois*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

MINAYO, Maria Cecília S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2004.

MOSCOVICI, Fela. *Desenvolvimento interpessoal: treinamento em grupo*. Rio de Janeiro: José Olímpio, 2004.

MORIN, Edgar. *Os sete Saberes Necessários à Educação do Futuro*. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2000

CAMPOS, G. W. *Paideia: Projeto Paidéia de Saúde da Família*. Campinas: 2002. <http://www.campinas.sp.gov.br>

PESSOA, Fernando. *O guardador de rebanhos*. Obra Poética. São Paulo: Círculo do Livro, 1989.

PROFAE. Livreto THD- [saude.gov.br/dab/saudebucal/publicações](http://saude.gov.br/dab/saudebucal/publicacoes).

ROSA, João Guimarães. *Grande Sertão: Veredas*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

ZAFIRIAN, Vergara, S.C.(org) *Gestão com pessoas e subjetividade*. São Paulo: Atlas, 2001.

Saúde, trabalho e qualidade de vida

Erasmu Miessa Ruiz

“Sem trabalho toda a vida apodrece. Mas sob um trabalho sem alma, a vida sufoca e morre” (Albert Camus)

1. Pensando a relação saúde e Trabalho

Nossa Jornada sobre trabalho e qualidade de vida começa com a arte. No projeto “Acolher Cidadão”, vamos meditar um pouco sobre a música “Cidadão” imortalizada na voz de Zé Geraldo.

*Tá vendo aquele edifício, moço?
Ajudei a levantar
Foi um tempo de aflição, era quatro condução
Duas pra ir, duas pra voltar
Hoje, dele pronto
Olho pra cima e fico tonto
Mas me vem um cidadão
Que me diz desconfiado:
Cê tá ai admirado, ou tá querendo roubar?
Meu domingo está perdido
Vou pra casa entristecido
Dá vontade de beber
E pra aumentar meu tédio
Eu nem posso olhar pro prédio
Que eu ajudei a fazer*

*Tá vendo aquele colégio, moço?
Eu também trabalhei lá
Lá eu quase me arrebento*

*Fiz a massa, pus cimento
Ajudei a rebocar
Minha filha inocente
Veio pra mim toda contente:
Pai, vou me matricular
Mas me diz um cidadão:
Criança de pé no chão aqui não pode estudar
Essa dor doeu mais forte
Nem sei porque deixei o norte
Então pus a me dizer
Lá a seca castigava
mas o pouco que eu plantava
tinha direito a colher*

*Tá vendo aquela igreja, moço?
Onde o padre diz amém
Pus o sino e o badalo
Enchi minha mão de calo
Lá eu trabalhei também
Mas ali valeu a pena
Tem quermesse, tem novena
E o padre me deixa entrar
Foi lá que cristo me disse:
Rapaz, deixe de tolice
não se deixe amedrontar
fui eu quem criou a terra
enchi os rios e fiz as serras
não deixei nada faltar
hoje o homem criou asas
E na maioria das casas
Eu também não posso entrar*

A música nos mostra algumas questões interessantes. Percebemos que vivemos num mundo onde parece imperar a desigualdade social. Um sistema onde os bens materiais e simbólicos são apropriados de forma desigual. Essa desigualdade determina não só o que poderíamos chamar de condições materiais de vida, mas formas psicológicas de se lidar com essa mesma realidade. As pessoas excluídas sofrem com a sensação de in-

justiça, sofrem por não se apropriarem daquilo que sentem, pela atividade realizada, como algo que também lhes pertence. Uma forma de consolo é encontrada pelo personagem do poema na fé. Semelhante a ele, Cristo é visto como alguém que não pode entrar nas casas, alguém que também é excluído.

Nesse momento é importante enfatizar que diferenças sociais sinalizam para outras diferenças significativas na forma como as pessoas vivem e, por decorrência, sofrem o impacto do processo saúde-doença em seus corpos e mentes. Antigamente a saúde era vista apenas como ausência da doença, ou seja, se pensava a saúde com base no princípio hipocrático do “silêncio dos órgãos”. Durante o transcorrer de todo o século XIX e parte do século XX, as práticas de saúde centravam-se na reparação do estado físico das pessoas. O hospital se transforma então no “reino da terapia”, lugar por excelência onde toda a ordem de problemas poderiam ser atuados e resolvidos. Nos casos mais graves, buscava-se a segregação social dos pacientes para evitar a propagação de epidemias.

Com o tempo os estudos e avanços em saúde coletiva foram mostrando que a saúde era algo mais que a simples ausência de doença física. Além disso, o bem estar físico, psíquico e social do ser humano está sempre ligado ao ambiente no qual se vive. O conjunto das condições que caracterizam este ambiente podem ser favoráveis ou desfavoráveis, podendo causar danos à saúde e, em determinadas circunstâncias levar a morte. Mas não podemos nos enganar. Quando estamos falando em “meio ambiente” não é no sentido apenas dado pela biologia. O meio ambiente do homem é humano por definição trazendo as marcas da história, da cultura, da sociedade e das organizações políticas das quais os indivíduos fazem parte.

Assim, quando pensamos no complexo conjunto de elementos que influenciam a saúde das pessoas, temos que levar em conta inúmeras determinações. Questões como se vivemos numa sociedade governada pelo sentido de paz, justiça e equidade tornam-se absolutamente pertinentes. Temos uma política habitacional que privilegia os trabalhadores. Como vai a educação? E a alimentação é rica e variada? Todos têm acesso facilitado ao consumo de bens básicos? Como vai a política de trabalho, emprego e renda? E o que as pessoas estão fazendo como lazer? Temos efetiva perspectiva de futuro? Como o Brasil se insere no quadro mundial em relação a uma política de proteção ao meio ambiente? Quando estamos doentes, podemos acessar conjunto de serviços que ofereçam soluções aos

problemas que apresentamos? E as pessoas, se sentem, enquanto indivíduos, dotadas com a capacidade de se sentirem atuantes na escolha do que querem em relação a própria vida? Dá então para perceber que quando discutimos a saúde na verdade estamos discutindo as condições psicossociais que oferecem sustentação a boa possibilidade de acesso à saúde.

Quando pensamos na situação brasileira nos deparamos com um conjunto de problemas muito complexos. Por exemplo, 1/3 da população não tem sistema de saúde; a porta de entrada varia de acordo com a idade, sexo e principalmente renda; cerca de 5% não tem recursos; cerca de 1 em 5 brasileiros nunca foram ao dentista; 7 em 100 pessoas foram hospitalizadas; as internações decrescem como aumento da renda. Embora se perceba avanços significativos nas duas últimas décadas, ainda sim não são suficientes para se dar conta do enorme rol de necessidades apresentadas. Existem grandes oásis de eficiência e funcionalidade do sistema mas a regra geral sinaliza para a sua incapacidade de se lidar com a saúde e relativa precariedade do sistema público quando se lida principalmente com a atenção primária.

Quando voltamos nossos olhos ao meio ambiente percebemos que as questões se tornam ainda mais complexas. O trabalho humano é o agente fundamental de transformação da natureza. Para tal, construímos processos produtivos que afetam diretamente os trabalhadores e, depois, as comunidades vizinhas. Assim, para pensarmos as questões relacionadas à saúde, temos que avaliar as nossas condições de existência como elemento estrutural de risco. As ações produtivas podem determinar riscos variados a depender do ramo de atividade (têxtil ou químico, por exemplo). Questões como o calor, unidade, ruído, compostos químicos variados, ritmo de trabalho e esforço físico intensos, monotonia, posturas incorretas podem configurar riscos ocupacionais que produzem variados efeitos na saúde dos trabalhadores diretamente envolvidos com o trabalho. Estes efeitos, muito estudados na literatura especializada, podem configurar amplo leque de expressões tais como: queimaduras, lesões por esforços repetitivos (LER), bronquite crônica, dermatoses variadas, redução da capacidade auditiva, alterações de saúde relacionadas ao trabalho noturno, intoxicação por solventes, problemas respiratórios relacionados à poeira em suspensão, etc.

As condições de trabalho, mesmo em situações tidas como ideais, também determinam nos trabalhadores modos específicos de desgaste e, por conseguinte, virtuais expressões de morbidades físicas e/ou psí-

quicas. Abstraindo as questões de penosidade e insalubridade por péssimas condições materiais de trabalho, na sua maioria diretamente perceptíveis, há que se destacar os problemas organizacionais, notadamente aqueles ligados a escala de turnos, típicos, por exemplo, da atividade hospitalar.

Para muitos autores, o trabalho em turnos, alternados e noturno, pode gerar inúmeras perturbações, mais frequentemente, de ordem temporal, do sono e da vida social. As consequências são, em geral, agravamento de doenças, maior suscetibilidade a agentes nocivos, cansaço, sofrimento mental, envelhecimento precoce e alterações gastrointestinais. Isso acontece porque ao se trabalhar, ora num horário, ora noutro, ou mesmo apenas à noite, altera-se os horários de sono, alimentação, lazer, etc., implicando em mudanças mais ou menos bruscas de determinados ritmos do corpo, como o caso do ritmo circadiano cujas variações ocorrem num intervalo de 24 horas.

No organismo humano há dois sincronizadores básicos dos ritmos circadianos: o primeiro de ordem temporal interna garante, por exemplo, determinada relação entre o ritmo da temperatura e o ciclo sono-vigília. O segundo ritmo é o de natureza social como as “pistas temporais”. Com elas podemos convencionar, de forma mais ou menos rigorosa, determinados horários comuns para despertar, alimentar, trabalhar, dormir etc. Tudo tende a correr bem no organismo se um ritmo não interferir de forma desequilibradora com o outro, entretanto, em relação à ordem temporal, o que se verifica com a alternância de turnos ou com o trabalho noturno é o que se chama de “desordem temporal”. Na prática isto significa que o trabalhador está sujeito a sincronizadores conflitantes. Em determinadas situações horários podem forçar os ritmos a uma nova organização e os estímulos sociais tendem a mantê-lo na ordem original e vice-versa. Além disto, os ritmos circadianos não se invertem a um só tempo, exigindo períodos diferentes de mudanças.

Nossos estados de sono e vigília são regulados tanto por sincronizadores internos (temperatura corporal, movimentos viscerais, secreção de hormônios em momentos específicos etc) quanto externos (quantidade de luz solar, vida familiar e social, aumento ou diminuição de ruídos). Sendo assim, o sono diurno, por melhores condições em que possa ocorrer, é em geral mais curto e não respeita todas as fases necessárias do ciclo para que seja de fato repousante. Por outro lado, mesmo que o sono seja

noturno, mas interrompido muito cedo, antes das cinco horas da manhã, torna-se prejudicado por perder uma das fases importantes do ciclo (sono paradoxal), exatamente quando ocorrem os sonhos.

Funções cognitivas como atenção e memória podem ser prejudicadas pela alternância de turnos. Alguns estudos mostram que períodos do dia interferem diretamente na capacidade de memorizar palavras e imagens bem como influencia a estratégia cognitiva utilizada pelos indivíduos para o processo de memorização. Uma recuperação não eficiente dos indivíduos, depois do trabalho a noite, pode interferir em suas capacidades de atenção.

Outro grave problema que tende a afetar trabalhadores na área de saúde diz respeito as Lesões por Esforços Repetitivos (LER), quadro variado de problemas que tende a afetar o sistema músculo-esquelético (seus músculos, nervos, tendões, ligamentos, articulações, cartilagem e discos vertebrais). A LER é **cumulativa** – acontece gradualmente, ao contrario de acidentes e é uma doença **crônica** – seus efeitos duram um longo tempo. O fato de ser cumulativa e crônica torna a LER um inimigo insidioso do trabalhador. Normalmente, aspectos do ambiente e do processo de trabalho estão “escondidos” da observação direta e podem representar um grande fator de risco. No cotidiano do trabalho é importante avaliar estes fatores, rapidamente descritos a seguir:

A) **Força:** Avalie se você tem que usar de muita força física durante o seu trabalho. Se isso acontece, tente avaliar se a quantidade de força usada por você está sendo além do necessário. Este aspecto também pode ser pensado em atividades que não exijam aparente esforço físico intenso. Por exemplo, se você utiliza terminal de computador tente avaliar se o uso do teclado não é feito com muita intensidade. As vezes digitamos com mais impacto do que o necessário para que a letra seja registrada.

B) **Repetição:** A LER tende a aparecer em atividades que exijam muitas repetições do mesmo gesto boa parte do tempo. Mesmo em nossa casa podemos estar expostos a LER. Gestos utilizados para passar roupa, varrer o chão ou cortar alimentos podem predispor as pessoas a terem LER. Seria um fator de prevenção reavaliar intervalos de descanso a cada hora de trabalho (por exemplo, descansar sempre 10 minutos a cada hora).

C) **Má postura:** muitas vezes nos pegamos sentindo dores aparentemente sem justificativa. Muitas das dores de cabeça e dores nas costas são motivadas a partir de uma postura inadequada no ambiente de trabalho. Sentar-se numa cadeira ou a forma como me posiciono diante de uma mesa

ou terminal de computador pode ser decisivo na implementação da LER.

D) Posturas Estáticas: muitas vezes, as pessoas tem que permanecer com baixa mobilidade durante o trabalho (quem trabalha em posto fixo, p.ex.). Seria necessário “esticar as pernas” de vez em quando, levantar-se andar um pouco, esticar os braços, fazer um alongamento.

E) Estresse Ocupacional: Muitas vezes a jornada de trabalho (sua duração e intensidade) pode deixar o trabalhador estressado. Como se não bastasse, como já vimos, a alternância de turnos determina problemas de saúde. Some-se a isso processos decisórios excessivamente verticais (chefias rígidas, centralizadoras e autoritárias) e teremos um campo fértil para vários problemas de saúde, entre eles, a LER. Trabalhadores estressados tendem a ter uma postura motora e gestual extremamente rígida o que acaba sobrecarregando o sistema músculo-esquelético. A solução para esta problemática é muito complexa, pois passa por mudanças que vão da qualidade dos instrumentos de trabalho, passam pela estrutura hierárquica e vão até a qualidade de vida do trabalhador fora do trabalho.

Até aqui destacamos os efeitos provocados diretamente sobre a saúde do trabalhador. Entretanto, os processos de transformação da natureza determinam mudanças ambientais que atingem também o restante da população. O ar pode ser atingido a partir da poluição por hidrocarbonetos, óxidos de enxofre e nitrogênio, amoníaco, névoas ácidas, compostos de flúor, etc. Além disso, pode haver a contaminação do solo e/ou águas subterrâneas por disposição inadequada de resíduos sólidos ou líquidos, contaminação por detergentes tensoativos, rejeitos biológicos etc.

O raciocínio desenvolvido até aqui pode nos levar a algumas conclusões. A primeira delas é que os riscos à saúde não são elementos meramente ‘técnicos’ derivados dos processos produtivos. As decisões sobre o que e onde produzir - a partir de que matéria prima, em que relações, processos e condições de trabalho, gerando que tipo de efluentes, destinando-os de que forma - estão inseridas num contexto social e de relações de poder mais amplo. No caso dos trabalhadores, sofrem pelo menos três formas de impacto: com aqueles que estão diretamente expostos às condições de trabalho, como cidadãos alijados das prioridades de políticas públicas e como consumidores de serviços que, muitas vezes colocam em risco sua saúde.

Fontes de recursos naturais como a água, o solo e recursos minerais, que antes eram vistos como infinitos, hoje passam a ser vistos como

não renováveis. A forma como os utilizamos deve ser, portanto, racional prevendo os virtuais impactos à saúde ao mesmo tempo em que se busca formas que minimizem ou acabem com os impactos ambientais. Tomemos o exemplo da água. Temos hoje 97% de água salgada, 2% em geleiras e apenas 1% da água de todo o planeta é aproveitada para consumo humano e está ameaçada por: esgoto, lixo, agrotóxicos, efluentes industriais, desmatamento, queimadas. Sua má qualidade gera altos índices de doenças, como esquistossomose, dengue, febre amarela e malária, doenças de pele e doenças diarreicas, cólera, febre tifóide, amebíase, ascariíase, giardíase, hepatite, leptospirose, gastroenterites, etc. É verdade que nas últimas décadas o homem desenvolveu cada vez mais a capacidade de obter e tratar água. Em contrapartida nunca as reservas hídricas estiveram tão ameaçadas pelas formas como estruturamos nossos projeto de civilização.

Os seres humanos sempre constituíram complexos problemas historicamente colocados e, até aqui, sempre foram capazes de solucioná-los. O hoje é o nosso tempo e é com ele que devemos estar comprometidos para que o futuro possa ser melhor. Hoje, mais do que nunca, possuímos competência técnica para construirmos a sociedade da abundância que aproveite com racionalidade os recursos naturais, que invista em tecnologias de reciclagem, que torne a vida nos centros urbanos mais saudável. Também dispomos de tecnologias de informação que podem difundir e ampliar mais e mais a base daqueles que acessam esse mesmo conhecimento. Podemos difundir valores ético-morais que tenham o homem como centro, um ser não mais reduzido ao seu arcabouço biológico mas capaz de apreciar a vida como entidade estética a partir de vivências cada vez mais diversificadas.

Este é um momento chave, o que poderíamos chamar de uma encruzilhada civilizatória. Se dispomos dos meios técnicos para construir um mundo melhor, politicamente ainda não estamos preparados. O mundo acumula cada vez mais informação mas parece carecer da sabedoria de como utilizá-la. Temos então de desenvolver uma atitude de eterno aprendiz, estarmos abertos ao novo sabendo de onde viemos e o que somos. Precisamos criar e/ou aprimorar concepções de mundo que nos permitam cuidarmos do outro, dos outros e de nosso planeta, colocando em segundo plano o individualismo. Para tal empreendimento, um trabalho mais humano e solidário é de vital importância pois, como nos lembra o

mestre Gonzaguinha:

*Um homem se humilha
se castram seu sonho
Seu sonho é sua vida
e vida é o trabalho
E sem o seu trabalho
o homem não tem honra
E sem a sua honra
se morre, se mata
Não dá pra ser feliz !
Não dá pra ser feliz !*

2. A Questão da Qualidade de Vida

Imaginemos Nova Iorque no dia 10 de setembro de 2001. As pessoas continuavam suas rotinas, os turistas enchiam as ruas em busca dos grandes musicais, o centro financeiro estava em sua costumeira efervescência. Poucas pessoas poderiam prever como seria o dia seguinte. Poucos poderiam pensar que os símbolos maiores da cidade (no sentido literal), estariam transformados em uma massa sangrenta de escombros. Situações como as vividas por Nova Iorque sinalizam que qualquer definição sobre qualidade de vida, com certeza, passa por classificações de ordem subjetiva a conjuntura política que governa e, muitas vezes, surpreende o planeta.

Numa primeira abordagem, podemos pensar a questão da qualidade de vida em seu aspecto mais psicológico. A anedota a seguir, retrata isso com toda a propriedade:

“Em visita a um amigo, presidente de grande grupo empresarial, uma foto sobre sua mesa despertou-me a atenção. Num pequeno barco, em pleno Pantanal Matogrossense, ele posa com um peixe enorme. Ao seu lado, um caboclo de chapéu de palha e uma tosca vara de bambu. Como também sou pescador e o Pantanal é meu refúgio predileto, não consegui disfarçar meu interesse pela foto. Ele então me contou uma história... Desembarcou no Pantanal com todos os aparatos para uma perfeita pescaria: aquele colete especial cheio de bolsos, vara superflexível com carretilha norueguesa, iscas de última

geração, sofisticados repelentes e filtros solares. Quando se vê instalado no bote, contemplando aquele rio lento e generoso, olha para a outra margem e vê um caboclo de cócoras, junto ao barranco, pescando com uma tosca vara de bambu. Ao seu lado, uma velha sacola onde já repousa um tambaqui. Depois de um tempo, curioso, o empresário em férias decide aproximar-se e puxar assunto.

– Bom dia!

– ... dia – responde o caboclo.

– O senhor pesca para vender?

– Não senhor...

– Então é para sua família?

– É...

– Se você tivesse uma vara melhor, talvez pudesse pegar mais peixe e vender a sobra para o restaurante do hotel.

– Pra quê? – responde o caboclo.

– Daí você ganha dinheiro para comprar um barco.

– Pra quê?

– Para pegar mais peixe e vender no povoado.

– Pra quê?

– Então você vai ter dinheiro para comprar mais barcos e colocar mais pessoas pescando por você.

– Pra quê?

– Aí você poderá vender seus peixes também na cidade.

– Pra quê?

A conversa seguiu nessa linha. O pescador sempre respondendo desse mesmo jeito e o empresário articulando seus planos, que iam crescendo: um barco pesqueiro equipado com sonar, caminhões frigoríficos, escritório na Paulista, ações na bolsa, *trading company*, *website*...

– Pra quê? – continuava o pescador, tirando do anzol mais um tambaqui.

– Então você pode tornar-se o maior exportador de peixes do Brasil e ficar milionário!

O caboclo tira outra minhoca da latinha, coloca no anzol, joga novamente a linha na água e responde lentamente, com outra pergunta:

– Pra quê? Para depois tirar férias a cada cinco anos e ficar uma semana fazendo isso que eu posso fazer todos os dias?"

(“Qualidade de vida na empresa” in <http://www.gretz.com.br/artigos/qualivida.htm>)

Uma primeira constatação sinaliza para a forte carga do sentido subjetivo quando pensamos em qualidade de vida. Assim, o que é qualidade de vida para você pode ser uma péssima qualidade de vida para mim e vice-versa. O que explicaria tamanhas diferenças diz respeito àquilo que a psicologia chama de “experiência fenomênica”, a história de vida de cada um com seus inúmeros determinantes pessoais, históricos e culturais vai

delineando um conjunto heterogêneo de valores.

Mas ainda não é o bastante. Para definirmos um certo sentido de “qualidade de vida” temos que pensar a vida de cada um de nós inserida em grupos variados. Assim, todos fazem parte de instituições (empresas, escolas, hospitais, sindicatos, partidos políticos etc.). Todos possuem um certo senso de pertença a espaços urbanos (rua, bairro, região), a uma região maior (interior X capital, campo X cidade; região agrícola X região pecuária etc.). Nossa vida é diretamente influenciada pelas políticas públicas ou, a ausência dessas mesmas políticas. Aqui estamos falando da importância das relações políticas para determinar a qualidade de vida dos indivíduos o que nos leva a pensar no problema das classes sociais e suas variadas possibilidades de acesso aos bens simbólicos.

Mas ainda não acabou. Se tudo vai bem na nossa vida pessoal, se o governo está cumprindo o seu papel, se temos um bom emprego, de que adiantará isso tudo se uma indústria poluente se instalar nas cercanias de casa? Ou então se uma casa de shows começar a funcionar todos os finais de semana fazendo um barulho ensurdecedor? Aqui podemos chegar a conclusão de que nossa qualidade de vida se entrelaça a muitos elementos onde a vontade individual é muito relativizada. Vivemos num mundo inter-relacional onde uma divisão social do trabalho cada vez mais complexa influencia os suportes vitais para todos. Neste momento só consigo escrever este texto na medida em que alguém fabricou um computador e milhares de seres invisíveis participam da produção de energia elétrica.

Mas falando especificamente no nosso trabalho. O tempo todo somos cobrados para produzirmos com qualidade, não importa se produzimos objetos concretos (geladeiras, televisores) ou, no nosso caso enquanto trabalhadores de saúde, se produzimos serviços. Cada vez mais temos diante de nós supervisores e clientela exigentes. Fica, entretanto, uma certa sensação de estranhamento quando estas exigências parecem ser apresentadas num vazio de condições ideais para que o trabalho possa ser realizado. Não se pode falar em qualidade de produtos e serviços se aqueles que vão produzir não tem qualidade de vida no trabalho.

Quando as instituições investem em qualidade de vida um círculo virtuoso se instala pois eleva-se a qualidade dos serviços, cria-se vínculo positivo entre organização e trabalhador, possibilita a perspectiva de crescimento pessoal, melhora-se o clima cotidiano e, por decorrência, al-

cança-se melhores resultados pessoais e coletivos, aumenta-se a produtividade, cria-se mais satisfação com as tarefas, maior satisfação do usuário, maior economia de tempo e dinheiro. Note-se que estas conclusões são embasadas em muitas pesquisas científicas e fortemente respaldadas pelo que podemos depreender de nossa experiência.

Em contrapartida, muitas coisas podem comprometer a qualidade de vida no trabalho. Um pouco de competitividade pode alavancar a produtividade e criar uma atmosfera em que todos ganham. O problema passa a existir quando temos muita competitividade destrutiva e a única regra visível é aquela que afirma que podemos levar vantagem sobre os outros a qualquer preço. Isso leva à relações interpessoais insatisfatórias e, dessa forma, a dificuldade de se trabalhar em grupo. Juntando-se a isso um excesso de responsabilidade com reduzido poder de decisão mais a impossibilidade do trabalhador expressar o que sente e pensa, estaremos no pior dos mundos.

Numa outra direção, as condições físicas do ambiente são muito importantes. Imagine trabalhar o tempo todo com aquela luz fluorescente piscando que se recusa a queimar? Ou então ficar numa sala tendo um compressor funcionando a todo vapor? Ou não confiar na dosagem de radiação quando opera o raio-x? E se o prazo para atender a todos os leitos pela manhã for muito curto? Ou se a fila da consulta parece não ter fim? Óbvio que todo o trabalho possui sobrecargas e sazonalidades, mas e quando as coisas ruins se transformam em rotinas?

É maravilhoso quando nosso trabalho pode proporcionar possibilidades de carreira. Mas, volta e meia, podemos notar que critérios de promoção parecem desconsiderar a competência e o mérito impossibilitando o desenvolvimento profissional embasado em regras claras e justas. As chefias devem cumprir seu papel, ou seja, devem exercer alguma forma de liderança. Estilos muito autoritários e rígidos são, de forma geral contraproducentes pois geram estresse desnecessário.

Um outro aspecto relevante diz respeito ao salário, eterno motivo de reclamação. É natural que assim seja, pois mesmo que ganhássemos mais, ainda assim teríamos um conjunto de necessidades sempre além do que podemos consumir. A necessidade, entretanto, não pode se transformar em carência absoluta. Entre se ter um salário baixo e um salário aviltante existe uma considerável diferença. Salários injustos interferem na qualidade de vida no trabalho e tem um efeito tão ou mais danoso na medida em que estejam associados a jornadas longas e estafantes.

É claro que seria inútil uma busca pela instituição ideal. Ela, com quase toda a certeza, não existe. Podemos pensar que, a semelhança das metas de um partido político, ela possa ser colocada como um objetivo no horizonte, quase como pensaríamos uma utopia. Antes que possamos ser acusados de “sonhadores”, é importante lembrar que aqueles que um dia lutaram pela abolição da escravatura ou pelo direito do voto às mulheres também receberam o mesmo rótulo. Comece agora mesmo. Pense com seus amigos o que poderia ser feito para tornar seu trabalho melhor. Diante das primeiras constatações poderemos se tomados pelo desânimo, mas, diante dele, busquemos o otimismo da vontade.

Qualidade de vida é tentar viver com prazer, é assumir que somos uma entidade estética, que queremos buscar a beleza seja lá o que cada um entenda por belo. Nessa empreitada, boa parte das vezes, cabe menos o que temos, mas sim o que somos e/ou podemos ser. A valorização do trabalhador, a preocupação com seus sentimentos e suas emoções, são fatores impulsionadores para a promoção da Qualidade de Vida. Isto exige: parceria, compromisso, respeito e amor! Se nós não valorizarmos os sentimentos e as emoções em nós mesmos e nos outros, quem poderá fazê-lo?

Não se trata de valorizar posicionamentos individualistas mas precisamos resgatar a autoestima. Existem passos pequenos que cada um pode dar para iniciar o processo de transformação da vida pessoal. Ninguém escolhe se devemos ou não ter atividade física. Em última instância essa decisão é muito pessoal. Podemos viver cada dia com intensidade; manter uma atitude positiva diante da vida; valorizar as coisas mais simples; não desperdiçar energias definindo as prioridades; respeitar as limitações pessoais; evitar levar trabalho para casa; estabelecer relações de companheirismo; cuidar não só da saúde dos outros mas da nossa também; reservar mais tempo para coisas pessoais; compartilhar mais os momentos felizes; buscar ajuda de amigos quando a vida fica difícil de ser suportada; ter uma alimentação equilibrada; cultivar o bom humor; dividir com as pessoas nosso conhecimento e sabedoria; avaliar regularmente como está a qualidade de vida; buscar estabelecer metas possíveis de serem realizadas; fazer pelo menos uma vez ao dia algo que dê prazer. Poderemos olhar esse conjunto de passos como algo absolutamente banal e singelo, algo extraído de um livro de autoajuda qualquer.

Por de trás disso tudo, muitas vezes esconde-se nossa dificuldade de tomar decisões em relação a coisas simples. Não é interessante? Comece agora e isso exigirá de você uma mudança progressiva de olhar que fará

com que você explore melhor tudo o que de bom a vida pode reservar, pois a beleza da vida é reinventá-la todos os dias, mesmo diante das incertezas que o tempo reserva. Novamente, invocamos a arte como nossa professora maior. Meditemos sobre este poema de Nadine Stair. Antes de ser depressivo e mórbido como nos induziria a pensar o seu desfecho, ele nos alerta para o sentido que estamos construindo de nossas vidas. Refletir sobre a qualidade de vida é, antes de tudo, perguntar como estamos vivendo e como gostaríamos de viver.

Instantes

Se eu pudesse viver novamente a minha vida, na próxima trataria de cometer mais erros.

Não tentaria ser tão perfeito, relaxaria mais.

Seria mais tolo ainda do que tenho sido;

na verdade, bem poucas pessoas levariam a sério.

Seria menos higiênico. Correria mais riscos, viajaria mais,

Contemplaria mais entardeceres, subiria mais montanhas, nadaria mais rios.

Iria a mais lugares onde nunca fui, tomaria mais sorvete e menos lentilha, teria mais problemas reais e menos imaginários.

Eu fui uma dessas pessoas que viveu sensata e produtivamente cada minuto da sua vida.

Claro que tive momentos de alegria. Mas, se pudesse voltar a viver, rataria de ter somente bons momentos. Porque, se não sabem, disso é feito a vida: só de momentos - não percas o agora.

Eu era um desses que nunca ia a parte alguma sem um termômetro, uma bolsa de água quente, um guarda-chuva e um pára-quedas;

se voltasse a viver, viajaria mais leve. Se eu pudesse voltar a viver, começaria a andar descalço no começo da primavera a continuaria assim até o fim do outono.

Daria mais voltas na minha rua, contemplaria mais amanheceres e brincaria com mais crianças,

se tivesse outra vez uma vida pela frente.

Mas, já viram, tenho 85 anos e sei que estou morrendo.

Ultrapassar as fronteiras da hierarquia construindo um grupo operativo e interacional: uma experiência de acolhida e escuta

Sandra Maia Farias Vasconcelos e Katiana Moura Rocha

*Todos os dias nesse vai e vem
A vida se repete na estação
Tem gente que chega pra ficar
Tem gente que vai pra nunca mais
Tem gente que veio e quer voltar
Tem gente que vai e quer ficar
Tem gente que veio só olhar
Tem gente a sorrir e a chorar...
Na plataforma dessa estação
É a vida nesse meu lugar
É a vida...
Milton Nascimento*

1. Estação do movimento

Assim poderíamos definir um centro de saúde. Quer se chame posto, clínica, hospital. Assim como a estação do compositor Milton Nascimento, as unidades de atendimento e de tratamento de saúde têm sempre esse perfil de uma estação de trem, em que algumas pessoas chegam e já não têm saúde de partir. Outras se vão, curadas, e nunca retornam, ou se retornam, fazem-no em outras estações. Há os vêm sem querer vir e desesperados choram pelo retorno, mas em vão. Há os que recebem o bilhete de partida, a alta, mas de tão habituados àquele convívio, em que

já selaram amizades de semanas, quem sabe meses ou anos, hesitam em partir, retornam para visitar ou se amealham nos corredores. Há os acompanhantes trazendo seus familiares ou amigos e há os curiosos, que estão ali olhando somente por olhar, aquilo que não lhes interessa realmente. Olham simplesmente porque olhar é bom. É a dinâmica humana dos hospitais, movimento de coletiva experiência, em que as histórias contadas ou caladas ao longo das salas e das esperas se misturam em acordes ora dissonantes, ora harmônicos. Parece haver um conjunto de possibilidades nos males alheios, a possibilidade de se refratar enquanto se reflete. O tornar-se imagem de um espelho quebrado, imagem entrecortada, em que o avesso do corpo modifica a biografia da alma. Cada um de nós já pode ter passado por essa experiência, de estar no lado oposto, ou seja, chorar enquanto o outro ri, ou rir enquanto o outro chora. Assim na estação, só o trem não estaciona. Ao contrário, movimenta-se freneticamente de um lado para o outro nos corredores, nas salas, nos consultórios desses lugares em que buscam a vida.

2. Humanizar humanos

O documento do Ministério da Saúde, HumanizaSUS, expõe em suas atribuições, que a humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais dos serviços de saúde, não podendo ser contemplada como apenas um “programa a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS”. Apesar dessa clara preocupação, os investimentos em qualificação dos trabalhadores do serviço ainda são muito baixos, especialmente no que concerne à gestão participativa e ao trabalho em equipe, ao acolhimento e à visão humanística que se deve ter do paciente. Esse baixo investimento reduz a possibilidade de operacionalizar junto aos cuidadores um processo crítico e comprometido com as práticas de saúde e com os usuários em suas diferentes necessidades. Todavia, embora de forma reduzida, é possível ao trabalhador repensar em sua prática, refletir sobre suas ações para um melhor manejo de suas atribuições como cuidador e como conscientizador dos usuários.

A humanização do atendimento parte em primazia do processo de educação para a saúde e para a relação de alteridade e educação. Educa-

ção hospitalar é a maneira de integrar profissionais de todas as áreas do conhecimento na busca de melhores condições de vida dos pacientes e de suas famílias. Todos, familiares e profissionais, podem contribuir na diminuição do estresse e no aumento da qualidade de vida do paciente pediátrico e adulto.

A experiência com grupos de centros de saúde em Quixadá é uma iniciativa de interação ímpar que foi além das expectativas de nossa equipe de trabalho. As rupturas de velhas concepções sempre trazem um grande aprendizado. Todo grupo merece um tratamento específico que lhe garanta sua identidade. Pensávamos inicialmente na identidade da equipe de saúde como uma extensão do hospital, da unidade de atendimento, do posto de PSF ou do Caps. E logo nos surgiram histórias vindas do fundo da alma de cada um, de suas experiências de vida e de morte no trabalho. Tivemos como objetivo máximo e primordial mostrar que existe vida durante a doença, durante o trabalho, durante o atendimento, enquanto houver um fio de vida que se mostre pela palavra. Em nosso grupo de trabalho, ressaltamos a importância da comunicação e de seu instrumento mais eficaz: a palavra. Roland Barthes (1953)¹, lembrando a função metafórica fundadora da palavra texto, afirma: todo texto é um tecido. Parafraseando, podemos conceber que o discurso será a trama e a urdidura que compõem o sentido desse texto materializado. A tricotagem desse tecido é a formação de significados para o sujeito em sua representação de mundo.

Em nossa experiência, a busca da palavra se estabelece de maneira especial, isto é, no contexto de “sala de aula” em que o grupo de saúde se inseria; o mais esperado seria que o professor, ali representado por nossa equipe, fosse o portador de todas as falas. Contudo, nossas estratégias foram diferentes. Tivemos de início uma surpresa, a de que alguns dos participantes não eram realmente profissionais de saúde, mas pessoas que estavam inseridas no contexto da saúde exercendo funções múltiplas, também importantes para o funcionamento do hospital ou do centro de assistência, como veremos a seguir. Outra surpresa, já ligada à primeira, foi a de que alguns dos participantes estavam entrando em uma “sala de aula” pela primeira vez.

Os estudos cognitivos rezam sobre a importância de se levar em conta o saber anterior do indivíduo, fato de que tanto se fala hoje, a fim de confrontar esse saber anterior com aquele que se vai apresentar, as infor-

¹ BARTHES, R. *Le degré zéro de l'écriture*. Essais n° 35. Paris : Seuil, 1953.

mações novas que levarão à mudança de comportamento e de conceitos. O objetivo dessa corrente é tornar o indivíduo apto a compreender os processos de aprendizagem por que passa, ou seja, aprender a aprender. A heterogenia do público não foi um entrave, ao contrário, foi de grande ajuda. O desafio foi maior para nós, professoras, que para eles. Os participantes não eram estranhos, vinham de uma semana de trabalho de grupo, muitos vinham da mesma unidade de saúde, já formavam a cumplicidade necessária ao bemestar do grupo.

Os saberes realmente importantes para essas pessoas estavam no seu cotidiano, na sua prática, nas histórias que elas tinham para contar. Daí vemos lado a lado as concepções modernas de Bion sobre a relação que o indivíduo mantém com o saber. Para Bion² (1991), o indivíduo só aprende quando é capaz de compreender seguramente que está aprendendo. Ou seja, há sempre um duplo aprendizado na relação que o sujeito mantém com seu mundo e com sua história. Seu conhecimento se forma pelo domínio do processo de sua vida em relação com a vida do outro. Sabendo-se capacitado a desenvolver a aprendizagem, o indivíduo aprende sobremaneira.

Pierre Dominicé (1994), citado por Pineau³ (1998), designa as qualificações necessárias à formação profissional levando em conta a história de vida dos sujeitos : um bom conhecimento de si mesmo, uma cultura intelectual sólida, uma experiência social multiforme e uma dupla orientação para adquiri-las e conservá-las: incessante confronto para complementar certezas sempre relativas. Desse modo, o processo de formação com os sujeitos se deu a partir de suas experiências pessoais e profissionais, experiências que sempre eram ligadas por nós, professoras, à prática nas unidades de saúde. As atividades com os profissionais trabalhadores em hospital deram espaço à reflexão sobre o contato, o vínculo e o sentimento de solidariedade presente em suas palavras.

O acompanhamento e assistência a pessoas doentes é uma atividade em constante crise para o profissional, pois promove uma constante angústia relativa aos métodos e ações executadas junto aos doentes. Ao mesmo tempo, promove uma mudança pessoal, caracterizada freqüentemente como frieza ou hábito, sobretudo quando se trata de óbito de um paciente.

² BION, W. R. A Atenção e interpretação: o acesso científico à intuição em psicanálise e Grupos. Rio de Janeiro : Imago, 1991.

³ PINEAU, Gaston (org.). L'accompagnement comme art de mouvements solidaires, chap. 1. In : *Accompagnements et Histoires de Vie*. Paris : L'Harmattan, 1998.

Em contrapartida, o paciente que está em processo de melhora já dispõe de uma boa razão para se sentir melhor. Mas não é o bastante. Ele precisa de acompanhamento a fim de conhecer sua capacidade de lidar com a doença, embora consciente de que muitas vezes não poderá controlá-la.

Nossa intervenção buscou provocar nos participantes a conscientização do papel de poder que exercem diante dos pacientes e das famílias, ao mesmo tempo o encharcamento do sentimento de compaixão necessário à compreensão do outro. As mudanças provocadas pelo contato com a fragilidade do outro, ao contrário do que se poderia supor, faz emergir a fragilidade humana do cuidador; ele se vê diante de sua humanidade, de sua potencial possibilidade de adoecimento e morte. É nesse sentido que tomamos precaução contra o risco de transmissão inter-profissional de emoções.

3. Educação Clínica

A temática central de Humanização do Atendimento Hospitalar foi abordada numa metodologia da Educação Clínica (VASCONCELOS, 2005), que considerou o discurso dos participantes sobre o serviço em que atuam. A educação clínica é uma técnica de acompanhamento em formação grupal ou individual que põe as percepções dos sujeitos em primeiro plano. Quando os sujeitos falam de suas experiências profissionais, eles têm a possibilidade de refletir sobre ações passadas e representá-las no contexto futuro. A reflexão se faz por uma análise crítica da realidade, seguida de reposicionamento pessoal e profissional. Foi considerado importante o saber se comunicar com os diversos tipos de pacientes e o comprometimento com a formação de uma equipe interprofissional.

No quadro de engajamento dos profissionais de saúde com a população assistida, o chamado se faz no sentido de dobrar a atenção sobre o paciente, ser sofrente que caminha em círculo em sua doença, e a sua família. Essas relações se formam em geral de maneira bastante profunda quanto mais grave é a doença. Os pacientes têm confiança na capacidade das relações amistosas sem questionar seu estado físico. Entre profissionais e pacientes, entre pacientes e pacientes e entre profissionais e profissionais, vai se formar um vínculo familiar que permite ao paciente se pensar sempre entre amigos, o que torna mais fácil para os profissionais

o ato de aproximação, de contato, de toque. Em contrapartida, torna mais difícil o distanciamento depois, quando o paciente tem alta ou quando vem a falecer. Dousset⁴ (1999; 203), em seu texto sobre a vida do paciente de câncer, assegura que se distanciar de um paciente em fase terminal é um trabalho muito difícil, pois as relações duradouras e de quase amizade foram seladas ao longo do tratamento. Podemos por aproximação dizer o mesmo em relação a qualquer patologia de longo tratamento.

Essa amizade é despreendida de profissionalização formal. Isso acarreta uma grande abertura a projetos filantrópicos de ONGs diversas, pastorais, voluntariado independente entre outros. Contudo, mesmo se a caridade tem seu lado valoroso, essas pessoas envolvidas devem receber uma formação específica a fim de não cometer erros irremediáveis em nome da filantropia e do altruísmo. O que nos remete à responsabilidade do projeto de humanização, que não concebe o imprevisto, mas que poderíamos aproximar muito mais dos conceitos rogerianos da relação de ajuda. O papel primordial desses organismos externos ao hospital é, em concordância com a família e o hospital, levar conforto, amor, companhia. No entanto essas pessoas devem passar antes por uma formação específica e rígida.

O acompanhamento é uma prática necessária em formação profissional (PINEAU⁵, 1998). Devemos considerar como fazendo parte de um processo de trocas constantes na formação. Acompanhar sugere uma abertura daquele que acompanha à possibilidade de empreender trocas de maneira a tornar possível a formação de uma relação de ajuda mútua. Os acompanhadores e acompanhados fazem sua formação pelo contato e durante o tempo de permanência nas unidades de saúde. O aprendizado é rico, porém às vezes desconhecido.

Realizamos quatro encontros com quatro diferentes grupos, em quatro semanas consecutivas. Os quatro grupos constituídos de cerca de 50 pessoas cada foram formados por profissionais das mais diversas atividades: motoristas de ambulância, serventes, cozinheiros, dentistas, administradores, auxiliares de enfermagem, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, farmacêuticos, zeladores e demais trabalhadores do serviço. Alguns eram analfabetos. É o que se poderia caracterizar como um grupo heterogêneo. Em nossa concepção, todo grupo é heterogêneo,

⁴ DOUSSET, Marie-Paule. *Vivendo Durante um Câncer*: livro para uso dos doentes e seus familiares. Trad. Viviane Ribeiro. (Titre original : *Vivre Pendant un Cancer* : livre à l'usage des proches et des malades). Bauru, SP : EDUSC, 1999.

⁵ PINEAU, G. (dir.). *Accompagnements et histoires de vie*. Paris: L'Harmattan, 1998.

e é isso que lhe dá riqueza e identidade. Nossa intervenção foi às sextas-feiras. Esse detalhe é relevante, pois o grupo começava sempre às segundas-feiras, portanto os envolvidos já estavam juntos pelo quinto dia consecutivo. Isso nos garantia que os participantes desses encontros já se conheciam suficientemente para mostrar os resultados pertinentes ao nosso trabalho.

Acompanhamos os profissionais por um período de um dia, em seus discursos e por meio de dinâmicas de interação, chamando a atenção sempre para a prática cotidiana junto a pacientes. Os discursos dos cuidadores transitavam entre as intervenções com pacientes e a experiência pessoal de cada um, entre a enfermidade do outro e sua própria enfermidade, entre os limites humanos naturais e os limites do outro. O encontro único com cada grupo, de duração de oito horas corridas foi também uma oportunidade de aprendizagem para nosso grupo de intervenção. Esses encontros de acompanhamento enriquecidos com leituras, desenhos e jogos permitiram trabalhar noções de acessibilidade, acolhimento, solidariedade, igualdade, cordialidade, respeito interpessoal e autoestima.

Utilizamos relatos do dia a dia na construção do grupo, dando relevância ao contato com o outro, as noções de alteridade, o confronto da convivência humana e humanizada e, sobretudo, aos conceitos que esses sujeitos formaram de humanização. Foram trazidas também noções de cuidados, acolhimento e resiliência.

4. Cuidando do cuidador

A doença é sempre uma ruptura que se opera na vida do homem. Ninguém fica indiferente ao fato. Todos podemos de repente passar para o outro lado do bureau, ou seja, de cuidador a cuidado. O objetivo de nosso trabalho foi de promover encontros em que os participantes seriam levados a uma reflexão sobre alguma doença que perturbasse o curso de seu serviço. Não foi feito, para nossa apreciação, um levantamento estatístico concernente às reações dos participantes, mas podemos afirmar que muitos não foram realmente prejudicados em suas atividades profissionais por uma doença. Outros foram obrigados a conviver com uma deficiência ao longo de sua vida. Felizmente, a grande maioria nunca conheceu o que é ser doente.

A doença implica um estado de fracasso corporal e vivencial. Isso significa que nós somos apenas nossas experiências. O sujeito em situação de fracasso sofre duas vezes: a primeira por não estar à altura de suas aspirações; a segunda por sentir-se diferente e observado depreciativamente pelos outros. O que leva a crer que o sujeito é atingido pessoal e socialmente.

Segundo Oliveira (1997)

O desenvolvimento do indivíduo deve ser olhado de maneira prospectiva, isto é, para além do momento atual, com referência ao que está por acontecer em sua trajetória (...) os processos de aprendizado movimentam os processos de desenvolvimento⁶.

A Educação Clínica (VASCONCELOS, 2005) visa à compreensão e à apreensão da linguagem e à problemática de pessoas com dificuldades a partir dos diversos aspectos – sociais, familiares, econômicos, físicos, neurológicos ou psíquicos –, levadas pelos quais os sujeitos tendem a apresentar distúrbios de comportamento, tornando-se inaptas ao convívio social ou ao desenvolvimento cognitivo normal. Daí a necessidade de formação de um profissional especializado no desenvolvimento de estratégias que venham a colaborar com o impulso de aprendizagem cobrindo as lacunas cognitivas presentes.

Dessa forma, os principais objetivos de nossa intervenção foram:

Saber determinar as principais dificuldades do processo de contato e de atendimento e a partir da descoberta fazer intervenções que venham a retroceder, quiçá, reverter o quadro de bloqueios em que estão mergulhados paciente e cuidador.

Desenvolver com os cuidadores uma técnica de mediação (OLIVEIRA, 1997)⁷ que possibilite um comportamento diferente do paciente frente ao tratamento.

Desenvolver meios de integrar a família do paciente no processo de humanização, a fim de fazê-la sentir a necessidade de maior participação no tratamento do indivíduo em questão.

Construir noções de aprendizagem e aquisição de saberes fora do contexto escolar, levando em conta a apreensão de conceitos a partir da própria experiência.

⁶ Apud OLIVEIRA, Marta Kohl. **Vygotsky**: aprendizado e desenvolvimento – um processo sócio-histórico. 4ª ed. São Paulo: Scipione, 1997.

⁷ OLIVEIRA, Marta Kohl. **Vygotsky**: aprendizado e desenvolvimento – um processo sócio-histórico. 4ª ed. São Paulo: Scipione, 1997. (Cap. 2. A mediação simbólica). p. 25-28.

Os passos da elaboração do projeto de intervenção compreenderam as seguintes etapas:

1. Conhecimento do campo de intervenção, o que implica na junção de três dimensões:

ESPAÇO + PESSOAS + REALIDADE

2. Autoconhecimento sobre o campo, ou conhecimento da visão dos profissionais sobre seu campo de atuação, levando em consideração os seguintes aspectos:

- a. Posso vir a ser aquilo de que o campo necessita ?
- b. Sou suficientemente isento de preconceitos ?
- c. Como julgo o ser diante de mim: doente ou pessoa ?

3. Escolha do material didático, adaptável ao público em toda sua heterogeneidade:

- a. Atividades educativas elucidativas dos conceitos de aprendizagem;
- b. Métodos pedagógicos de aquisição de saberes;
- c. Técnicas de comunicação para trabalho com história de vida;
- d. Programas de intervenção com atividades manuais.

4. Avaliação grupal:

- a. Avaliação do grupo feita pelos participantes aos participantes;
- b. Auto-avaliação espontânea do que representou o encontro individualmente;
- c. Discussão temática sobre atendimento humanizado.

5. Das atividades realizadas

Em psicopedagogia, a prática é a pedra angular de toda reflexão. Mesmo no contexto acadêmico essa realidade se opera. O construto teórico é de fundamental relevância, mas a observação do real é primordial para o planejamento das ações, para o estabelecimento de pressupostos acerca do que vai se transformar em interação com o outro. No grupo trabalhado, o conhecimento de que alguns dos participantes não eram alfabetizados foi o suficiente para que o discurso acadêmico antecipadamente organizado parecesse um bla-bla-blá sem sentido e, sobretudo, sem nenhuma utilida-

de. Ao inverso do que reza o senso comum quando diz “a maioria ganha”, nosso trabalho foi o reverso da medalha, a “minorias ganhou”: privilegiamos os não alfabetizados. Com essa realidade, visualizamos a possibilidade de procedimentos baseados no diálogo e em atividades de construção prática. As atividades de leitura e escrita tornaram-se menores, valorizando predominantemente a fala, a expressão corporal, a contação de casos e experiências. O uso de recursos primários para as atividades, como folhas de papel, tesoura, cola, lápis de cor, foi bem aceito por todos os membros do grupo, independente de nível de escolaridade e mais bem agradável que os recursos eletrônicos.

A intervenção psicopedagógica elaborada e realizada por nossa equipe se constituiu um trabalho de planejamento rigoroso, ação e pesquisa. Para sua execução, passamos por um momento de reflexão, a fim de organizarmos e desenvolvermos as competências necessárias à composição do que André Paré (1977, III) chama de “Paré” (Paré, 1977, III).

Professoras

- Escutar os profissionais das unidades
- Considerá-los o centro de nosso trabalho
- Ter autenticidade e auto-confiança
- Ser flexível – o que engaja auto-resiliência
- Não temer as derrotas
- Adaptar-se à realidade
- Estar aberto às mudanças de humor dos alunos
- Estar disponível, espontâneo, relaxado.

Utilizamos o mesmo esquema de Paré, adaptado para o campo dos profissionais de saúde,

Profissionais

- Escutar o paciente e os familiares
- Considerar o paciente o centro do trabalho, não a doença
- Mostrar autenticidade e promover auto-confiança do paciente
- Ser flexível
- Nunca temer as derrotas, mas saber enfrentá-las junto aos pacientes e familiares;
- Adaptar-se à realidade do paciente e não o contrário
- Estar atento e aberto às mudanças de humor dos pacientes e familiares
- Estar disponível, espontâneo e relaxado.

* PARÉ, A. *Créativité et pédagogie ouverte : organisation de la classe et intervention pédagogique*. Vol. III. Québec : NHP, 1977(c).

Atitudes como escutar, ser flexível, estar atento, estar disponível, compreender, de forma natural e humana desperta a autoconfiança dos aprendentes. O vínculo formado torna-se essencial a que as reflexões feitas em sala de aula se tornem reflexões da prática cotidiana dos profissionais. O efeito tende a ser multiplicador, logo que as famílias dos pacientes são engajadas no processo.

As ações todas foram realizadas amparadas no projeto prévio, que levou em conta a maneira como pensamos desenvolver o trabalho e a resposta vinda do grupo. Na perspectiva institucional, orientamos a que os profissionais das unidades de saúde pensassem suas ações em duplo sentido, o que significa dizer pensar também na perspectiva do paciente. Isso caracteriza que toda ação deve ser flexível para atender às necessidades do paciente, não do profissional.

Procuramos nos encontros abordar uma visão mais humanística que analítica, visto que o trabalho foi impelido num sentido mais afetivo-cognitivo. Foram levadas em conta as condições sociais, familiares, o meio em geral dos sujeitos, suas experiência profissionais e pessoais, fatores que favorecem ou entram o interesse do trabalhador pela vida no centro de saúde em que trabalha. Segundo Paré (1987), é a experiência e o vivido do trabalho e sua discussão o verdadeiro elemento de formação pessoal. A reflexão cotidiana vai além do lembrar o que fez; o repassar de ações é a revisão, pela memória, de um processo de formação. O ritmo do dia-a-dia tende a levar profissionais e pacientes a adaptarem-se às regras do ambiente deixando de lado seus sonhos e sua ideologia. De acordo com a visão de Moura em seu resumo sobre a obra de Gleitman (1993),

A memória envolve, não apenas a recordação do passado, mas também a maneira como o passado pode afetar o presente. (...) a memória poderia ser definida como o conjunto de processos através dos quais as informações recebidas pelo sujeito seriam conservadas ou reconstruídas de forma a estarem disponíveis para utilização em momentos posteriores.⁹

Partindo do conhecimento prévio dos participantes e das aquisições feitas durante a semana, foi ressaltado o desejo dos participantes, o interesse pelo serviço, as relações humanas dentro da hierarquia do centro de atendimento e a possibilidade de integração do grupo. Para essa vi-

⁹ GLEITMAN, H. **Psicologia**. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1993. Citado por MOURA, Maria Lúcia Seidl de. Processos Cognitivos. (mimeo)

são, utilizamos a técnica do grupo operativo elegendo um bode expiatório a cada encontro. Essa técnica visualiza a interação dos sujeitos naquele espaço de eventos grupais. Para efeitos didáticos, descreveremos apenas uma das quatro vezes em que essa dinâmica foi utilizada, por nos parecer a mais representativa do método.

A atividade iniciou-se como a brincadeira de charada: “Passei pela ponte com um violão”. O grupo deveria descobrir qual era o passaporte da ponte – nesse caso foi a letra L. Um dos participantes, o escolhido para bode expiatório, era o mais falante. E esse foi o caminho da seqüência de ataques de nossa equipe. Sempre que ele falava, pedíamos que desse lugar a um colega. A atividade durou trinta minutos, após os quais fizemos um pequeno intervalo. O retorno foi a avaliação do grupo sobre a atividade. Até então, eles não sabiam que atividade haviam feito por trás da charada. O resultado foi uma enxurrada de queixas e defesas do colega, mas o colega atingido não se manifestou em nenhum momento. Onde se percebe que a integração do corpo com a aceitação de si e da presença e contato com o outro pode provocar uma apropriação devida da confiança em si mesmo. O fechamento explicativo, foi seguido da reflexão sobre o atendimento no serviço de saúde e em domicílio: “Será que nossos pacientes não precisariam também de um grupo?” Em seguida, foi trabalhada a função da linguagem no desenvolvimento profissional e humano do indivíduo levando em conta que o crescimento pessoal e profissional do sujeito depende de seu domínio dos meios sociais do pensamento, isto é, da linguagem (VYGOTSKY, 1998)¹⁰.

Vale ressaltar a importância do ato de pôr em relação a feição da postura corporal com a percepção do ato de linguagem, ou seja, a descoberta de que a postura do indivíduo revela sua capacidade de autoestima positiva e conseqüentemente aumenta seu potencial humano. As queixas começaram no discurso de um médico que estava em sala. Após a queixa do médico, os demais participantes apresentaram suas queixas. A hierarquia pareceu bastante demarcada nesse momento, visto que entre os que não se pronunciaram, víamos sobretudo serventes, zeladores e cozinheiros. Esse calar específico pode ser indicador do não reconhecimento do direito à fala, o que fere os conceitos de humanização.

¹⁰ VYGOTSKY, Lev Semenovitch. **Pensamento e Linguagem**. Trad. Jeferson Luiz Camargo. rev. téc. José Copola Neto. 2ª ed. São Paulo: Martins Fontes. 1998. (Tit. original Thought and language)

A ação educativa direcionada deve basear-se na concepção de que tanto o cuidador quanto o paciente são sujeitos concretos, enraizados num contexto sócio-histórico-político e coparticipante do processo de cuidado.

Segundo LIBÂNEO (1998)

O caráter pedagógico da postura educativa se verifica como ação consciente, intencional e planejada no processo de formação humana, através de objetivos e meios estabelecidos por critérios socialmente determinados, que indicam o tipo de homem a formar para qual sociedade e com que propósitos.¹¹

A compreensão do adoecer como fator responsável de uma certa desagregação do contexto familiar, ao mesmo tempo uma criação de dependência, pode justificar ao cuidador a principal causa da recusa de contato do paciente. Seu papel dentro da família e toda sua própria imagem correm risco de se modificar. A família engajada no tratamento torna-se também cuidador. Todavia, quando há a recusa do paciente, isso pode promover o afastamento do sujeito cuidador e conseqüentemente um “esfriamento” das relações. Daí por que utilizamos sempre às técnicas do grupo operativo de Pichon-Rivière. De acordo com as teorias de Pichon-Rivière¹², o indivíduo, a partir de sua experiência pessoal, constrói o mundo e se constrói nesse mundo em que está inserto.

Construir um grupo operativo é um processo, uma dinâmica que não acontece por acaso nem para o acaso. O grupo operativo é aquele que funciona transversalmente, com objetivos definidos para o grupo, considerando as variáveis dos sujeitos em um processo educativo. O grupo não é uma junção de pessoas em um mesmo espaço, nem obrigatoriamente num mesmo objetivo se o objetivo não partiu do grupo. O grupo é o encontro de várias pessoas com objetivo comum, com ações coordenadas, trabalhando em colaboração para o crescimento do grupo, não para o crescimento individual.

Para Vygotsky (1997),

é fundamental para a educação a idéia de que os processos de aprendizado movimentam os processos de desenvolvimento. A educação(...) tem um papel essencial na promoção do desenvolvimento psicológico dos indivíduos¹³

¹¹ LIBÂNEO, J.C. Didática. São Paulo: Cortez. 1991. Apud LEAL, Regina Barros. **Proposta pedagógica para adolescentes privados de liberdade**: reflexões iniciais. Fortaleza: UNICEF.1998.

¹² Apud GAYOTTO, M.L.C. **A técnica de Grupo Operativo**. Instituto Pichon-Rivière. [19..], (mimeo)

¹³ VYGOTSKY, L.S. et al. **Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem**. São Paulo: Martins Fontes. 1989. Apud: OLIVEIRA, Marta Kohl. Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento – um processo sócio-histórico. 4ª ed. São Paulo: Scipione, 1997.

Na visão de Piaget¹⁴ (1997), um dos principais objetivos da educação é a construção da autonomia moral e intelectual do sujeito. Para o pedagogo suíço, a educação deve ser um modo de levar o sujeito à autonomia, à autoconfiança e à capacidade de decisão, evitando tornar-se submissão, passividade e dependência.

Nesse sentido, outra atividade trabalhada com o grupo foi a dinâmica chamada “Viagem a Jerusalém”. Trata-se da célebre dança das cadeiras, com um diferencial. Quando a música pára, todos devem se sentar. A diferença em nossa atividade é que a cada parada retira-se uma cadeira, mas nenhum dos participantes é excluído. O objetivo dessa dinâmica é refletir sobre as noções de inclusão, de igualdade de direitos e deveres, de limitações de espaço e sobretudo de quebra de hierarquia humana, visto que na atividade médicos e serventes podem vir a dividir a mesma cadeira. O espaço nas instituições é muitas vezes responsabilizado pelo mau atendimento, pelo descaso com o outro, pelo desconforto. Ressaltamos nesse momento a compreensão do que vem a ser companheirismo, trabalho em grupo e superação de dificuldades.

Uma terceira atividade foi a compreensão dos conceitos “com pressa / rapidamente”. O objetivo dessa atividade foi trabalhar as noções de “urgência-emergência” em comparação a apressadamente. A dinâmica foi realizada formando-se duas filas ambas com o mesmo número de participantes. Cada fila recebia duas caixas fósforos, coladas uma à outra; uma cheia e outra vazia. As caixas das duas filas tinham o mesmo número de palitos. A primeira pessoa da fila deveria abrir a caixa cheia, retirar um palito, fechar a caixa, abrir a caixa vazia e guardar o palito, virar-se e entregar a caixa ao colega seguinte da fila. Essa operação deveria se repetir até que todos os palitos da caixa cheia fossem transferidos para a caixa vazia. A fila que terminasse primeiro seria a campeã.

Vimos com essa atividade que algumas pessoas, na ânsia de serem campeãs derrubavam todos os palitos. A regra dizia que todo palito caído no chão teria de ser apanhado e colocado na caixa. Refletimos em seguida sobre o cotidiano dos profissionais no centro de saúde. O atendimento de um paciente muitas vezes necessita ser feito rapidamente, mas nunca deve ser feito com pressa. As noções de “pressa” no atendimento contraria a humanização do atendimento. Fazer um atendimento com pressa pode ser

¹⁴ PIAGET, Jean. *Seis Estudos de Psicologia*. Trad. Maria Alice Magalhães d'Amorim. 22ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997. (Tit. Orig. Six études de psychologie)

até irresponsável, além de dar a entender ao paciente que o profissional não está interessado por sua queixa, que não se importa com o paciente ou até que não gosta do que faz. Ao contrário, podemos agir rapidamente quando se faz necessário, mas garantindo ao sujeito acolhida e respeito por seu problema.

A dinâmica do nó cego foi também de grande repercussão reflexiva para os participantes. Como o grupo era bastante numeroso, dividimos a turma em duas. Os participantes deveriam se dar as mãos como numa grande roda. Gira um pouco para um lado, um pouco para o outro, em seguida o círculo pára e cada participante deverá decorar quem está à sua direita e à sua esquerda. Nesse momento soltam-se as mãos e caminham livremente pela sala. Aos pouco vão se aproximando e quando estão bem próximos fazemos a brincadeira da estátua. Parados, cada participante deve procurar seu companheiro de mão direita e de mão esquerda e segurar sua mão. Quando todos estiverem engodados no nó das mãos, começam a se desfazer sem largar as mãos. É uma atividade que exige pouco esforço, mas boa vontade e pouca flexibilidade física. Os nós são paulatinamente desfeitos e ao final a grande roda volta a ser formada. O detalhe importante dessa atividade é que o nó só se desfaz se as mãos não forem soltas enquanto se “desengodam”. Isso representou na reflexão o fato de se pensar que os grandes problemas, ou grandes nós institucionais, só se desatam em comunhão com o grupo. Caso um só do grupo não entre em sintonia, o nó não se desfará, restarão mãos engodadas, viradas. O fato de não poder soltar as mãos simboliza que as melhores soluções devem seguir sempre o bom caminho, que “jeitinhos” na saúde podem ser fatais.

Outra atividade trabalhada foi a da folha de papel. Cada participante recebeu uma folha de papel tipo A4 e alguns lápis de cor. Inicialmente convidamos os participantes a balançarem levemente suas folhas de papel. O ritmo deve ir-se acelerando até que as folhas sejam agitadas rapidamente, o que provoca um ruído forte. No segundo momento pedimos aos participantes que amassem suas folhas de papel até formarem uma bola bem pequena e depois desamassem-na até que ela volte ser uma folha A4 estirada. Convidamos então os participantes a repetirem a primeira atividade, ou seja, a agitarem suas folhas de papel, como no início da dinâmica. Os participantes percebem surpresos que as folhas não fazem mais nenhum barulho como antes. Fazemos uma reflexão sobre o

fato de que assim como o papel, os pacientes vão se tornando diferentes com a doença, mas continuam a ser pessoas, do mesmo modo que o papel continua a ser papel, embora mais fragilizado. Ao final dessa atividade convidamos os participantes a procurar figuras nas marcas do papel amassado, contorná-las ou pintá-las com os lápis de cor. Em conclusão, fizemos uma discussão sobre a possibilidade de encontrarmos o que há de positivo nas situações difíceis, aprendendo a contorná-las e preenchê-las com outros conteúdos.

Também foram realizadas dinâmicas de relaxamento, trabalhos em equipe, criação de receitas de atendimento, desenvolvimento de textos e desenhos. Promovemos círculos de debate em torno das temáticas: humanizar e tornar-se humano.

6. Reflexões provisoriamente finais

Construir conceitos e perceber-se aprendiz é o objetivo primeiro do processo de aprendizagem. A maneira como se chega a essa construção ainda encontra discordâncias. O certo é que a aprendizagem forma um *continuum* de descobertas.

A formação em ciências da saúde tem sido ao longo das tradições uma formação calcada na repetição de práticas, no interesse prioritário pelo corpo físico do paciente, no tratamento fragmentado, no curar. Essa tradição não impele muitas vezes o futuro profissional a dedicar mais tempo ao seu paciente. Os consultórios cheios, consultas em massa, intervenções, perfusões, todo o cuidado se resume à farmacologia, escondendo o que todo ser humano tem de mais precioso: sua humanidade.

Trazer um movimento novo para os grupos de profissionais em Quixadá não foi tarefa fácil, nem para eles, nem para nós. Eles vêm todos de um trabalho em que não há espaço nem tempo para falar sobre a prática reflexiva, a práxis. Eles falavam a princípio de suas ações, como em relatos isolados. O sentimento de estranheza ressentido sobretudo no início pelos participantes dos grupos é freqüentemente causado pela rotina dos centros de atenção e dos hospitais, em que morte e vida se enfrentam e desafiam toda a equipe. O sentimento do brincar inserido em um contexto de profissionais adultos teve, contudo, excelente aprovação e participação. A participação nas atividades era unânime, preenchidas de

risos, de sinais de alegria, de reações que em outro contexto poderiam ser consideradas infantis.

Cada dinâmica era sempre um incentivo à reflexão sobre as relações entre cuidadores e pacientes. Mesmo para os participantes que não tinham um contato ligado diretamente ao atendimento médico percebemos que a experiência havia promovido uma grande mudança em suas vidas. Embora não seja uma ação simples, incentivar é possível e vale a pena. Começávamos criando um ambiente agradável para a aprendizagem que permita avaliar os participantes desde o início. Deixávamos claros os limites de espaço e de tempo durante as atividades. Demos a eles a ocasião de escolherem, se não o que vão fazer, como vão fazer. Era importante transformar cada atividade em um desafio prazeroso. Ao final sempre comentávamos os trabalhos feitos e elogiávamos com frequência todos os resultados, mesmo quando não eram os esperados. É importante reconhecer os esforços.

Orientávamos os participantes a procurarem em sua prática criticar sem magoar. Ninguém consegue ser feliz no meio de críticas. Orientamos ainda a evitar expressar piedade diante de um fracasso. As atividades procuraram não criar situações de competitividade ou de comparação, mas sempre de colaboração entre os participantes. Em nossa intervenção, procuramos constantemente mostrar entusiasmo em ensinar, tanto os mais participativos como os mais desmotivados.

A transformação de espaço também teve grande relevância. Chamamos a atenção desses sujeitos para o fato de haverem, durante aquela semana, mudado seu lugar de trabalho. Procuramos perceber qual o papel dessa semana fora do lugar de trabalho para os participantes, longe das rotinas do hospital, conhecendo sistemas, condutas, aspectos teóricos de suas ações nos centros de saúde. Sair do ambiente hospitalar para um ambiente escolar promoveu uma reflexão sobre a capacidade de mudança de olhar e de postura diante da rotina. Os participantes confessaram sentir uma grande satisfação de estar em um novo contexto, um sentimento de aprender mais do que pensavam em sua prática. Seus discursos testemunharam o quanto é importante valorizar a própria história de vida, a rotina de seu trabalho, como fator construidor de sua formação. Para Finger¹⁵ (1988), a história de vida valoriza a compreensão do desenrolar das

¹⁵ FINGER, M. *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde / Departamento de Recursos Humanos, 1988.

vivências no interior das pessoas, constituindo-se numa tomada de consciência na prática e nas representações de seu trabalho. Os participantes viram produzir em si mesmos uma autoformação, em que suas próprias histórias, na reflexão de suas escolhas, no que pode haver de diferente em seu trabalho cotidiano. Eles afirmaram ao final que não foi somente o lugar que mudou naquela semana, mas o seu próprio olhar sobre sua vida e sobre seu trabalho.

A experiência propiciou o debate sobre as diversas formas de atendimento e sobre a prática dos profissionais de saúde em seu caráter humano e ético. A discussão enfocou novas formas de comunicação nos serviços de saúde e as representações dos valores de cuidadores e pacientes. Lembrar aos profissionais que o sujeito que ali se encontra, encontra-se já em situação hierarquicamente em desvantagem na relação doença-saúde, foi uma medida tomada nos primeiros momentos. Foi-nos de grande importância lembrar a esses profissionais que a doença, a morbidade e a mortalidade não são exclusividade daquele paciente que eles atendem; mas que a “democracia” da doença é um fato irrecorrível, estamos todos os vivos em fase terminal.

Expô-los a essa crueza é uma das formas de apontar o itinerário de todos nós. Assim, cada atividade, cada palavra dita ou guardada metafórica os fragmentos de contatos enquanto formula uma nova visão da equipe que carrega a priori a culpa de ser o senhor da cura. Essas representações do ambiente de trabalho, do público atendido e de suas experiências promovem um acúmulo de subjetividade que emerge nas relações com os pares. É a partir dessas representações sociais de trabalho que esses profissionais vão amadurecer suas auto-representações e reelaborar sua representação sobre o paciente. Ou retomando a música de Milton Nascimento, são as representações que vão ligando os vagões da humanidade. O encontro imperecedouro das humanidades presentes nas auto e hetero representações foi e será a culminância da prática da humanização no atendimento hospitalar. Melhor estar no trem que na estação.

Referências bibliográficas

BARTHES, R. *Le degré zéro de l'écriture*. Essais n° 35. Paris : Seuil, 1953.

BION, W. R. *A Atenção e interpretação: o acesso científico à intuição em psicanálise e Grupos*. Rio de Janeiro : Imago, 1991.

DOUSSET, Marie-Paule. *Vivendo Durante um Câncer*: livro para uso dos doentes e seus familiares. Trad. Viviane Ribeiro. (Titre original: *Vivre Pendant un Cancer* : livre à l'usage des proches et des malades). Bauru, SP: EDUSC, 1999.

FINGER, M. *O método (auto)biográfico e a formação*. Lisboa: Ministério da Saúde / Departamento de Recursos Humanos, 1988.

GAYOTTO, M.L.C. *A técnica de Grupo Operativo*. Instituto Pichon-Rivière. [19..], (mimeo)

GLEITMAN, H. *Psicologia*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian. 1993. Citado por MOURA, Maria Lúcia Seidl de. Processos Cognitivos. (mimeo)

LIBÂNIO, J.C. Didática. São Paulo: Cortez. 1991. Apud LEAL, Regina Barros. *Proposta pedagógica para adolescentes privados de liberdade*: reflexões iniciais. Fortaleza: UNICEF.1998.

OLIVEIRA, Marta Kohl. *Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento – um processo sócio-histórico*. 4ª ed. São Paulo: Scipione, 1997.

PARÉ, A. *Créativité et pédagogie ouverte : organisation de la classe et intervention pédagogique*. Vol. III. Québec : NHP, 1977(c).

PIAGET, Jean. *Seis Estudos de Psicologia*. Trad. Maria Alice Magalhães d'Amorim. 22ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1997.(Tit. Orig. Six études de psychologie)

PINEAU, G. (dir.). *Accompagnements et histoires de vie*. Paris : L'Harmattan, 1998.

PINEAU, G. (org.). *L'accompagnement comme art de mouvements solidaires*, chap. 1. In : *Accompagnements et Histoires de Vie*. Paris : L'Harmattan, 1998.

VASCONCELOS , S.M.F. *Clínica do discurso : a arte da escuta*. Fortaleza: Premius, 2005.

VYGOTSKY, L.S. et al. *Linguagem, desenvolvimento e aprendizagem*. São Paulo: Martins Fontes. 1989.

VYGOTSKY, L.S. *Pensamento e Linguagem*. Trad. Jeferson Luiz Camargo. rev. téc. José Copola Neto. 2^a ed. São Paulo: Martins Fontes. 1998. (Tit. original Thought and language)

Introdução à tanatologia para trabalhadores de saúde

Erasmu Miessa Ruiz e Narah Cristina Maia Teixeira

Falar sobre a morte é algo sempre desafiador. Não que o tema esteja afastado da vida de todos. Estamos longe de sermos leigos a respeito da morte, pois a temos como “companheira” desde o momento em que nascemos. Um dia, sem retoques, ela apareceu em nossas vidas nos forçando a buscar sentidos que pudessem explicá-la. Pode ter sido no dia em que perdemos um avô, um amigo na tenra infância, ou então, um animal de estimação, daqueles que era tratado como gente. A dor de ter de matar a “Baleia”, a cadelinha de “Vidas Secas”, era exatamente essa. Ela havia deixado de ser um animalzinho e já se transformara em gente. É no contato com a morte do outro que buscamos algum sentido para nossa vida e a nossa morte. É disso que trata a música “Canto Para Minha Morte”, transcrita a seguir, de Raul Seixas:

Canto Para Minha Morte

*Eu sei que determinada rua que eu já passei,
Não tornará a ouvir o som dos meus passos
Tem uma revista que eu guardo há muitos anos
E que nunca mais eu vou abrir
Cada vez que eu me despeço de uma pessoa
Pode ser que essa pessoa esteja me vendo pela última vez
A morte, surda, caminha ao meu lado
E eu não sei em que esquina ela vai me beijar
Com que rosto ela virá?
Será que ela vai deixar eu acabar
o que eu tenho que fazer?*

*Ou será que ela vai me pegar
no meio do copo de uísque
Na música que eu deixei para compor amanhã?
Será que ela vai esperar eu apagar
o cigarro no cinzeiro?
Virá antes de eu encontrar a mulher,
a mulher que me foi destinada,
E que está em algum lugar me esperando
Embora eu ainda não a conheça?
Vou te encontrar vestida de cetim,
Pois em qualquer lugar esperas só por mim
E no teu beijo provar o gosto estranho
Que eu quero e não desejo
,mas tenho que encontrar
Vem, mas demore a chegar.
Eu te detesto e amo morte, morte, morte
Que talvez seja o segredo desta vida
Morte, morte, morte que talvez
seja o segredo desta vida
Qual será a forma da minha morte?
Uma das tantas coisas
que eu não escolhi na vida?
Existem tantas... um acidente de carro.
O coração que se recusa
a bater no próximo minuto
A anestesia mal aplicada.
A vida mal vivida, a ferida mal curada,
a dor já envelhecida
O câncer já espalhado e ainda escondido,
ou até, quem sabe
Um escorregão idiota, num dia de sol,
a cabeça no meio-fio...
Oh morte, tu que és tão forte,
Que matas o gato, o rato e o homem
Vista-se com a tua mais bela roupa
quando vieres me buscar
Que meu corpo seja cremado*

*e que minhas cinzas alimentem a erva
E que a erva alimente outro homem como eu
Porque eu continuarei neste homem
Nos meus filhos, na palavra rude
Que eu disse para alguém que não gostava
E até no uísque que eu
não terminei de beber aquela noite...
Vou te encontrar vestida de cetim,
Pois em qualquer lugar esperas só por mim
E no teu beijo provar o gosto estranho
que eu quero e não desejo,
mas tenho que encontrar
Vem, mas demore a chegar.
Eu te detesto e amo morte, morte, morte
Que talvez seja o segredo desta vida*

A primeira descoberta a respeito da morte diz respeito ao seu caráter de irreversibilidade. A irreversibilidade sinaliza para os projetos que serão irremediavelmente interrompidos. É este o sentido do desconhecido apontado por Raul Seixas em sua música. Além de irreversível, a morte nos apresenta uma experiência da qual não podemos voltar para contar aos outros. Assim, ela sinaliza a necessidade de nos prepararmos para ela. Por isso, a fantasia de pensar como ela vai acontecer. Note bem que a princípio poderíamos dizer que Raul Seixas está sendo mórbido, obsessivamente preocupado com as possíveis formas que pode morrer. Entretanto, quem de nós não tem essa preocupação? Parece algo que faz parte da nossa condição humana. Somos seres humanos, entre outras características, porque sabemos que um dia iremos morrer. Talvez venha daí a necessidade que sempre tivemos de dar uma face minimamente humana a morte quando a idealizamos como um homem acobertado por um manto e capuz, por exemplo. É isso que Raul faz ao imaginar a morte como uma mulher, recurso muito utilizado pela arte. Na música, ela aparece vestida de cetim, alguém que queremos beijar, mas, ao mesmo tempo, queremos nos afastar. O ritmo da melodia da música é o compasso de um tango. Bela metáfora! O tango é uma dança muito sedutora e repleta de ambigüidades, ora agressiva, ora carinhosa. Não estaríamos dançando com a morte o tempo todo?

É o que nos sinaliza a história. Todas as religiões sempre tiveram preocupação em explicar a morte. Antes delas, o Homem de Neanderthal, há mais de 100.000 anos, enterrava seus mortos com suas lanças e flechas, numa clara evidência que já imaginavam um porvir. E as pirâmides? Não são imensos túmulos? A morte faz tanto parte de nossas vidas que muitos filósofos definem o homem como um “ser para a morte”. Os poetas captaram isso com toda a sensibilidade. Vejam o que nos diz Mario Quintana:

*Minha morte nasceu quando eu nasci.
Despertou, balbuciou, cresceu comigo...
E dançamos de roda ao luar amigo
Na pequenina rua em que vivi.*

Ou então, Vinícius de Moraes, falando sobre o final da vida:

*Resta esse diálogo cotidiano com a morte
esse fascínio pelo momento a vir; quando, emocionada
ela virá me abrir a porta como uma velha amante
sem saber que é a minha mais nova namorada.*

Essa é uma verdade que transcende o lirismo da poesia. Nunca conseguimos aceita-la em toda sua plenitude. Sempre tivemos que lançar mão da religião, dos mitos e da filosofia para retirar da morte seu sentido natural e biológico dotando-a de sentido humano. Antigamente essa parecia ser uma tarefa mais fácil. As pessoas tinham a morte em seu cotidiano, ela era vivenciada desde a infância. Os moribundos presidiam sua agonia, ditavam seus últimos desejos: como ocorreriam os ritos funerários, como seria seu túmulo, o que estaria inscrito nele. Os testamentos não eram apenas documentos que repartiam bens. Eram textos de exortação moral, ou seja, a vontade do morto tentava regular a ação dos vivos, havia aquilo que os estudiosos chamavam de uma “ars moriendi” (ars ou art²), uma arte de morrer. Essa arte era desenvolvida e aprimorada pelas instituições sociais, pela arte, pela literatura, pelas religiões; de tal forma que, diante da impossibilidade de remediar a morte, os homens diante dela sabiam exatamente o que deveriam fazer.

Parece que hoje em dia não há mais uma mobilização da vida coletiva em torno dessa questão que estimule a produção de uma “arte de morrer”, na verdade, essa questão aparece sempre pelo seu reverso, numa

ânsia sem limites que estruture suas forças na produção de uma “arte de fugir” da morte. Como nos mostra o clássico filme de Bergman – “O Sétimo Selo” - não podemos de fato fugir da morte, ela já está conosco desde sempre. Se antes os homens a enfrentavam, agora nos escondemos pela ilusão dela estar controlada. Se antes existiam complexos processos socializadores que literalmente ensinavam pessoas a morrerem, agora as crianças são “poupadas” ou enganadas quando querem saber mais a respeito. Se o brinquedo sempre foi útil não só pela sua dimensão naturalmente lúdica como também pelo seu caráter pedagógico e dramático, cabem as perguntas: nossas crianças tiveram carrinhos funerários de brinquedo? Foram reprimidas ao reproduzir ritos funerários quando da perda de animais de estimação? Puderam presenciar parte significativa das vivências de perdas de adultos mais velhos? Assim, discutir sobre a morte não significa adquirir um gosto mórbido pelo viver nem assumir uma perspectiva negativa diante das coisas. Trata-se de resgatar um aspecto da existência que todos teremos de vivenciar e, portanto, devemos nos preparar para tal. Essa visão negativa associada à morte é uma decorrência da nossa incapacidade de falar e de lidar com a morte e o morrer.

Poderíamos perguntar se “morte” e “morrer” são a mesma coisa. Quando falamos em morte dizemos respeito a um processo que atinge indiscriminadamente todos os seres vivos. Neste sentido, estamos irmanados a uma bactéria. Ela, enquanto entidade biológica, também irá morrer. Mas a morte enquanto ato de morrer se expressa de forma diferenciada. Podemos pensar numa pessoa muito rica morrendo de desnutrição? Tal evento pode até acontecer, mas em situações limite (como no caso da anorexia). A morte por desnutrição é fruto da miséria, de sociedades que não conseguem equanimizar o acesso aos seus bens materiais e espirituais. Da mesma forma, é muito difícil imaginar que uma criança, filha de pessoas ricas, morra de desidratação. Da mesma forma, a tendência de ricos morrerem mais velhos e de doenças crônico-degenerativas, quando comparados aos pobres, é um dado que pode ser obtido nos estudos de epidemiologia. Todos nós morreremos um dia, mas a forma como morremos diz respeito a classe social, estilo de vida, possibilidades de acesso às coisas que são produzidas, nível educacional, etc.

Aqui chegamos a uma definição de “tanatologia”. A palavra vem de “Thanatos”, deus grego da morte, irmão do “Sono”. A expressão “logia” vem de logos (estudo). Sendo assim, uma definição possível para a tana-

tologia seria a de ciência que estuda as atitudes que o homem tem diante da morte e do morrer. Essa definição pode parecer estranha a princípio quando, olhando a nossa volta, imaginamos a expressão “atitude” como a ação que veríamos quando as pessoas sabem da morte e participam dos rituais fúnebres. É isso, mas também são muitas outras coisas. Atitude aqui implica também em “pensamento”, “subjetividade”, “arte”, “cultura”, “religião”, “literatura”, “comportamento”. Assim, a tanatologia se interessa por todas as ações e representações que o homem realiza quando elabora questões relacionadas à morte e o morrer.

Convém destacar que, entre as muitas atitudes diante da morte e do morrer, o medo é sem dúvida a mais comum. Para o trabalhador de saúde esse é um aspecto muito importante, ajudando a entender porque, muitas vezes, é tão difícil manter uma comunicação saudável com o paciente fora de possibilidades terapêuticas. Neste caso, o paciente transforma-se simbolicamente no objeto de maior temor. O não preparo para lidar com a própria morte implica em relativa incapacidade para se lidar com a morte do outro. Vamos então discutir porque a morte seria tão amedrontadora.

O fato do homem ser o único animal que sabe que vai morrer provoca o que os filósofos existencialistas chamam de solidão extrema. Embora todas as pessoas morram, tanto a minha morte como a sua são eventos absolutamente pessoais. Ninguém pode viver a morte um do outro. Além disso, a morte provoca as amputações afetivas. O preço que pagamos por permanecermos vivos é a convivência cotidiana com a morte. Em parte, essa convivência se dá de forma abstrata, pois, na imensa maioria das vezes, quando presenciamos a morte, a vemos como um evento distante, jornalístico ou artístico. Quando ouvimos na TV que ocorreu mais um atentado no oriente médio, a probabilidade de conhecermos uma das vítimas é muito remota. Nos filmes, a morte é vivenciada no seu limite mais dramático e elaborado, consequência quase sempre de conflitos que oferecem dinamismo à estória. O problema real da morte é quando ela se apresenta como evento concreto, quando perdemos alguém próximo. Normalmente, diante deste fato, nós tendemos a expressar o luto emocionado. É deste sofrimento oriundo da morte que queremos a todo custo escapar já que não queremos enfrentar a perda de quem amamos.

A morte também sinaliza às perdas das possibilidades. Significa dizer que, em algum momento, teremos uma atividade interrompida de forma inesperada. Durante a vida toda temos que, de forma gradual e outras

repentina, abrir mão de coisas. Nossos corpos se desgastam, o envelhecimento produz a perda gradual de capacidades. Significa dizer que, a todo instante, a vida nos lembra que a morte se aproxima, quer gostemos ou não dessa idéia. Lembrar das perdas graduais significa ter que lembrar a perda definitiva de nós mesmos que a morte representa.

Antes o homem se achava preparado para o enfrentamento dessa questão básica. Hoje, com o fim das explicações gerais sobre a morte, ela deixou de ser um terreno exclusivo da religião transformando-se em mais um dos objetos da ciência. A ciência mesma é a grande fonte de nossas dúvidas e certezas, é ela que garante possibilidades de vida maior e mais segura. O problema é que ela não debelou aquilo que é considerado mal maior: a morte. Ora, é a ciência com seu complexo quadro de saberes que afirma a finitude como absoluta e, ao mesmo tempo, tenta nos instrumentalizar contra a morte a partir da noção de microorganismo, dos procedimentos higiênicos, das práticas de anestesia que revolucionaram a cirurgia, da farmacologia e seu arsenal cada vez mais eficiente de drogas “miraculosas”. Todo esse conhecimento criou a ilusão de que a morte pode ser detida indefinidamente, gerando aquilo que muitos estudiosos chamam de “fantasia de onipotência dos profissionais de saúde”. Essa onipotência é destruída diante da morte, pois os saberes falha na medida em que o moribundo sinaliza seus limites. Aqui nos defrontamos com outro motivo do afastamento das pessoas que estão morrendo. Em parte, queremos nos afastar não só porque elas representam a morte mas também porque elas ferem nossas vaidades ao negarem a eficiência absoluta do saber que utilizamos.

Óbvio dizer que todos nós desejamos o bem estar das pessoas. Este é o dever fundamental de todo o ser humano. No caso dos profissionais de saúde, este dever ético é impregnado pela ação técnica e pelo conhecimento que lhe dá sustentação. Quando afirmamos que as pessoas tendem a se afastar dos moribundos não estamos dizendo que isso é algo livremente escolhido pelos trabalhadores. Na maior parte das vezes acontece pela mistura trágica do medo e da desinformação com os processos inconscientes (determinadas forças que atuam em nossa mente sem que tenhamos clareza de sua presença e existência). Assim, esse processo não ocorre por “maldade latente”. Tomar consciência dele é de fundamental importância para que possamos lidar melhor com o paciente e, dessa forma, lidar melhor com nossas limitações e medos.

Aqui precisamos nos deter nos conceitos de **eutanásia** e **distanásia**. A expressão “eutanásia” quer dizer “boa morte” em grego. Durante séculos o homem foi capaz de sua prática por entender que diante do sofrimento da morte (em particular as dores físicas intensas provocadas por algumas doenças) era lícito abreviar a dor provocando a morte diretamente. Os cavaleiros medievais portavam uma pequena lança ao lado das selas dos cavalos chamada de “misericórdia”, usada para abreviar o sofrimento dos companheiros feridos mortalmente. Fazia parte das antigas artes médicas o preparo de poções que induziam os pacientes à morte. Com o desenvolvimento da medicina e com a implementação da visão cristã de mundo, tal prática passou a ser considerada inaceitável. No entanto, é lícito pensarmos na **eutanásia passiva**, situação na qual o paciente vem a morrer pela suspensão de tratamentos que ao invés de produzirem melhora terapêutica, só aumentariam desnecessariamente o tempo de vida sem nenhuma implementação da qualidade dessa mesma vida. Em outras circunstâncias, a morte pode ser apressada pelo uso de substâncias que tem o objetivo primário de reduzir a dor e o sofrimento como no caso da sedação. Nesta situação também estamos falando em eutanásia passiva na medida em que a sedação não é usada diretamente para abreviar a vida e sim para reduzir o sofrimento.

Em muitas circunstâncias, seja pela pressão de familiares ou pela obstinação do terapeuta em continuar atuando indefinidamente, a vida do paciente pode ser aumentada sem que haja qualquer benefício prático para ele mesmo, aumentando a dor e o sofrimento. Aqui estamos falando em **distanásia**. Se antes os médicos estavam ao lado do paciente em seu leito e eram quase sempre acompanhantes do desenvolver da doença, a crescente capacidade de intervir parece não sinalizar claramente em que momento temos que começar a atuar para, novamente, acompanhar a chegada da morte como consequência da vida. Esse foi um dos aspectos que se perdeu na relação do homem contemporâneo com a morte. Ela deixou de ser vista como um evento natural da vida e passou a ser significada como “doença”, “maldição”, “ato vergonhoso”, etc.

Gostaríamos agora de compartilhar algumas questões que acreditamos, deve acompanhar sempre os trabalhadores de saúde quando pensam a questão da morte. Ao negar a morte não estaríamos deixando de ver nossos pacientes em suas necessidades mais básicas, inclusa a necessidade de morrer em conforto? Estamos na verdade buscando curar a doença ou

queremos na verdade “curar” a morte? Nossa tecnologia médica não está querendo assumir os espaços antes deixados à religião? Em que momento nossos saberes e práticas terapêuticas podem se transformar em instrumentos de tortura?

Assim, o cuidado deve acompanhar os dois extremos da vida. Da mesma forma que nos sentimos motivados a cuidar de um bebê, devemos nos motivar a oferecer todo o conforto material e espiritual que alguém precisa frente à experiência da própria morte para que, um dia, outra pessoa tenha mesma motivação para cuidar de cada um de nós. É injusto e eticamente condenável que no final da vida muitas pessoas se sintam abandonadas e solitárias ao enfrentar a própria morte. Para tal empreitada temos de pensar na morte, pois essa é uma das maneiras de se perceber a vida como um bem precioso, onde os momentos vistos como banais adquirem na verdade sua real magnitude.

Para finalizar, é óbvio dizer que ninguém que esteja lendo este texto gostaria de morrer sozinho. Uma maneira de refletirmos sobre a forma como estamos atendendo os pacientes fora de possibilidades terapêuticas é pensar que, se estivéssemos do outro lado, gostaríamos da maneira do atendimento e se não existiriam outras maneiras mais humanas de atenção. Para atendermos pessoas que estejam morrendo temos de refletir sobre a própria mortalidade o que, a princípio pode ser algo doloroso, mas, de fato, é um processo existencial que nos leva a viver melhor na medida em que questionamos os rumos que nossa vida tem levado. Estar ao lado do paciente pode escancarar medos e angústias que precisam ser compreendidos com cuidado, pois o virtual sofrimento diante da morte enfrentado pelo paciente fará o profissional pensar: “e se fosse eu ou alguém mais próximo?”.

Nestes momentos é importante que você possa ter alguém para conversar. Não é vergonhoso se sentir triste e cheio de dúvidas. Quando você menos perceber, irá notar que seu medo na verdade é o medo de todo mundo. É essa compreensão que permitirá você cuidar melhor do paciente na medida em que, em parte a dor dele é também a sua dor, algo inerente ao fato de todos sermos humanos. Nessa hora a morte deixa de ser apenas um fenômeno biológico e passa a ser um fenômeno biográfico, pois envolve sempre a vida de alguém dotado de medos, anseios, dúvidas e conflitos. Pensar na morte, então, nos fará refletir sobre a vida não mais como um conjunto de sinais vitais que devemos monitorar, mas como um instru-

mento que nos permita sempre apreciar as belezas do mundo. Neste sentido, muitas vezes as pessoas estão “mortas” mesmo que sejam preservados seus sinais vitais, pois a vida já se foi há muito tempo embaçado pela dor, pelo sofrimento e pela inconsciência. Compreender nossos limites frente ao atuar sobre o paciente não é assumir que somos incapazes ou incompetentes. Não podemos deixar que a vaidade tome conta do nosso lidar com a vida dos outros. Tomar consciência dos limites é, antes de tudo, trabalhar pela vida e não pela morte. Precisamos construir uma nova visão da morte que não a perceba mais como inimiga da vida, mas sim como seu complemento. Vida e morte formam uma totalidade.

Durante muito tempo o homem se viu diante da amargura frente à morte como bem ilustra Clarice Lispector ao afirmar que “É uma infâmia nascer para morrer não se sabe quando nem onde”. Outras vezes, estamos diante do absurdo de sua possibilidade que, repentina, se realiza como dizia Goethe: “a morte é uma impossibilidade que, de repente, se torna realidade”. Outras tantas, a morte nos força a buscar o porvir como nos avisa Quintana em seu poema intitulado “Inscrição para um Portão de Cemitério”:

*Na mesma pedra se encontram,
Conforme o povo traduz,
Quando se nasce - uma estrela
Quando se morre - uma cruz.
Mas quantos que aqui repousam
Hão de emendar-nos assim:
“Ponham-me a cruz no princípio...
E a luz da estrela no fim!”*

Temos de continuar essa busca. Neste sentido, a morte é uma grande professora que diante de seu mais absoluto mistério nos seduz à busca de soluções. Independente de onde esteja a verdade, se é que ela está em algum lugar, cabe nesse instante resgatar acordos provisórios. Nós, enquanto trabalhadores de saúde, não podemos nos esconder da necessidade dessa busca, sob pena de condenarmos aqueles que estão morrendo a um suplício maior do que a própria morte. Este suplício é o abandono frente à situação mais atrativa e mais amedrontadora que encontramos nessa vida: a morte. Atrativa porque nossa curiosidade nos impele a buscar a grande

descoberta sintetizada na pergunta: “existe alguma coisa do outro lado?”. Amedrontadora porque, existindo algo ou não, sempre tememos o que não conhecemos. Pode parecer estranho, mas talvez sintamos um pouco de inveja daqueles que partem antes de nós, pois eles estarão produzindo a solução desse mistério. Quando o momento chegar, é bom ter alguém do lado que segure nossa mão ou nos ajude a recitar alguma oração. Fugir nessa hora, é fugir da nossa própria humanidade. Fugir da morte do outro é fugir da própria vida!

Sugestões de Leitura Sobre o Tema

ARIES, Phillipe. *O Homem Diante da Morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1990 Vol. I e II.

_____. *A História da Morte no Ocidente*. São Paulo: Ediouro, 2003.

BOEMER, Magali Roseira. *A Morte e o Morrer*. São Paulo: Cortez, 1989.

BROMBERG, Maria Helena P.F. *A Psicoterapia em Situações de Perdas e Luto*. São Paulo, Editorial Psy II, 1994. 160p.

EILIAS, N. *A Solidão dos Moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2001.

HENNEZEL, M. & LELOUP, J-Y. *A Arte de Morrer*. Petrópolis: Vozes, 2001.

MARANHÃO, José Luiz de Souza. *O que é Morte*. São Paulo: Brasiliense, 1986.

KÜBLER-ROSS, Elisabeth. *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo, Martins Fontes, 1991.

PITTA, Ana. *Hospital: Dor e Morte como Ofício*. São Paulo: Hucitec, 1991.

STEDFORD, Averil. *Encarando a Morte: Uma Abordagem ao Relacionamento com O Paciente Terminal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

ZIEGLER, Jean. *Os Vivos e a Morte*. Rio de Janeiro: Zahar, 1977.

Acolhendo as falas de quem faz saúde em Quixadá

Cleide Carneiro, Erasmo Miessa Ruiz, Lucyla Paes Landim, José Jackson Coelho Sampaio

A saúde seria saúde se não existisse o homem para dizer o que é saúde? A questão pode parecer absolutamente anacrônica e sem sentido, pois a saúde enquanto um conceito é expressão da nossa capacidade de perceber e analisar a realidade de uma maneira humana. Porém, imersos no cotidiano, muitas vezes nos esquecemos que o mundo a nossa volta traz a marca do humano. Ele não deveria ser impessoal, mas traz a marca da impessoalidade. Ele não deveria ser percebido como desumano, mas parece exigir uma nova atitude onde as pessoas possam perceber a marca de sua humanidade. Neste sentido, a pergunta tem procedência pois ao que parece, a saúde tem sido tratada, tendencialmente, como um problema técnico e impessoal subordinado a uma equipe de especialistas que transformam os corpos em campos de procedimentos específicos

Resgatar falas e experiências nos ajuda a responder a esta primeira questão. A saúde é uma área de conhecimento, um conjunto de práticas, uma plataforma de ações políticas. Materializa-se em uma rede de hospitais e outros serviços, confronta lógicas públicas e privadas de atenção, ganha vida nas matérias de jornal que discutem os investimentos públicos em saúde ou a ausência deles. Uma de suas visibilidades menos exploradas diz respeito ao que acontece no cotidiano de suas práticas.

Na verdade, a saúde também se configura nas pessoas, nos agentes que lhe dá vida e dinamismo. A saúde é o usuário exasperado que chega ao serviço e reclama da falta do médico. A saúde é o trabalhador enfermeiro extenuado por não conseguir dar conta do ritmo da demanda por atendimento. A saúde é o trabalhador médico que lamenta a falta de material básico que o teria ajudado a salvar uma vida. A saúde é a trabalhadora na cozinha do hospital, que se esforça para tornar o prato mais saboroso. A Saúde é o porteiro do posto que procura ser amável e dar respostas a todas as perguntas dos pacientes. A saúde é a esperança de ver a universalidade, a equidade e a integralidade ganharem vida no dia a dia.

O Sistema Único de Saúde (SUS) é uma abstração engendrada por uma complexa teia de necessidades que vai da eterna luta do homem em negar a sua finitude, passa pela busca do prazer e do bem estar, explode na luta por organizações sociais mais justas e solidárias, é resultado da forma como as forças políticas no Brasil implantam projetos de hegemonia em determinados momentos e cede espaços em outros.

Como se não bastasse, o SUS também é sua interface com as questões impostas pela necessidade de humanizar os serviços. Impõe questões éticas e morais que precisam ser sistematizadas teórica e praticamente. Aqui nós demarcamos a atuação do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde (LHUAS). Num quadro de extrema complexidade, tomamos como tarefa o desenvolvimento do “Acolher Cidadão”. Chegou o momento de avaliar o que foi feito não só pela nossa ótica, mas também da percepção mais importante: dos trabalhadores que dele participaram.

Por princípio acreditamos na máxima de Paulo Freire quando avisa que não existe aquele que saiba mais ou que saiba menos e sim existe saberes que são diferentes. Essa diferença é celebrada todas as horas no campo da saúde. No entanto, pouco se sabe dessa celebração, pois ela acontece no encontro entre os trabalhadores e toda a gama de agentes sociais que busca alguma forma de assistência, está perdida na floresta empírica do cotidiano.

Assim, para avaliar os impactos do “Acolher Cidadão”, nada melhor do que ouvir corações e mentes. Muitas vezes a ciência se “disfarça” em instrumentos para entender a realidade quando a realidade esta ali, logo adiante, bastando que estendamos a mão para tocá-la. Existe sempre a opção de avaliarmos um projeto aplicando centenas de questionários que, depois, seriam compilados e estatisticamente tratados. O problema é que em meio às porcentagens e medidas estatísticas, acabamos validando desejos, intenções e valores sem que eles venham a tona em toda sua rusticidade e poesia. Assim, optamos nesse texto por dar vazão às falas da maneira mais livre possível sem nos furtarmos a colocar nossas impressões.

Para tal empreitada, realizamos uma reunião com representantes de todos os serviços onde foram feitas as supervisões. A reunião envolveu 32 representantes e teve início com o destaque de que as mudanças percebidas teriam sido pequenas no cotidiano dos serviços, mas é ressaltado que o projeto motivou as pessoas a trazerem a questão da humanização para a ordem do dia. É sugerido que na continuidade do projeto seja realizadas vivências para:

“...trabalhar as nossas questões, não as questões pessoais, mas de uma forma que a gente pudesse ver a nossa postura em relação ao serviço, por exemplo: como a gente chegou ao trabalho depois de um dia mal em casa, ou à casa depois de um dia mal no trabalho, como a gente conseguiria contornar as nossas dificuldades pessoais dentro do serviço para não desumanizar a assistência e o atendimento.”
(Médica)

Note-se que a trabalhadora sinaliza que existe uma continuação entre casa e trabalho ou trabalho e casa. É preciso que as dificuldades dessa relação possam ser contornadas para que a assistência mantenha-se humanizada. Isso é fundamental para que a saúde de quem atende e é atendido possa ser minimamente preservada.

Em algumas falas é possível detectar a percepção de mudanças qualitativas de longo prazo, em particular dos trabalhadores de muito tempo de trabalho. O Projeto “Acolher Cidadão” é percebido como uma forma de valorizar o trabalho de todos, uma maneira da administração sinalizar que os trabalhadores são importantes. Além disso, serviu de alerta para que as pessoas tomassem a humanização como referência no atendimento, para que percebessem essa falta em si mesmo:

“Eu tenho que reconhecer a mim mesmo, para que eu possa olhar para o outro face-a-face, como se fosse o espelho do outro lado que tem a mesma coisa. Então esse projeto deixou muito conhecimento em cada um de nós”. (Dentista)

Nessa mesma fala o trabalhador ressalta que, da mesma forma que o projeto sinalizou aos trabalhadores a importância de um atendimento mais humanizado, era necessário agora partir para um processo educativo em relação aos usuários dos serviços:

“(...) a dificuldade que vejo é transmitir esses conhecimentos que foram através dos meios de comunicação ... para educar e informar a população. Até hoje está em mim essa pergunta. (...) A maior dificuldade que eu acho e continuo tendo é que continuam chegando casos de pessoas que ainda não tem noção de como nós trabalhamos, por que estamos ali, qual é nossa função” ()

Assim, o desconhecimento, por parte da população, das formas como os serviços são estruturados e como as tarefas são construídas no dia a dia é identificado por este trabalhador como uma fonte de conflito. A mídia deveria ser usada mais como fonte de informação para que a população viesse aos serviços já sabendo da dinâmica de funcionamento. Além disso, estaria faltando uma rede de informação, uma troca entre o hospital e as equipes de PSF, para ele “é só uma questão de botar um pouco de óleo na máquina e as coisas funcionariam melhor” (). No tocante à humanização, seria o momento de colocar em prática o conhecimento adquirido nos cursos e nas supervisões.

Outro trabalhador afirma que, no começo, o “Acolher Cidadão” parecia um projeto vago. Não ficava claro que forma ele teria, que direção tomaria, qual o tempo que seria gasto. Para ele, os trabalhadores tomavam conhecimento do projeto a cada módulo. Ressalta que o melhor momento foi o da supervisão, porque envolveu toda a equipe. A partir daí foi possível perceber as diferenças, dramas e contrastes dos outros serviços e equipes. Ressalta também que os problemas pessoais enfrentados pelos trabalhadores acabam interferindo na maneira como o atendimento se efetua. Sinaliza o caráter pioneiro do curso, o que acaba por implicar que as pessoas e as formas de desenvolvimento do projeto funcionem um pouco como um laboratório. Dá como sugestão a realização de vivências e investimento em maior diversidade teórica dos temas abordados. No início, a equipe via como sacrifício ter que se deslocar para o local do curso, mas ressalta que entre tantos cursos já feitos, o “Acolher Cidadão” tinha acrescentado algo afirmando que “uma caminhada só começa com o primeiro passo, e acho que ele foi dado. (Médico).

Os trabalhadores foram capazes de perceber a evolução do SUS em função de como as problemáticas enfrentadas acabam mudando sua configuração. Assim, se na primeira gestão do atual prefeito foi necessária a criação de um centro para cuidar de desnutridos, agora se percebe a necessidade de um centro para se cuidar de obesos. Se antes as pessoas procuravam atendimento para cuidar da doença. Hoje parte significativa dos atendimentos é para se cuidar da saúde e isto “por conta do trabalho que é feito na base de questionar a saúde e as condições de vida.”(Nutricionista). Neste sentido, a humanização é percebida como decorrência de um processo de evolução, onde a doença deixa de ser o foco para ceder o lugar à saúde. O PSF é apontado como um dos implementadores da qualidade dos serviços. Claro que ainda falta muita coisa a ser feita:

“Há quem fale que tem falhas na saúde, claro que tem, precisa mais ainda, até por que quando a gente consegue melhorar alguma coisa, a gente quer mais. A atenção à saúde cresceu muito em Quixadá. Por exemplo, o diabético, antes, precisava ir para Fortaleza, hoje não precisa mais. (...) Agora temos outra grande conquista nossa, que é o PSF” (Nutricionista).

Diferentes realidades enfrentadas pelos serviços implicam na construção de diferentes projetos de trabalho. Neste sentido, o “Acolher Cidadão” teria feito as pessoas perceberem isso com maior clareza. As pessoas são acolhidas de forma diferenciada nos diferentes serviços ressaltando-se assim a necessidade de um projeto de acolhimento que faça com que as pessoas sejam bem recebidas, ao mesmo tempo em que seja oferecido formas de resolutibilidade aos problemas apresentados. O tratamento do usuário é ressaltado pelos trabalhadores como um dos problemas a ser enfrentado:

“Em a questão do tratamento com o usuário, dizem que a gente jamais poderia tratar as pessoas de Seu Zé e de Dona Maria, e sim por seus nomes. Já vi gente tratando os usuários assim, eu fiquei horrorizada e reclamei: “olhe, você não fez o projeto Acolher Cidadão? Ele foi feito para isso, para humanizar o relacionamento cidadão.” Porque é muito interessante você chegar doente, se achando a pessoa mais infeliz do mundo, e você ser bem tratado.” (Enfermeira)

A mesma trabalhadora ilustra sua afirmativa a partir de sua própria experiência:

“Uma colega ficou mangando do nome da minha mãe, eu me chatee e falei para ela que eu traria esse problema aqui para o curso. Como é que ela fica mangando? Cadê a humanização da colega? Faltou a questão da ética aí. Aquela pessoa participou do nosso curso e não estava pondo em prática o que tinha aprendido. Porque é da índole de cada pessoa o bom tratamento do ser humano, mas quando não tem a índole, a gente precisa aprender.”(Enfermeira)

Interessante notar que, por esta percepção, os problemas de mal relacionamento aconteceriam por conta da índole das pessoas. Se a índole ti-

ver problemas, é necessário então intervir com a educação para melhorar o relacionamento. Fica evidenciada, mais uma vez, a importância de que as supervisões dos serviços seja feita em conjunto para que as problemáticas diferenciadas seja percebida por todos:

“Quando fizemos a avaliação em três equipes, ficou claro que numa equipe havia problema de falta d’água, noutra sobrava água. Numa o problema é muito barulho, noutra não. (...) Precisamos conhecer a realidade de cada lugar e das pessoas” (Enfermeira).

A mesma trabalhadora sinaliza a falta de comunicação entre os serviços e a clientela, pois faltaria uma melhor divulgação do sistema de trabalho nos serviços e o usuário ainda teria “aquele costume antigo de chegar na unidade, tacar o pé na porta e exigir atendimento, mesmo que a gente não possa, mesmo que tenha outra pessoa sendo atendida. A gente precisa ter uma filosofia da educação do usuário” (Enfermeira). Subentende-se que o que é chamado de “educação do usuário” não diz respeito apenas a informação sobre o trabalho, mas também à forma como as pessoas se comportam.

A “educação do usuário” é um tema que mobiliza os trabalhadores. Aqui fazemos o seguinte questionamento. Se existe uma agressividade latente por parte de determinados usuários dos serviços, há que se buscar qualificar essa agressividade. O que é chamado de “falta de educação” não pode ficar reduzido apenas a “falta de polidez”. Talvez falte também a parte dos trabalhadores alguma competência prática para o manejo de conflitos. Isso, aliado a condições inadequadas de trabalho, pode criar uma mistura explosiva. O relacionamento entre trabalhadores e usuários é visto, inclusive, como uma das causas dos problemas de saúde entre os trabalhadores:

“Eu concordo plenamente que tem que educar a população também, a população vem em cima da gente, nós temos procurado fazer o máximo, a gente procura conversar, dialogar, mas sempre tem aquela pessoa que chega chutando o balde. A gente precisa aprender que, neste problema, a questão é a da nossa saúde.” (Atendente de Enfermagem)

A mesma trabalhadora percebe um nexo entre melhoria das condições de trabalho e melhor possibilidade de atendimento: “que a gente precisa é trabalhar esta parte, deste relacionamento com a população, o que eu acho muito importante” (Atendente de Enfermagem).

Convém ressaltar que aquilo que o trabalhador chama de “educar a população” é também determinado não só pela falta de polidez. Em alguns momentos, os trabalhadores se queixam da ameaça direta de agressão física. Uma das trabalhadoras, em tom de brincadeira, sinaliza a necessidade de se fazer um projeto que se chamaria “Acolher Trabalhador”. Diz perceber muitas vezes a população chegando aflita, revoltada, chateada e brava. Ressalta que as condições do posto são inadequadas para se atender bem a um número tão grande de pessoas. Portanto, não é só a população que sofre, também os trabalhadores que relatam um mal estar físico e mental constantes. O relato a seguir ilustra a afirmação:

“Quando fui trabalhar no Campo Velho, a gente viu que a estrutura do posto era muito desconfortável, pequenininha, para uma população de 12.000 habitantes, isso gerava um desconforto muito grande para os profissionais e para a população e fazia com que a gente passasse mal. O desafio era atender uma grande população, muito revoltada, com pouca condição. Uma atendente me perguntou “olha, você conhece uma pessoa aqui chamada de cobra choca?” O nome era cobra choca porque ela era brava mesmo, bode com todo mundo, ameaçou dá uma facada na atendente, botar as tripas para fora. Isso foi a minha recepção na primeira semana de trabalho lá, aí eu pensei “eu vou esperar essa mulher aparecer aqui no serviço”. Então ela chegou, tinha dois filhos, gêmeos, e diagnóstico de problemas psiquiátricos, armou o maior barraco e quis passar na frente de todo mundo. Eu, muito calmamente, coloquei para ela os funcionamentos do serviço, eu perdi alguns minutos com ela, na verdade eu ganhei porque conquistei aquela mulher de uma forma tal que ela não fazia mais confusão quando chegava no serviço. Fui a uma reunião na comunidade e ela me colocou no melhor lugar, na melhor cadeira, e se tornou uma grande parceira. Eu não tenho a pretensão de educar a população, não, eu acho que a gente não tem que ter essa preocupação de educar a população, porque a população já tem a sua educação própria, tem suas formas de se estruturar de se organizar.” (Médica)

Esta fala é muito importante. Ressalta, entre outros aspectos, a importância de se romper com uma visão de educação como mero acúmulo de informação ou presença de polidez. Não é preciso educar as pessoas que já possuem um determinado saber que deve ser respeitado. Toma para si a responsabilidade de se preparar melhor para poder manejar as demandas da forma como aparecem, além de sinalizar a necessidade de se estruturar um efetivo projeto de acolhimento das pessoas:

“Nós, profissionais, precisamos ter a nossa postura, que servirá de exemplo, influenciando a população, com certeza. Se a pessoa chega com dois quentes e três ferventes, nós, no posto, precisamos ter paciência e dizer “venha aqui... vamos conversar e tal”. O bom acolhimento, a resolutividade, isto tudo vai mudar a relação e impedir a violência. Assim, a nossa postura como profissional se refletirá na população. Eles vão saber que ali tem profissionais decentes, educados, atenciosos, que, mesmo que não resolvam 100% dos seus problemas de saúde, estarão ouvindo, atendendo, apoiando, encaminhando” (Médica).

Outro aspecto importante a sinalizar nesta fala diz respeito a questão da escuta qualificada. Não basta aos profissionais estarem dispostos a ouvir o usuário. Esta escuta deve ser acompanhada de determinados critérios técnicos e práticos para que não caia no vazio ou sirva apenas para amortecer a catarse do indivíduo. Se a escuta não for resolutiva, com o tempo, poderá se transformar em mais um elo de conflitos, pois as pessoas logo perceberão que o trabalhador se dispõe a ouvir mas não atua para resolver os problemas.

O “Acolher Cidadão” também levou os trabalhadores a refletirem sobre o seu papel como agentes de mudança. O trabalhador pode ser protagonista de ações que visam estudar as necessidades da população para implementar modificações no cotidiano do trabalho. Além disso, também deve ser o protagonista de ações que ressaltem a capacidade de se cuidar bem para poder cuidar. Novamente ressalta-se que a melhoria das condições de trabalho interfere diretamente na forma do cuidado:

“Daqui a duas semanas nós faremos reformas na outra unidade, as queixas de estrutura já não vão mais existir, o atendimento à

população vai melhorar. A partir daí eu acho que algumas questões de infraestrutura deixarão de existir e aumentará a necessidade da gente discutir educação, satisfação, acolhimento.” (Enfermeira).

O “Acolher Cidadão” é evidenciado por ter oferecido um espaço onde os relacionamentos interpessoais pudessem ser discutidos. Também serviu para produzir uma crítica de como está o relacionamento com a população atendida. Novamente, é enfatizada a necessidade de um “Acolher Trabalhador”:

“O projeto fala em acolher o cidadão, mas nós profissionais temos que ver nosso lado, até porque muitos aqui já devem ter passado por um problema grave no serviço. Um atraso no expediente que não foi bem compreendido pela comunidade, uma dificuldade na condução de um tratamento (...). Eu tive o depoimento de uma senhora, sobre o tratamento que uma filha dela teve num hospital, com uma medicação errada, e que se a medicação tivesse prejudicado a filha dela ao ponto de vir a óbito, ela mesma puniria o profissional. Então ela explicou como iria puni-lo, e aquilo me deixou tão assustada que ela percebeu. (...) Ela falou que puniria o médico com um gargalo de garrafa que ela colocaria debaixo da roupa e, quando entrasse no consultório, ela passaria o gargalo no pescoço do profissional que nem poderia falar. Ela disse saber que ira ser presa, mas não importava, ela teria punido o profissional que matou a filha dela.”(Enfermeira)

Percebe-se por este depoimento o quanto a escuta, qualificada ou não, é de fundamental importância na redução de conflitos e, até, na prevenção da violência. Esta conversa entre a trabalhadora e a usuária do serviço só surgiu porque ela teve tempo de ouvi-la, e, embora já não fosse horário normal de atendimento, tratou a situação como se fosse um agendamento normal: “é preciso aprender a trabalhar melhor estas coisas, fazer toda a equipe participar de projetos como este, melhorar o atendimento ao usuário, para perder o medo”(Enfermeira).

Existe a percepção de que o “Acolher Cidadão” produziu uma mudança geral na forma como se faz e pensa o atendimento da população:

“Eu sou recém chegada ao município, sou a mais nova de todas aqui, e já peguei os últimos módulos do projeto. O pessoal dizia “Ah, tem o projeto Acolher Cidadão”. Eu achei interessante, pôxa, o pessoal já se organizou de outra forma, está preocupado na qualidade do atendimento, no acolher, no ouvir, na escuta. Eu já encontrei uma equipe preocupada em acolher bem a comunidade, em assistir bem, e eu percebi que o projeto veio reforçar essa preocupação, sensibilizou mais ainda a equipe para o ato de acolher a comunidade”.
(Enfermeira)

Esta mesma trabalhadora ressalta que faltou a participação dos agentes comunitários no projeto, pois esta é uma parte importante da equipe, dado o seu contato com o usuário. Ainda assim, o projeto integrou mais os trabalhadores da rede, até porque atingiu mais da metade do efetivo, apresentou bom nível teórico para se conhecer melhor o sistema de saúde como um todo, seu funcionamento, suas potencialidades. Ressalta ainda a necessidade de continuidade:

“É preciso que o projeto não pare por aqui, tenha momentos de acompanhamento também, e se enfrente o problema da infraestrutura. A estrutura física da unidade de saúde de um dos distritos é muito precária, a gente não tem banheiro, não tem pia... O bom é que a gente sente a preocupação da administração em resolver este problema. Sei que estão presos a prioridades e não podem resolver tudo de uma vez, mas estão alertas.” (Enfermeira).

As falas ressaltam a todo instante o caráter da diversidade do SUS, de territórios, de perfis demográficos, de perfis culturais próprios, de perfis epidemiológicos. Existem áreas extensas, pouco povoadas. Outras nem tanto, embora com grande população. Isso interfere diretamente na forma como as equipes trabalham, no ritmo e intensidade das jornadas, no fluxo das pessoas por atendimento. Junte-se a isso as condições de infraestrutura e o quadro se torna mais complexo. A forma como se configura essas características são decisivas para a qualificação de um atendimento mais humano. Novamente, a capacidade de escutar e dialogar é fundamental para o manejo de conflitos como ilustra o depoimento a seguir:

“O distrito C..., por exemplo, tem área muito extensa, são 1.300 famílias e tínhamos 16 agentes de saúde na minha época, e, apesar de ter uma equipe muito boa, era uma área muito difícil. Lá, eu tive experiências de violência. Passei pela experiência de um homem que chegou armado de faca, eu estava sozinha no posto, com a auxiliar de enfermagem, ele chegou revoltado por que a mulher viera para o pré-natal e quando ele chegou em casa o almoço não estava pronto. Ele foi buscar a mulher com a peixeira na cintura. A gente teve que se auto defender da melhor maneira possível. Mas depois eu conversei e a situação se resolveu. No distrito DM... eu encontrei uma área pacífica, com demanda bem menor, as coisas mais organizadas.”
(Enfermeira)

As mudanças de local de trabalho são para esta trabalhadora uma outra fonte de problema. Hábitos consolidados em um local acabam sendo inúteis no outro. Formas específicas de gestão aprendidas num local devem ser redimensionadas em outro. Formas de hierarquia informal que existiam num serviço precisam ser reconfigurados em outro:

“Quando eu vim prá sede, a adaptação foi terrível, pois aqui tem um problema estrutural crônico. Em prédio pequeno, funcionam serviços especializados, programa DST-AIDS, são duas equipes de PSF, o serviço social, a central de marcação de consultas e exames, odontologia, ultra-sonografia e autorização de cirurgia, sem tempo e sem espaço para atividades educativas. Eu me senti totalmente podada, amarrada nas minhas ações. Agora eu fui para o distrito J..., uma área pequena e muito acolhedora, um postinho antigo, mas bem organizado, onde só tem nossa equipe. Na sede, tanta gente trabalhando e ninguém dava conta. Aqui, só uma atendente e tudo funcionando certinho” (...) (Enfermeira)

Apesar de tudo, esta mesma trabalhadora nota que o “Acolher Cidadão” atuou diretamente na auto-estima dos trabalhadores. As pessoas reportam que estão se sentindo importantes, capazes de resolver os problemas: *“Tanta coisa já foi resolvida, até aquelas que se arrastavam há tanto tempo. A gente se reuniu, se sentiu apoiado, usou a inteligência, percebeu a decisão da Secretaria de Saúde, e a gente deixou de esperar, passou a agir.”* (Enfermeira).

Para alguns trabalhadores o “Acolher Cidadão” promoveu uma reflexão do que precisa ser melhorado e o que precisa ser mudado aprofundando o diálogo sobre estas questões na equipe. O curso serviu para que se notasse um certo individualismo nas pessoas que precisa ser rompido. Os profissionais estão se sentindo mais motivados e essa motivação precisaria ser renovada a cada dia:

No meu território são 13.000 habitantes, a unidade comporta duas equipes saúde da família, é uma comunidade muito carente, com o nível educacional baixo, mas que com muito jeito, com muito carinho, com muita atenção e com o interesse do profissional a gente consegue conquistar essas pessoas para que auxiliem o nosso trabalho, para que seja cada vez melhor o que a gente está oferecendo. Então, o que eu vejo é isso. Ainda tem algumas coisas pra mudar, pra melhorar, e isso depende de cada um estar tentando ajudar os outros que ainda estão menos motivados, que ainda têm uma certa resistência às mudanças, mas é um trabalho que deve ser feito em equipe, em grupo, porque a melhoria vai ser pra todo mundo.” (Enfermeira).

Um outro depoimento ressalta a mudança no olhar dos trabalhadores depois do “Acolher Cidadão” tendo os profissionais uma preocupação de abordar e acolher melhor as pessoas. Novamente é ressaltada a tensão entre trabalhador e usuário. Isso pode estar acontecendo por muitas razões. Uma delas provavelmente diz respeito a prováveis diferenças sociais entre quem atende e quem é atendido. Parte da população está exposta aos efeitos da crise social que provoca crescentes formas de exclusão. O alcoolismo, o uso de drogas ilícitas e até a existência de gangues que cobram “pedágio” para que os trabalhadores cheguem a seus locais de trabalho, são sinalizados como problemas que aumentam o estresse no trabalho. Esta tensão impede que as pessoas possam apreciar o seu entorno como se a beleza fosse nublada pelas circunstâncias:

“Quando você chega ao posto de saúde é muito interessante, tem uma pedra grande e bem bonita, uma visão muito bonita. Só que as pessoas quando chegam lá, acho que esquecem dessa visão bonita e fica só a carência, a raiva... (...) O posto é bem cuidado, as au-

xiliares começaram a colocar umas plantinhas lá atrás, tem uma bananeira, estão sempre limpando o posto, que faz parte da visão também, da gente visualizar todo o posto limpo. E mesmo assim, de vez em quando, chegam pessoas impondo: “eu não trouxe a receita, não, mas o meu remédio é um azulzinho que tem umas faixazinhas vermelhinhas”. Então é preciso parar um pouco, ouvir o que a pessoa está falando, conversar, interagir e dizer: “não é assim, você tem que buscar a receita” é uma meia hora ou mais. Tem a paisagem, mas é preciso de tempo também. E, realmente, as atendentes procuram conversar e ouvir, valorizar. (Enfermeira)

Aqui parece ficar patente que o modelo biomédico tradicional não está preparado para o enfrentamento de questões que transcendem as expressões patogênicas das doenças ou as meras disfunções orgânicas. Do médico ao porteiro, há se instaurar uma nova atitude que possa transformar as visões holísticas preconizadas pelos quadros teóricos em ação prática, um olhar que se desloque da doença para a promoção de saúde, com tempo e paisagem.

Uma das marcas do “Acolher Cidadão” diz respeito ao maior empoderamento de funções consideradas pela hierarquia tradicional como totalmente subalternas. Uma das questões ressaltadas pela PNH é a ideia de gestão compartilhada. É óbvio que existem níveis diferenciados de empoderamento no espaço de trabalho, entretanto, se um dos objetivos fundamentais é o bom atendimento aos usuários que acorrem ao serviço, trata-se de redefinir as atribuições, não mais por conta das exigências e um organograma formal, mas também pelas necessidades específicas de cada serviço, que acabam sendo relativamente diferentes de um local para o outro. Significa dizer que funções consideradas formalmente como subalternas devem ter um maior empoderamento no que tange a atuação com o usuário e o usuário mesmo deve interferir mais nas situações onde antes era essencialmente passivo. O relato a seguir ilustra essa situação:

“Tem uma senhora muito valente, que, recentemente, passou a ser minha vizinha. Pois bem, ela veio com o esposo dela para uma consulta e ficou com a receita aguardando que chegasse o medicamento, pois no dia da consulta não tínhamos o medicamento. Certo dia ela chegou no posto e fez uma zoada danada, e a minha filha, que es-

tava ao lado, veio me avisar. Então, eu disse: “tem nada não, filha, pode sair que eu resolvo”, e ela falou: “não, mãe, ela está valente, dizendo que vai bater na senhora”. Resolvi deixar minha filha ao meu lado e disse para a mulher entrar, chamando-a pelo nome: “entre, pode entrar!”. Ela olhou assim para mim e disse: “é porque você, sua amarela, promete que vai chegar esse remédio e nada desse remédio chegar, meu esposo já passou mal duas vezes por conta do remédio”. Perguntei: “a senhora trouxe a receita do remédio?”, e ela: “está aqui!”, e me entregou a receita. Dei uma olhada e perguntei: “a senhora não tem outra receita em casa não?”. Ela disse: “tenho não, a receita é essa daí!”. Eu olhei e disse: “Olhe, o medicamento dele não é esse, não é por conta da falta desse medicamento que ele está passando mal, não!”. A senhora disse: “é sim, porque o remédio que o Dr. passou foi esse daí!”. Então, eu completei: “a senhora senta que eu vou conversar com a senhora”. Fui lá, ela ficou sentada, mas muito valente, assim, se eu passasse ela me pegava. Aí eu botei a mão no ombro dela, fui procurar o prontuário do esposo e li o que estava prescrito. Fui falar com o médico, ele olhou, prescreveu a nova receita. Ela tinha perdido a receita do esposo e estava com outra receita e eu sempre dizendo que estava faltando, mas o remédio da receita que ela trazia, não o que o marido realmente precisava, e por este erro, dela mesma, ela estava armando tudo aquilo, que ia me bater, me pegar pelos cabelos se eu dissesse que o medicamento não tinha chegado ainda. Mas como eu pude parar, falar com ela, botar a mão no ombro dela, conversar com o médico, levar água e cafézinho, descobri o medicamento certo, entreguei o medicamento na mão dela, e aí ela mudou toda, até passa por mim e me diz “Bom dia!”. Antes ela só me chamava de “aquela bicha nojenta, chata...” Não foi só com a conversa que eu tive com ela, também já fui visitar duas vezes a casinha dela e hoje ela passa por mim “bom dia, tudo bom!”. (Atendente de Enfermagem)

Aqui a visão tradicional de uma atendente de enfermagem, como um “instrumento de trabalho” do desejo das funções mais qualificadas, fica totalmente superada por um agente que ganhou consciência da importância que seu papel tem no contato direto com o usuário. Para esta trabalhadora, as pessoas “descarregam” muito em cima da atendente. Quando

o médico ou a enfermeira chega ao usuário, parte da raiva e da frustração foi superada por um bom primeiro atendimento. Se isso não acontece, os outros profissionais se transformam no novo foco de tensão. Nas suas palavras “a gente encontra umas “cobrinhas” e vai quebrando esse elo de valentia, com muita preparação, fato que melhorou com o projeto “Acolher Cidadão”. A trabalhadora diz que, hoje, se sente capacitada a tirar “veneno de cobra” antes que ela jogue para cima da gente (Atendente de Enfermagem). Embora a metáfora com cobras possa não ser muito feliz, ela expressa o sentimento de ameaça que parte dos trabalhadores sente advinda dos usuários. Uma melhor preparação para “tirar o veneno” ou seja, lidar com os conflitos a partir de uma escuta mais qualificada, é colocada como uma necessidade fundamental.

O projeto instrumentalizou o trabalhador como um agente que avalia a qualidade dos serviços quando se coloca no papel de usuário:

Eu estava com meu sogro, com dor de uma pancada na virilha que abriu uma hérnia, e ele estava passando mal. Então eu fui pedir carona na estrada e não sei se foi por ironia do destino, eu peguei carona com um vereador, que se propôs ajudar, deu carona, levou para o hospital. Não entendi sua atitude porque ele é da oposição. Eu não entendi, só sei que ele deu carona. Chegamos ao hospital, lá em baixo não tinha maqueiro e eu levei meu cunhado para ajudar se fosse preciso. Mas o vereador pegou o paciente e disse: “deixe que eu levo”, e saiu levando. Quando ele chegou na portaria foi barrado pelo segurança. O segurança levantou e disse: “vereador, pode deixar que tem quem traga”. Dessa forma! E ele disse: “opa, cidadão, lá fora não tinha ninguém que trouxesse, eu apenas fui cavalheiro com a mulher”. Ele brincou até assim: “mulher não é para pegar peso”. Quando a gente entrou só tinha duas pessoas para mostrar raio X. Perguntei se poderia entrar com meu sogro, que estava sentindo dor, e o segurança respondeu: “a senhora vá esperar lá na sua vez, quem vai entrar aqui são elas que estão na frente”. Eu fiquei assim e pensei “esse cidadão não participou do Acolher Cidadão”. Ele deveria ter chegado para mim e perguntado qual o problema dele, pra avaliar risco. Eu acho que todo mundo, esse pessoal do hospital, também deveria participar, principalmente aquele segurança. (Atendente de Enfermagem).

Assim, fica evidenciado hoje em Quixadá que o “Acolher Cidadão” transformou-se em uma marca. Ele demarca aquele trabalhador que assume uma postura humana, sensível, inclusiva, no cotidiano do atendimento, traduzida por estar disposto a ouvir qualificadamente e de dar resolubilidade as demandas do usuário. Traduz também o protagonismo crítico com relação ao cotidiano do trabalho, por meio de um olhar capaz de perceber não só os equívocos, mas também de propor soluções frente as problemáticas.

Os trabalhadores querem mais, querem uma segunda fase, na qual se trate de incorporar os trabalhadores que ficaram de fora do primeiro momento do projeto. Também é salutar aumentar o espaço das supervisões, tornar o momento da formação teórica pontilhado por vivências práticas, incentivar os trabalhadores ao exercício expressivo dos próprios dramas e frustrações do cotidiano.

No futuro, serão buscados modos de atingir o próprio usuário, diretamente ou por meio de suas associações comunitárias, tornando-o parte integrante do projeto. Mas, aqui, novamente, convém lembrar que não temos a pretensão de educar quem já está educado. Queremos, antes de tudo, mudar atitudes e percepções. Parte do saber dos usuários pode estar sendo negligenciado no dia a dia da saúde. Não existe um “nós” que trabalha e cuida e um “eles” que sofrem a nossa ação de cuidar. O que existe, de fato, é o “mundo” que participa conjuntamente das ações de saúde. Se o nosso empoderamento na relação com o usuário é maior, trata-se então no futuro de buscar mudar nossas atitudes para que o usuário, gradualmente, mude a sua.

ANEXO I

Ministério da Saúde
Prefeitura do Município de Quixadá / Secretaria de Saúde
Universidade Estadual do Ceará / Centro de Ciências em Saúde /
Laboratório de Humanização da Atenção
em Saúde – LHUAS

Projeto Acolher Cidadão:
qualidade de vida e humanização no trabalho em saúde

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- 1.1. NOME DO CURSO/CAPACITAÇÃO: Qualidade de Vida e Humanização no Trabalho em Saúde.
- 1.2. INSTITUIÇÃO PROMOTORA: Secretária da Saúde e Assistência Social de Quixadá/Prefeitura Municipal e Ministério da Saúde.
- 1.3. COORDENAÇÃO: Universidade Estadual do Ceará-UECE/Centro de Ciências da Saúde-CCS; Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde–LHUAS; Secretaria da Saúde e da Assistência Social de Quixadá.
- 1.4. INSTITUIÇÃO FINANCIADORA: Ministério da Saúde; Prefeitura Municipal de Quixadá.
- 1.5. EXECUÇÃO FINANCEIRA: Instituto de Estudos e Projetos-IEPRO/UECE.
- 1.6. INSTITUIÇÃO EXECUTORA: Universidade Estadual do Ceará–UECE.
- 1.7. LOCAL DE REALIZAÇÃO: Município de Quixadá/Ce.
- 1.8. PERÍODO DE REALIZAÇÃO - Início: fevereiro 2005 / Término: dezembro 2006.
- 1.9. FUNCIONAMENTO: Segunda à sábado.
- 1.10. ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA: Av. Paranjana, 1700, CCS/UECE, Campus do Itaperi.
- 1.11. COORDENADORES: Cleide Carneiro e José Jackson Coelho Sampaio.
 - 1.11.1 SECRETÁRIA DE SAÚDE DE QUIXADÁ: Dra. Francimeiry Amorim da Silva.
 - 1.11.2. UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ: Profa. Dra. Cleide Carneiro. (email: cleidec@uol.com.br), fone: (085) 3224.7529 e 9616.0646

2. JUSTIFICATIVA

A Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá identifica uma necessidade premente de capacitação dos profissionais que compõem seu quadro de assistência no

Sistema Local de Saúde – SILOS com vistas a avanços neste sistema em relação à efetivação das propostas para a saúde expressas no Movimento Sanitário Brasileiro e consubstanciadas no Sistema Único de Saúde – SUS.

Quatro tópicos são abordados em projeto encaminhado pela Secretaria Municipal de Saúde de Quixadá à Universidade Estadual do Ceará como sendo nevrálgicos ao sistema e que precisam ser trabalhados em curso de capacitação teórico/vivencial: 1. Relações Humanas; 2. Gestão dos Serviços; 3. Humanização dos Serviços e da Assistência; 4. Atenção em Saúde Mental para as equipes do Programa Saúde da Família – PSF. Cada um destes tópicos está problematizado como se verá a seguir:

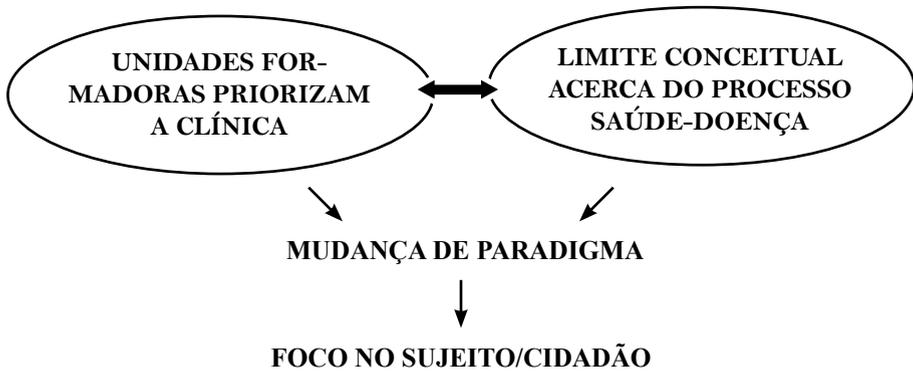
- **Relações Humanas:** aqui estaria o maior ponto de estrangulamento da assistência, ocorrendo dificuldades de relacionamento dos profissionais de saúde entre si, como entre estes e os usuários, e ainda, entre profissionais, usuários e o serviço público. O gráfico a seguir sintetiza esta situação:



- **Gestão dos Serviços:** identifica-se uma problemática na gestão dos serviços, principalmente no que trata da participação dos usuários, protocolos de avaliação, e gerenciamento dos serviços, necessitando-se direcionar o modelo de gerenciamento atual rumo à uma Gestão Participativa. O esquema abaixo formula o problema colocado e aponta a solução sugerida pelos gestores:



- **Humanização da Assistência:** este é o ponto principal, que envolve todos os demais, e para o qual se deseja focar a assistência através do *Projeto Acolher Cidadão*.



- **Atenção em Saúde Mental para as equipes do Programa Saúde da Família – PSF:** o sistema de saúde do município possui uma eficiente política e serviço de assistência em saúde mental que, dada suas características, necessita de uma atuação em parceria com o PSF, daí a especificidade desta demanda de capacitação das equipes deste programa para o trabalho no campo da saúde mental.



3. OBJETIVOS

- **Geral**

Atender a demanda da atenção em saúde através da qualificação e treinamento dos recursos humanos das instituições de saúde.

- **Específicos**

Qualificar profissionais para o trabalho de atenção humanizada em saúde junto aos usuários do Sistema de Único de Saúde.

Aplicar conteúdo voltado para promover e capacitar os profissionais para identificar e solucionar conflitos de forma integrada, tomar decisões, utilizar ferramentas de planejamento e parâmetros da ética e do respeito à cidadania.

Capacitar profissionais para o exercício de multiplicadores em programas e serviços.

Elaborar instrumento de avaliação de programas, serviços de saúde desdobrando eixos temáticos, indicadores e parâmetros de humanização e qualidade.

4. ASPECTOS TÉCNICOS

- 4.1. MODALIDADE DO CURSO: temporário; presencial; em serviço.
- 4.1. CLIENTELA DO CURSO: Trabalhadores dos diversos serviços de saúde da rede básica, especializada e hospitais do município de Quixadá: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos, dentistas, terapeutas ocupacionais, psicopedagogos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, auxiliares de serviço gerais, administradores e outros.
- 4.2. NÚMERO DE VAGAS E DISTRIBUIÇÃO NAS DIFERENTES FASES DO CURSO: 300 alunos, divididos em 5 turmas de 60 alunos para os módulos teóricos conceituais, grupos menores conforme lotação das unidades de saúde para vivências em oficinas de acolhimento; grupos de 150 para os seminários e palestras.
- 4.3. CARGA HORÁRIA: 410 horas/aula, divididas em 40 h/aula teórica por turma (5), totalizando 200 h/aula; e 8 h/oficinas/vivências por turma (15 turmas/unidade de saúde), totalizando 120h/oficina; 10 seminários de 8 horas (80 hora/seminário) e 5 conferências/palestras de 2 horas (10 horas/conferência/ palestra).

5. EQUIPE DE PROFESSORES

1. Carlos Magno Barroso – Médico Psiquiatra do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Quixadá, Supervisor do CAPS de Quixadá, Especialista em vivências terapêuticas e educação em saúde.
2. Cleide Carneiro – Assistente Social, Doutora em Serviço Social; Professora do Mestrado Acadêmico em Administração/UECE; Coordenadora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental/UECE; Supervisora da RSSSG em Fortaleza e da Rede de Saúde Mental em Sobral; integrante do Grupo de Pesquisa “Vida e Trabalho” e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde - LHUAS da Universidade Estadual do Ceará - UECE.
3. Erasmo Miessa Ruiz – Psicólogo, Doutor em Educação; Pesquisador e Professor do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública/UECE e do curso de graduação de Serviço Social/UECE. Especialista em Saúde Mental e Trabalho e Tanatologia; integrante do Grupo de Pesquisa “Vida e Trabalho” e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde - LHUAS da Universidade Estadual do Ceará - UECE.
4. José Jackson Coelho Sampaio – Médico Psiquiatra, Doutor em Medicina Preventiva; Diretor do Centro de Ciências em Saúde (CCS)/UECE; Pesquisador e Professor do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública/UECE; Supervisor do Programa de Humanização do Nordeste (Piauí, Ceará e Maranhão); Pesquisador do CNPq na área de Saúde Mental e Trabalho; Coordenador do Grupo Vida e Trabalho (CNPq) e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde - LHUAS da Universidade Estadual do Ceará - UECE.
5. Ernani Vieira Vasconcelos – Médico sanitário, Doutor em Medicina Preventiva e Social; Docente do Curso de Medicina e do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental/UECE; colaborador do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde

Pública/UECE; integrante do Grupo de Pesquisa “Vida e Trabalho” e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde - LHUAS da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

6. Lucyla Paes Landim – Terapeuta Ocupacional/USP, Mestre em Saúde Pública/UECE; Colaboradora do Instituto Aquilae: Oficina de Criação e Saúde; Assessora de Saúde Mental da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza; integrante do Grupo de Pesquisa “Vida e Trabalho” e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde - LHUAS da Universidade Estadual do Ceará - UECE.
7. Sandra Maia Vasconcelos – Pedagoga, Doutora em Educação e Saúde; Colaboradora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental/UECE e do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública/UECE; integrante do Grupo de Pesquisa “Vida e Trabalho” e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde - LHUAS da Universidade Estadual do Ceará - UECE.

6. ESTRATÉGIAS DE ENSINO/CAPACITAÇÃO

- Exposições dialogadas com exposições de casos ilustrativos.
- Trabalho em grupo
- Seminários temáticos.
- Oficinas de vivências;
- Estudo da bibliografia recomendada;
- Estágio de aprendizagem prática;

RECURSOS DIDÁTICOS

- Data show
- Clip-shart.
- Videocassete
- Papel, pincéis.
- Retroprojeter
- TV
- Aparelho de som

AVALIAÇÃO DE APRENDIZADO

Participação do servidor em todas as fases do curso.

7. DESENVOLVIMENTO DO PROJETO ACOLHIMENTO/CURSO/CAPACITAÇÃO

• PRIMEIRA FASE

8. OFICINAS DE ACOLHIMENTO

As oficinas de Acolhimento serão realizadas nas 14 unidades de Saúde do Município de Quixadá com o objetivo de serem um espaço de escuta dos trabalhadores destas unidades, possibilitando-lhes a reflexão e construção sobre o acolhimento e o processo de trabalho nos serviços de saúde onde estão inseridos.

FACILITADORES	UNIDADE DE SAÚDE	Nº DE PARTICIPANTES	DURAÇÃO
Carlos Magno Barroso	Médico psiquiatra/terapeuta vivencial	300	15 oficinas de 8 horas/cada
Lucyla Paes Landim	Terapeuta Ocupacional		

• **SEGUNDA FASE**

9. MÓDULOS E CONTEÚDOS TEÓRICOS:

• **MÓDULO 1**

Prof^o. José Jackson Coelho Sampaio

Políticas de Saúde: a informação, o planejamento, a administração de programas e serviços.

• **MÓDULO 2**

Prof^o. Ernani Vieira Vasconcelos Filho

Triagem com critério de risco: priorização de problemas, protocolos, avaliação de programas e serviços de saúde.

• **MÓDULO 3**

Prof^a. Cleide Carneiro

Competência técnica e competência relacional e interativas: equipe multiprofissional e interdisciplinaridade, gerenciamento de conflitos, o indivíduo, a família e a comunidade como sujeito, cultura, formação política e cidadania.

MÓDULO 4

Prof^o. Erasmo Miessa Ruiz

Motivação e satisfação no trabalho: organização, hierarquia e liderança. Qualidade de Vida e Trabalho. A saúde de quem cuida da saúde.

MÓDULO 5

Prof^a. Sandra Maia Vasconcelos

A Política Nacional e Estadual de Humanização de Atenção e da Gestão em Saúde: os dispositivos da Humanização; os dispositivos de cidadania; Ética, política e estética.

9.1. CRONOGRAMA DO MÓDULO TEÓRICO

DIA: 7 a 11/03/05 – HORÁRIO: 08:00 - 17:00h				
TURMA 1	TURMA 1	TURMA 1	TURMA 1	TURMA 1
MÓDULO 1 Prof. Jackson Sampaio	MÓDULO 2 Prof. Ernani Vasconcelos	MÓDULO 3 Prof. Cleide Carneiro	MÓDULO 4 Prof. Erasmo Miessa	MÓDULO 5 Prof. Sandra Maia

DIA: 14 a 18/03/05 – HORÁRIO: 08:00 - 17:00h				
TURMA 2	TURMA 2	TURMA 2	TURMA 2	TURMA 2
MÓDULO 1 Prof. Jackson Sampaio	MÓDULO 2 Prof. Ernani Vasconcelos	MÓDULO 3 Prof. Cleide Carneiro	MÓDULO 4 Prof. Erasmo Miessa	MÓDULO 5 Prof. Sandra Maia

DIA: 28 a 01/04/05 – HORÁRIO: 08:00 - 17:00h				
TURMA 3	TURMA 3	TURMA 3	TURMA 3	TURMA 3
MÓDULO 1 Prof. Jackson Sampaio	MÓDULO 2 Prof. Ernani Vasconcelos	MÓDULO 3 Prof. Cleide Carneiro	MÓDULO 4 Prof. Erasmo Miessa	MÓDULO 5 Prof. Sandra Maia

DIA: 4 a 8/04/05 – HORÁRIO: 08:00 - 17:00h				
TURMA 4	TURMA 4	TURMA 4	TURMA 4	TURMA 4
MÓDULO 1 Prof. Jackson Sampaio	MÓDULO 2 Prof. Ernani Vasconcelos	MÓDULO 3 Prof. Cleide Carneiro	MÓDULO 4 Prof. Erasmo Miessa	MÓDULO 5 Prof. Sandra Maia

DIA: 11 a 15/04/05 – HORÁRIO: 08:00 - 17:00h				
TURMA 5	TURMA 5	TURMA 5	TURMA 5	TURMA 5
MÓDULO 1 Prof. Jackson Sampaio	MÓDULO 2 Prof. Ernani Vasconcelos	MÓDULO 3 Prof. Cleide Carneiro	MÓDULO 4 Prof. Erasmo Miessa	MÓDULO 5 Prof. Sandra Maia

• **TERCEIRA FASE:**

10. **SEMINÁRIOS (3): COM PROFESSORES EXPOSITORES CONVIDADOS**
 INÍCIO: ABRIL DE 2005 (ver cronograma)

11. **CONFERÊNCIAS/PALESTRAS (5): COM PROFESSORES EXPOSITORES CONVIDADOS**

INÍCIO: MAIO DE 2005 (ver cronograma)

Público alvo: profissionais lotados em hospitais.

- A humanização do Cuidado em Saúde na unidade hospitalar.
Dr. José Jackson Coelho Sampaio (UECE)
- O funcionamento afetivo das Instituições: a vida afetiva dos grupos.
Dr. Carlos Magno (CAPs Quixadá)
- A equipe Interdisciplinar na unidade hospitalar e a construção de novas práticas.
Dr. Ernani Vasconcelos Filho. (UECE)

• **QUARTA FASE**

12. ACOMPANHAMENTO/SUPERVISÃO EM SERVIÇO

A supervisão em serviço será realizada em todas as unidades de saúde do Município, com todos os trabalhadores destes serviços.

13. CRONOGRAMA

ANO 2005	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	AGO	SET	OUT
Início	15								
Oficinas	X/16	X							
Módulos Teóricos		X/ 07	X						
Acompanhamento			X	X	X	X	X	X	X
Seminários			26	17	14	19	09/30	20	18
Palestras				24	13	18	15		
Elaboração Relatório								X	X/30F

14. IMPACTOS ESPERADOS COM A REALIZAÇÃO DO PROJETO/ACOLHIMENTO

Capacitar e qualificar os 400 servidores da Secretária de Saúde de Quixadá fortalecendo vínculos de trabalho nas equipes e com os usuários.

15. INDICADORES DE IMPACTO

Aplicação do instrumento de avaliação do processo de trabalho com indicativo de satisfação da comunidade usuária.

ANEXO II

Relação dos participantes do curso teórico

Ádla Nêmia Saldanha de Almeida
Adriano Queiroz Alencar
Aélia Maria Alves Cordeiro
Aldenir Sousa Menezes
Ana Celsa Sá Nogueira
Ana Cláudia Vieira Targino
Ana Íris Costa França
Ana Keyla Coelho Benício
Ana Paula Lopes de Oliveira
Ana Valéria Nepomuceno Bezerra Carneiro
Andréia de Queiroz Nobre
Antero Rosa da Silva
Antônia Célia Nunes da Silva
Antônia Creuza Tavares
Antônia de Fátima de Lima Maciel
Antônia Ivone Silva de Oliveira
Antônia Lúcia F. Borges
Antônia Medeiros Loureiro
Antônia Nascimento de Oliveira
Antônia Silvia Pereira da Silva
Antônio Helieudo Brito André
Antônio Luiz de Paula Pessoa
Antônio Ventura Correia
Anunciação M. Matias Queiroz
Arnoldo Pinto Fernandes
Brenda de Sousa Capistrano
Claudenir Castro da Silva Pereira
Cláudia Rodrigues de França
Cristiane Barbosa Jucá
Dalvanir Silva Lima Barreira
Edinaldo Ferreira Rolim
Edno José de Sousa Freire
Eliene Castro de Sousa
Elisângela Ribeiro Alves

Elzimar Dutra de Sousa
Eurico Alves de Lima
Everardo Silveira
Fábio D'avila Siqueira
Fátima Felipe Santiago
Fátima Lúcia de Oliveira Santos
Fátima Maria Freitas Lima
Francileide Ribeiro da Silva
Francilene Oliveira dos Santos
Francimeiry Amorim da Silva
Francineide Maciel
Francineuma de Castro Abreu
Francineuma Fernandes da Silva
Francisca Arlinda Silva Rodrigues
Francisca Batista Saraiva
Francisca da Silva Soares
Francisca de Brito Oliveira
Francisca Eliane Nogueira
Francisca Luciana Leite Lucena
Francisca Magda Pinto da Costa
Francisca Maria das Graças Fernandes
Francisca Patrícia Pompeu de Sousa Brasil
Francisca Shelda Fernandes Dantas
Francisco de Assis M. de Oliveira
Francisco Fábio Pachêco Barbosa
Francisco Francimar Ferreira
Francisco George Farias
Francisco Gleigiano Lima
Francisco Pereira da Silva
Francisco Tomé da Silva
Francisco Helder de Freitas Monteiro
Francisco Tarquílio Bandeira
Ieda Sousa Lima Alves
Iracilda Mariano Lima Barbosa
Irene Leite Pereira
Irene Oliveira Barros
Jaqueline Ribeiro Pinto
Joana D'arc André
José Emílio de Sousa Nobre
Karine Viana Martins Maia Carneiro
Kleiber Marciano Lima Bonfim
Laíde Pereira da Silva
Lauriene Ma Matos de Sousa
Liana Ma Cavalcante da Costa
Lídia Ferreira da Silva Nogueira

Lindalva de Lima Costa Marinho
Luciane Bezerra Batista
Lucilene Xavier de Lima
Lucileuda Gomes de Sousa
Lucivânia Bernardo da Silva Costa Maciel
Lucivânia Costa Bezerra
Luísa Nara da Silva
Luiza Maureen de Sousa Pedrosa
Malaguenha Menezes Fernandes
Mara Betúlia Barros dos Santos
Márcia Coelho Martins
Márcia Gomes Cavalcante
Márcia Lola Oliveira
Marcos Antônio de Oliveira
Maria Albanisa Sousa Nunes
Maria Aldenira Moreira
Maria Antônia Firmino Silva
Maria Aucirene Ribeiro Fernandes
Maria Auristela Borges Valdivino
Maria Auxiliadora Maia Pinheiro
Maria Célia Pereira
Maria da Conceição Cordeiro de Araújo
Maria da Conceição Saraiva da Silva
Maria da Penha Calixto Bernardino
Maria das Graças Alves
Maria das Graças Lira de Vasconcelos
Maria de Fátima Bezerra de Alencar
Maria de Fátima C. Martins
Maria de Fátima de Lima
Maria de Fátima de Queiroz
Maria de Fátima Freitas Lima
Maria de Fátima Holanda de Lima
Maria de Fátima Nogueira
Maria de Fátima P. da Silva
Maria de Fátima Sales da Silva
Maria de Lourdes Leite Bezerra
Maria do Carmo Ferreira Nojosa
Maria do Socorro B. de Menezes
Maria do Socorro de Oliveira Sousa
Maria do Socorro Romão Vieira
Maria do socorro S. do Nascimento
Maria Edileuza do Nascimento
Maria Elenice Ribeiro Santiago
Maria Eridan Lima Barreto
Maria Erivanda Ferreira Bessa

Maria Eunice Bandeira de Sousa
Maria Francileide Dias de Oliveira
Maria Francinete Dias de Oliveira
Maria Francisca Dias de Oliveira
Maria Glauba Alves dos Santos
Maria Gorete Almeida de Sousa
Maria Gorete Pereira Xavier
Maria Helena B. de Oliveira
Maria Helenir Saraiva Lima
Maria Ilma Martins de Queiroz
Maria Ivonete Menezes Domingues
Maria Ivonilde Castelo Branco
Maria Joana Darque Pereira Viana
Maria José Alves
Maria José Barreto de Sousa
Maria José de Sousa Almeida
Maria Liduína Martins Queiroz
Maria Liduína O. Pereira
Maria Lirete Maciel de Queiroz
Maria Lúcia de Sousa
Maria Lúcia Pereira da Silva
Maria Lucia Teófilo Alexandre
Maria Luciquelma Ferreira Silva
Maria Luzimar Albuquerque Moraes
Maria Marília de Oliveira
Maria Marlene Holanda Lima
Maria Marluce de Oliveira Silva
Maria Marnice Silva Laurentino
Maria Maurília de Oliveira Silva
Maria Natividade de Sousa Moraes
Maria Neta Urçulina Lima
Maria Nona Cunha de Oliveira
Maria Pereira de Sousa
Maria Perpétua Bezerra Nogueira
Maria Silvaneide Silva Félix
Maria Valdenir Jorge dos Santos
Mariene Moraes Barbosa
Marizete Gonçalves de Melo
Marta Inácio de Oliveira
Mary Bezerra Batista
Maximiliano Ludemann
Nádia Ma Moreira Campos
Natália Alves Braga
Natália Ma Moreira Campos
Noemia Franciniefel Soares Silva

Norma Maria Sousa Araújo
Osneyde Guedes Santos
Otini Brito Barroso
Paula Frassinetti Lira de Oliveira
Paulo Costa de Oliveira
Perúcio Torres da Silva
Rejângela Cândido Cosmo
Rita de Cássia Marques de Sousa
Rômulo Nepomuceno Bezerra Carneiro
Rosa Melo Gonçalves
Rosângela Félix de Oliveira
Rosélia Ferreira Lima
Rosimeire Pereira Silva
Rosimeiry Saraiva Queiroz
Sandra Regina Barbosa
Sebastião Correia de Oliveira
Sebastião Marcondes de Castro e Silva
Severina Alves Campos
Sílvia Helena Dias Pinheiro
Tarciana Moraes Barbosa
Tarcísio Luiz dos Santos
Valdemira Capistrano Câmara
Valéria Souza Pereira
Vanda Martins Rodrigues
Vanderlânia Adriano de Queiroz
Vanderlaura Moraes de Sousa
Vânia Maria Carneiro Pereira
Vânia Rodrigues Jorge
Vanicléia Barros Queiroz
Viviane Maria Ferreira Barbosa
Wedson Costa Silva
Wellington Peixoto de Sousa
Zélia Mary de Queiroz Jucá
Zulene de Freitas da Silva

Sobre os autores

JOSÉ JACKSON COELHO SAMPAIO

Médico psiquiatra. Mestre em Medicina Social pelo Instituto de Medicina Social - IMS/UERJ. Doutor em Medicina Preventiva pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - FMRP/USP. Consultor Regional Nordeste III (MA, PI, CE) da Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde - PNH. Diretor do Centro de Ciências da Saúde/UECE. Professor Titular em Saúde Pública/UECE; docente do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública/UECE, do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental/UECE e do Curso de Medicina/UECE, líder do Grupo de Pesquisa “Vida e Trabalho” e coordenador do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde - LHUAS da Universidade Estadual do Ceará - UECE. E-mail para contato: sampaio@uece.br; sampaio.jc@oi.com.br.

CLEIDE CARNEIRO

Assistente Social. Especialista em Saúde Pública pela Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto - USP. Mestre e Doutora em Serviço Social pela Universidade Estadual Paulista - UNESP, campus de Franca. Docente do Curso de Mestrado Acadêmico em Administração/UECE, do Curso de Medicina e do Curso de Serviço Social/UECE, coordenadora e docente do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental/UECE. Supervisora Institucional do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Sobral e da Rede de Saúde São Gerardo - RSSG. Pesquisadora do grupo “Vida e Trabalho” e integrante do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde - LHUAS da Universidade Estadual do Ceará - UECE. Coordenadora do Projeto “Acolher Cidadão”. E-mail: cleidec@uol.com.br.

ERASMO MIESSA RUIZ

Psicólogo. Mestre em Educação pela Universidade Federal de São Carlos - UFSCAR. Doutor em Educação pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Docente dos Cursos de Enfermagem, Medicina e Serviço Social/UECE. Professor do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental/UECE. Colaborador do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública/UECE e do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Ceará - UFC. Coordenador da Rede Nacional de Tanatologia - RNT, no Ceará. Coordenador do Grupo de Estudos Tanatológicos - GESTA. Integrante do Grupo de Pesquisa “Vida e Trabalho” e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde - LHUAS. Email: poiesis@uol.com.br.

ERNANI VIEIRA DE VASCONCELOS FILHO

Médico sanitarista. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Doutor em Medicina Preventiva e Social pela Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo/USP. Docente do Curso de Medicina/UECE e do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental/UECE. Colaborador do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública/UECE. Integrante do Grupo de Pesquisa “Vida e Trabalho” e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde - LHUAS da Universidade Estadual do Ceará - UECE. E-mail: ernanifh@usp.br.

LUCYLA PAES LANDIM

Terapeuta Ocupacional. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará - UECE. Especialista em Promoção da Saúde pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo - FSP/USP. Especialista em Saúde Mental pelo Instituto de Psiquiatria/IPUB/UFRI. Colaboradora do Instituto Aquilae: Oficina de Criação e Saúde/Fortaleza. Preceptora de Território da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza. Integrante do Grupo de Pesquisa “Vida e Trabalho”, do Grupo de Pesquisa “Humanidades e Saúde” e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde - LHUAS da Universidade Estadual do Ceará - UECE. E-mail: lucylapaes@uol.com.br.

LUIZA NARA DA SILVA:

Assistente Social. Especialista em Gestão de Serviços de Saúde pela Universidade Federal do Ceará - UFC. Coordenadora do Centro de Atenção Psicossocial - CAPS de Quixadá. E-mail: luisanaras@hotmail.com.

CARLOS MAGNO CORDEIRO BARROSO

Médico Psiquiatra. Supervisor dos Centros de Atenção Psicossocial-CAPS de Quixadá, Quixeramobim, Sobral, Tauá e Itapipoca. Psicoterapeuta e didata em Biodança. Diretor Acadêmico do Instituto Episteme. E-mail: cmccordeiro@uol.com.br.

SANDRA MAIA FARIAS VASCONCELOS

Licenciada e Bacharel em Letras. Doutora em Educação em Saúde pela Universidade de Nantes/França. Docente da Universidade Federal do Ceará - UFC. Colaboradora do Curso de Mestrado Profissional em Saúde Mental/UECE e do Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública/UECE. Integrante do Grupo de Pesquisa “Vida e Trabalho” e do Laboratório de Humanização da Atenção em Saúde - LHUAS da Universidade Estadual do Ceará - UECE. E-mail: sandramaia@uece.br.



“Este processo está sendo muito valioso para mim. A importância é muito grande e o aprendizado excelente. Os facilitadores são preparados e souberam nos transmitir o que sabiam, nos apoiando muito.”

“As informações foram muito proveitosas para os profissionais refletirem sobre a realidade do nosso trabalho, que é o trabalho em saúde. Assim podemos aprender a conviver com a nossa humanidade.”

“Agora posso saber se estamos acolhendo e sendo acolhidos bem em nossos serviços de saúde, sobretudo se somos felizes no que fazemos.”

“Que este belo projeto tenha continuidade. Precisamos sempre nos aperfeiçoar, pois tratamos de vidas.”

Trabalhadores da Saúde em Quixadá



ISBN: 978-85-7826-599-1



9 788578 126599 1